

GVS - Jahrestagung 2000, Ev. Akademie Hofgeismar 24.10.00
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe Referat zum Thema
„Mehrfachdiagnosen, dazwischen hin und hergerissen?“
(Abdruck im Partner- Magazin 6/2000)

Welche Erfahrungen macht die Suchtkrankenhilfe

Frieder Niestrat (aus klinisch-psychologischer Sicht)

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Der Titel dieses Referates enthält das Wort "Mehrfachdiagnosen", welches ich insoweit einschränken möchte, dass sich unsere Erfahrungen im wesentlichen auf den Bereich der Psychose, mit dem Schwerpunkt auf den schizophrenen Formenkreis und Sucht, Schwerpunkt Alkohol, aber auch illegale Drogen, beschränkt. Kann man mit solchen Leuten überhaupt arbeiten oder ist das Ausbrennen, das Burnout-Syndrom vorprogrammiert? Wir waren vor einer guten Woche in Hamburg bei einem der beiden Jahrestreffen des Arbeitskreises Psychose & Sucht. Dort haben die leitenden Mitarbeiter des Therapiezentrums Psychose & Sucht (TPS) ein Fazit nach neunjähriger Arbeit gezogen und Einblicke in eine Katamnese, deren Aufzeichnung vor sechs Jahren begann, gegeben. 40 - 50% aller Patienten beenden die einjährige Therapie regulär. Davon bleiben 60 - 70% nach Beendigung der Therapie suchtmittelfrei, 15% betreiben Suchtmittelmissbrauch, 15% zeigen süchtiges Verhalten. Insgesamt gibt es außerdem sehr viel weniger Krankenhausaufenthalte dieser früheren Drehtürpatienten. Die Kosten der Therapie betragen rund 100.000 DM. Diese Ergebnisse und die Antworten, die wir auf unseren Informationsreisen während der Konzeptarbeit erhielten, sowie unsere Erfahrungen seit Mai 1998, ermutigen dazu, eine solche Arbeit zu tun .

Der Vortrag gliedert sich in vier Punkte:

1. Informationen über die Anzahl von Doppeldiagnosepatienten
2. Informationen zur verschärften Symptomatik im Zusammenspiel beider Symptomgruppen
3. Modellvorstellungen zum Krankheitsbild
4. Auswirkungen auf den Umgang mit den betroffenen Menschen

Zu 1.

Die Erkenntnis, dass ein Großteil der Abhängigen gravierende psychische Probleme aufweist, respektive die Umkehr, dass eine große Gruppe psychisch kranker Menschen erhebliche Probleme mit Suchtmitteln unterschiedlichster Art hat, ist seit langem bekannt (Bleuler 1908, Kraepelin 1927). Die Geschichte der Psychiatrie war jedoch lange eine Geschichte des Wegsperrens und Ausgrenzens, weil die notwendigen Medikamente und Behandlungen nicht zur Verfügung standen. Doch erst langsam wurden und werden die Auswirkungen der Rückführungsprogramme in Folge der Psychiatrieenquete aus dem Jahr 1978 in ihrem ganzen Ausmaß sichtbar. In Essen ist das Rückführungsprogramm aus dem Langzeitkrankenhaus in Bedburg-Hau im letzten Jahr abgeschlossen worden. Dies bedeutet, dass Patienten lange nicht die Möglichkeit hatten, Suchtmittel zu konsumieren. Dies bedeutet aber auch, dass die Frage nach dem Umgang mit Doppeldiagnose-Patienten erst allmählich gravierender wurde und in den Mittelpunkt des Interesses rückte. Wir haben in Essen seit 1997 begonnen öffentlich um Unterstützung für unser Vorhaben, eine Wohneinrichtung für Doppeldiagnosepatienten zu schaffen, geworben. In diesem Zusammenhang ist uns von den entscheidenden Gremien gesagt worden, dass schon ca. seit 10 Jahren in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft über diese Menschen und das Problem, wie und wo sie untergebracht werden könnten, intensiv beraten wurde. Die Klienten, die diesem Gremium vor Augen standen, ließ die Begeisterung sich für sie zu engagieren, klein bleiben. In Zeiten voller Einrichtungen wurde dies Problem so gelöst, dass die Klienten verteilt wurden. Jede Einrichtung musste auch mal jemanden aus diesem Personenkreis aufnehmen. Doch nun zu einigen Informationen und Zahlen, die belegen sollen, dass wir nicht über ein exotisches, wenn auch vielleicht hochinteressantes Problem sprechen: Ausgelöst wurde unser Problem (Ausschluss/Ablehnung der Behandlung jeweils aufgrund der Diagnose im jeweils anderen Bereich) durch einen Psychiater, den wir eigentlich aus anderen Zusammenhängen kennen. Die von ihm getroffene Festlegung hat die Aufspaltung in den Suchtbereich und in den Psychosebereich stark befördert. So forderte Karl Jaspers im Jahre 1959 die seither klassische Zusammenfassung aller Symptome eines Patienten in einer Hauptdiagnose, wobei alle nicht zu dieser Diagnose gehörigen Symptome als sekundär durch diese Krankheit verursacht, oder zumindest als durch sie bedingt zu betrachten sind. Dies birgt die Gefahr, dass bei der Behandlung wichtige Aspekte einer vorliegenden zweiten Erkrankung unberücksichtigt bleiben. Besonders bei gemeinsamen Auftreten von psychotischen Symptomen und Sucht bzw. Missbrauch wird der Diagnostiker hier vor Probleme gestellt. Folge dieser Denkweise ist, die uns allen bekannte Konsequenz für viele Betroffene, aber auch Angehörige, Betreuer und anderes Fachpersonal, dass es sowohl in der Suchtkrankenversorgung als auch im psychiatrischen Bereich mittlerweile große Patientengruppen gibt, die bezüglich der jeweiligen Zweitdiagnose nicht oder nur ungenügend behandelt wurden und werden.

