



PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT



SA | LK

SALZBURGER LANDESKLINIKEN

CHRISTIAN-DOPPLER-KLINIK

Opiatabhängigkeit und Komorbidität mit anderen psychischen Störungen Teil I

Friedrich Martin Wurst

Toni Berthel, Franz Moggi, Robert Hämmig

Christoph Stuppäck, Natasha Thon, Isabella
Kunz

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II

In Kooperation mit der

Österreichischen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
(OG Sucht) und der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin
(SSAM)

Autoren

Friedrich Martin Wurst

Univ. Prof. Dr. med., Vorstand, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II

Natasha Thon

Mag., Klinische und Gesundheitspsychologin/Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II

Isabella Kunz

Mag., Klinische und Gesundheitspsychologin/Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II

Christoph Stuppäck

Univ. Prof. Dr. med., Vorstand, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I

Christian-Doppler-Klinik

Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH
Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg

Franz Moggi

Priv.-Doz. Dr. phil., Leiter Klinisch Psychologischer Dienst, Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie Bern,
3000 Bern 60, Schweiz

Robert Hämmig

Dr. med., Leiter Funktionsbereich Sucht, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Zieglerstrasse 7,
3010 Bern, Schweiz

Toni Berthel

Dr. med., Stv. ärztlicher Direktor, integrierte Psychiatrie Winterthur

Lecture Board

Univ.Prof. Dr.med.univ. Dr.phil. Hans-Peter Kapfhammer
Klinikvorstand, Universitätsklinik für Psychiatrie
Graz

Prof. Dr. med. Gerhard A. Wiesbeck
Ärztlicher Bereichsleiter Abhängigkeitserkrankungen
Universitäre Psychiatrische Kliniken
Basel

PD Dr. N. Wodarz
Leiter des Bereichs Klinische Suchtmedizin
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität
Regensburg

PD Dr. med. Ulrich W. Preuss,
Leitender Oberarzt /Stellvertretender Direktor
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Martin-Luther-Universität
Halle

Haftungsausschluss

Wir haben große Sorgfalt darauf verwandt, dass die Angaben in diesem E-learning Modul korrekt sind und dem derzeitigen Stand entsprechen, trotzdem können wir für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte keine Gewähr übernehmen.

Urheberrecht

Das E-learning Modul ist urheberrechtlich geschützt.

Das Copyright liegt bei den Autoren.

Überblick

- Definition
- Epidemiologie
- Zeitliche Komorbiditätsmuster
- Diagnostik
- Ätiologie

Definition

Definition

Komorbidität:

Auftreten von mehr als einer psychischen Störung bei einer Person in einem definierten Zeitintervall

- nicht auf 2 Störungen und
- nicht auf psychische Erkrankung und Substanzstörung beschränkt

Kommentar: Falls mehrere somatische Störungen gemeint sind, bezeichnete man dies als Multimorbidität.

Doppeldiagnose:

- Spezialfall der Komorbidität
- Das gemeinsame Auftreten einer psychischen Störung und einer Störung durch Substanzkonsum bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum

Kommentar: Zeitraum meist ein Jahr.

Moggi, 2007

„Wir neigen dazu, die Probleme von Drogenabhängigen allein ihrem Drogenkonsum zuzuschreiben.“

Nicht selten jedoch leiden Drogenkonsumenten unter komorbiden psychischen Störungen, die häufig nicht erkannt werden.

Bei der Behandlung müssen wir Komorbidität als Möglichkeit in Betracht ziehen.“

Marcel Reimen
Vorsitzender Verwaltungsrat
der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen
und Drogensucht (EBDD)

Historische Anmerkung

■ Jasper´sche Schichtenregelung (1973):

Jede „tieferliegende“ Erkrankung kann das Erscheinungsbild der darüberliegenden annehmen. Die eigentliche Diagnose muss anhand der tieferliegenden Erkrankung erfolgen

■ ICD 9 sowie DSM III klares Hierarchieprinzip

Stieglitz & Volz, 2007

Diagnostik in der Psychiatrie

Von ICD-9 zu ICD-10

- Von der hierarchischen Diagnostik zur deskriptiven Psychopathologie
- Komorbiditätsprinzip als wesentliches Element der deskriptiven Psychopathologie

Grundgedanke des Komorbiditätsprinzips

- Alle behandlungsbedürftigen psychischen Störungen sollen ohne kausale Verknüpfung oder Erkrankungshierarchien beschrieben werden und sollen so eine bessere Grundlage für die Verlaufsdokumentation und die Therapieplanung liefern.

Kommentar: ohne Kausalität und Hierarchie sofern nicht biologisch nachgewiesen wie z.B. organisch bedingte psychische Störungen oder substanzinduzierte psychische Störungen

Historische Anmerkung

Gründe für die Aufgabe des Hierarchieprinzips und die Aufnahme des Komorbiditätsprinzips:

1. Verlust an Information über den Patienten
2. Verlust an therapeutischen Möglichkeiten
3. Verlust an Validierungsmöglichkeiten insbesondere der biologischen Forschung

Im DSM IV und ICD 10 hat sich das Komorbiditätsprinzip vollständig durchgesetzt

Stieglitz & Volz, 2007