Alle bekannten Zahlen einschlägiger Studien zeigen sehr deutlich, dass es sich nicht um ein

Randproblem handelt: So gab es nach einer Studie von Rösinger und Banger (Reinert, 1999) aus dem Jahr 1995 im Bereich der Uniklinik Essen innerhalb eines Jahres unter den Alkoholkranken nur 28% ausschließlich mit der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit. Bei allen anderen Patienten waren zusätzliche psychopathologische Diagnosen gestellt worden, darunter 54% Persönlichkeitsstörungen oder Neurosen, in 22 % Alkoholpsychosen oder schizophrene Psychosen. Von allen Neuaufgenommenen kamen 8% mit der alleinigen Diagnose Schizophrenie. Nach Kunze et. al. (1998) ergaben sich bei einer Untersuchung an 126 Methadon-Patienten folgende Ergebnisse:

70,2% 2 und mehr Diagnosen
45% Persönlichkeitsstörungen
25% depressive Störungen
14% Schizophrenie
5% Angststörungen
3% Eßstörungen

In Europa gibt es keine repräsentative epidemiologische Studien zur Häufigkeit von Doppeldiagnosen. Breitangelegte Untersuchungen mit Zufallsstichproben der US-amerikanischen Bevölkerung weisen höhere Prävalenzraten von Doppeldiagnosen nach, als von anderen psychischen Störungen. Nach Regier et. al. (1993) liegt die 1-Jahresprävalenz von Doppeldiagnosen bei 3,3%. Die Rate ist höher als jeweils diejenigen von Schizophrenie (1,1%), von bipolaren affektiven Störungen (manisch-depressiven Erkrankungen, die unter die Psychosen fallen) (1,2%), von Angststörungen mit Panikattacken (1,3%) oder von antisozialen Persönlichkeitsstörungen (1,5%). Höher ist dagegen die 1 Jahresprävalenz von ausschließlich substanzgebundenen Suchterkrankungen (9,5%). Bereits 1990 haben Regier et.al. in bezug auf die Lebenszeitprävalenz gezeigt, dass von den 22,5% der US-amerikanischen Bevölkerung (Stichprobe: 20291 Personen), die im Laufe ihres Lebens eine psychische Erkrankung als Hauptdiagnose entwickeln, rund ein Drittel zusätzlich an einer substanzgebundenen Sucht erkranken. Umgekehrt liegt die Rate von Doppeldiagnosen bei Alkoholproblemen bei 45% und diejenigen bei Drogenproblemen gar bei 72% (Regier et.al. 1990).

Finden diese Menschen auch in den verschiedenen Phasen der Erkrankung die richtigen Hilfen? Hier liegt sicher in vielen Regionen noch einer hoher und zunehmender Bedarf, da die Auflösung der abgelegenen psychiatrischen Großkrankenhäuser noch nicht überall abgeschlossen ist.

Zu 2.

Im Rahmen der vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit durchgeführten ABC-Schizophrenie-Studie (Hambrecht, M, Häfner, H, 1997) konnten nun erstmalig in Deutschland eine repräsentative große Gruppe (232 Personen) von erstmals an Schizophrenie erkrankten Patienten auch in Hinblick auf ihren Alkoholkonsum untersucht werden. Wenn man nun die Abfolge der Symptome im Einzelfall untersucht, wird deutlich, dass in einem Drittel der Fälle der Alkoholmissbrauch vor und in zwei Dritteln nach den ersten Anzeichen der Schizophrenie begonnen hatte. Bei dem ersten Drittel dürfte sich beim Alkoholmissbrauch um eine zweite Erkrankung zu handeln, die zusätzlich zur Schizophrenie besteht. Die Mehrzahl der schizophrene Patienten mit Alkoholproblemen scheint jedoch vor allem zu konsumieren, um Entlastung von quälenden Symptomen zu erfahren, insbesondere von unspezifischen Symptomen wie Depressivität und von Negativsymptomen wie Antriebsmangel, sozialen Kontaktstörungen und Denkverarmung. Auch in anderen Studien berichteten Patienten mit chronischer Schizophrenie, sie empfänden unter Alkoholeinfluss nicht weniger Langeweile, hätten aber eine bessere Stimmung und mehr geistige Beweglichkeit. Die ABC-Studie ergab allerdings, dass Alkoholkonsum auch für diese Patienten nicht ungefährlich ist. Wie die Abbildung zeigt, litten schizophrene Patienten mit Alkoholmissbrauch häufiger unter akustischen Halluzinationen, autoaggressiven Impulsen sowie Verfolgungs- und Beeinflussungswahn. Außerdem hatten sie mehr soziale Konflikte als schizophrene Patienten ohne Alkoholprobleme. Langfristig erhöht Alkoholmissbrauch also das Risiko für einen ungünstigen Verlauf der Schizophrenie - sowohl hinsichtlich der Symptome als auch der sozialen Anpassung.

Zu 3.

Die Unsicherheit in bezug auf die Ätiologie (Lehre von den Krankheitsursachen) findet nicht zuletzt ihren Ausdruck in der Liste der z.T. widersprüchlichen Modelle, die den Zusammenhang zwischen Sucht und psychischer Störung beschreiben. Besonders spannend ist es, die Krankheitsgeschichte mancher unserer Bewohner zu verfolgen, besonders wenn dies über viele Jahre möglich ist. Es ist schon abenteuerlich, was dort alles zusammenkommt an Diagnosen und Prognosen. Wenn wir die eher unwahrscheinlichen These eines gleichsam "zufälligen" Nebeneinanders der beiden Krankheitsbilder ohne kausale Beziehung oder Wechselwirkung verwerfen, werden folgende Modelle vorgeschlagen (vgl. Moggi et al. 1995):

- Eine primär bestehende psychische Störung erhöht das Risiko für Missbrauchsverhalten. Die psychische Störung ist nicht nur Risikofaktor zur sekundären Abhängigkeitsentwicklung, sie beeinflusst auch den Verlauf, die Symptomatik und die Prognose des Suchtverhaltens negativ (s. ABC-Studie). o - -

- Eine primär bestehende Substanzabhängigkeit kann zur Entwicklung einer sekundären psychiatrischen Erkrankung führen. Kriterien zur Differentialdiagnose zwischen

substanzinduzierten psychischen Störungen und psychischen Störungen anderer Ursachen werden im Diagnoseschlüssel nach DSM-IV dargestellt (s. Anhang).

- Zunehmende Bedeutung gewinnen Interaktionsmodelle, die eine gegenseitige Beeinflussung der beiden Erkrankungen beschreiben. Es wird davon ausgegangen, dass beide psychische Störungen durch einen oder mehrere gemeinsame Faktoren bedingt sind. Im weiteren Krankheitsverlauf kommt es zudem zu Wechselwirkungen zwischen den beiden Störungen, so dass sich ein individuell unterschiedliches, schwer zu diagnostizierendes Krankheitsbild entwickeln kann. Zusätzliche Plausibilität erhalten diese Modelle durch die Befunde über die Suchtmittelinnahme als Bewältigungsversuch psychischer Störungen (Selbstmedikationsthese). Hierbei werden verschiedene Wirkungen der Suchtmittel gesucht. Einmal sollen Nebenwirkungen der Psychopharmaka abgemildert werden, die Stimmung soll aufgehellt werden oder es wird durch das Suchtmittel versucht einen psychotischen Schub auszulösen.

Zu 4.

Diagnostische Abklärungen bei Doppeldiagnose-Patienten zeigen, dass in Lehrbüchern und Klassifikationssystemen auseinandergehaltene psychische Störungen in der Praxis kaum voneinander abzugrenzen sind. In Fachkreisen werden deswegen kontroverse Diskussionen über die Einordnung von Doppeldiagnose-Patienten in gängige Klassifikationssysteme wie dem ICD-10 oder dem DSM IV geführt. Mit dem Vorschlag zur Einführung einer eigenen Störungsklasse für Doppeldiagnosen wird die Forderung verbunden, die wechselseitige Beziehung der verschiedenen psychischen Störungen eigens bei jedem Patienten zu analysieren. In ca. 10 Kliniken in Deutschland gibt es mittlerweile Fachstationen für Doppeldiagnose-Patienten in Krankenhäusern mit einem speziellen Therapiekonzept, in anderen Krankenhäusern beginnt man sich langsam auf diese Patientengruppen einzustellen und sucht Vernetzungen in der jeweiligen Region. Bei Doppeldiagnose-Patienten handelt es sich in bezug auf Symptomatik und Ätiologie (s.o.) um eine heterogene Patientengruppe. Es ist deshalb auch verständlich, dass standardisierte Therapieprogramme für sich kaum erfolgversprechend sind, wenn sie nicht der besonderen biologischen, psychischen und sozialen Situation des Individuums Rechnung tragen. Caspar & Grawe (1994) haben herausgearbeitet, dass ein individualisiertes Vorgehen einem standardisierten Vorgehen dann vorzuziehen ist, wenn Störungen heterogen sind, wenn starke funktionale Zusammenhänge und Überschneidungen verschiedener Störungen vorliegen, wenn beziehungsmaßige Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patienten sowie ihr Weltbild ein besonders zugeschnittenes Angebot erforderlich machen und wenn systemische oder andere komplizierende Faktoren wie soziale Isolation oder Dauerarbeitslosigkeit einer Veränderung entgegenwirken. (Grawe 1995).

Der Umgang mit Doppeldiagnosepatienten erfordert also die Verbindung von Grundhaltungen aus der Suchttherapie und der Psychosebehandlung, die lange Zeit als unvereinbar galten und vielleicht auch noch gelten. Soll ich also konfrontieren oder gewährend und stützend arbeiten, soll ich fordernd oder fürsorglich auftreten, soll ich realitätsnah arbeiten oder Schutz vor Überforderung bieten, soll denn gruppenorientiert oder individuell gearbeitet werden, wie soll mit der Medikation umgegangen werden, wird strikte Abstinenz gefordert, oder wie wird mit dem Missbrauch umgegangen, wie sieht die Arbeit mit dem Rückfall aus, wie wird die Überwachung des Suchtmittelkonsums gehandhabt?

Was bedeutet auf diesem Hintergrund Individualisierung von therapeutischen Zielsetzungen und Interventionen? Es bedeutet, dass ganz genau hinzusehen und diese Fragen sehr eng an der zu behandelnden Person beantworten. Die Beziehung muss im Vordergrund der Behandlung und im Umgang in der Einrichtung stehen. Auf diesem Hintergrund müssen die Einzelfragen geklärt werden. Hier ist die Multiprofessionalität des Teams gefordert und gefragt. Es braucht sicher eine Grundvereinbarung im Haus welchen Personen in welchem Stadium der Erkrankung ich mich zuwende. Es werden niederschwellige Einrichtungen mit lebenserhaltenden Zielsetzungen und Schadensbegrenzungen wichtig sein, aber es braucht auch höherschwellige Einrichtungen, die sozialtherapeutisch die Arbeit der Fachkrankenhäuser weiterführen.

Handelt es sich z.B. um Patienten mit schizophrener Psychose und substanzgebundenem Suchtverhalten, sind folgende Ziele mit auf das Individuum zugeschnittenen therapeutischen Interventionen im Rahmen einer stationären Behandlung zu verfolgen (Bachmann, im Druck):

- Maßnahmen zur Stabilisierung der Schizophrenie Erhöhung von Krankheitseinsicht und Compliance bezüglich der medikamentösen Behandlung, Erwerb von Fähigkeiten zur Früherkennung psychotischer Prozesse, Erwerb von Strategien zur Bewältigung von Rückfallsituationen und Motivierung zu einer weiterführenden Behandlung.(Pegasus-Gruppe).
- Maßnahmen zur Stabilisierung der Abhängigkeitsproblematik Erkennen der eigenen Abhängigkeit, Aufbau und Stabilisierung von Abstinenzmotivation, Bewältigung und Verhütung von Rückfällen, Unterstützung eines befriedigenden Lebensstils ohne Suchtmittel (Suchtgruppe, Sozialtherapie).
- Maßnahmen zur Stabilisierung der Doppelproblematik Erkennen und Akzeptieren der Doppelproblematik sowie Erkennen und Verstehen der Zusammenhänge zwischen Suchtproblemen und Schizophrenie. (tägliche Absprache der Tagesstruktur, bewusstes Ansprechen beider Problemfelder im Einzelgespräch und in Gruppenarbeiten).

Literaturverzeichnis

Bachmann, K.M., Moggi, F., Wittig, R., Donati, R., Brodbeck, J., Hirsbrunner, H.P., Brenner, H.D. (im Druck): Doppeldiagnose-Patienten (Schizophrenie & Sucht). In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.) Behandlung schizophrener Psychosen. Stuttgart: Enke. Freyberger, H.J.; Dilling, H. (Hrsg.) 1993: Fallbuch Psychiatrie, Kasuistiken zum Kapitel V (F) der ICD-10, Verlag Hans Huber Grawe, K., 1995: Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40, 130-145. Hambrecht, M, Häfner, H, 1997: Alkoholmißbrauch bei schizophrenen Patienten. In: TW Neurologie Psychiatrie 11, 43-47, 1997 Kerbe - Die Fachzeitschrift der Sozialpsychologie, 4/95, zum Schwerpunkt Doppeldiagnosen Moggi, F., Hirsbrunner, H.-P., Wittig, R., Donati, R., Brodbeck, J., Bachmann, K.M., 1996: Stationäre Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen. Verhaltenstherapie 6, 201-209. Regier, D.A., Farmer, M.E., Rea, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K., 1990: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. J.A.M.A. 264, 2511-2518. Regier, D.A., Narrow, W.E., Rea D.S., Manderscheid, R.W., Locke, B.Z., Goodwin, F.K., 1993: The de facto US mental and addictive disorder service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rate of disorders and services. Arch. Gen. Psychiatry 264, 85-94. Reinert, Thomas, 1999, Impulsreferat zum Thema Doppeldiagnosen in Düsseldorf Saß, H.; Wittchen, H.; Zaudig, M.; 1996: DSM-IV, Hogrefe Schwoon, D, Krausz, M , (Hrsg.) 1994: Psychose und Sucht, Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. Wienberg, G.; Schünemann-Wurmthaler, S; Sibum, B, !996: Schizophrenie zum Thema machen, Psychoedukative Gruppenarbeit, Pegasus, Psychiatrie-Verlag. K.W. Biliza (Hg) Suchttherapie und Sozialtherapie, Vandenhoeck/Ruprecht, 1993 Mentzos,Stavros, Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie Vandenhoeck/Ruprecht1991 König,Karl , Kleine psychoanalytische Charakterkunde V&R, 1995 Rechte bei den Verfassern Essen 2002

[Download im MS WORD Format](#)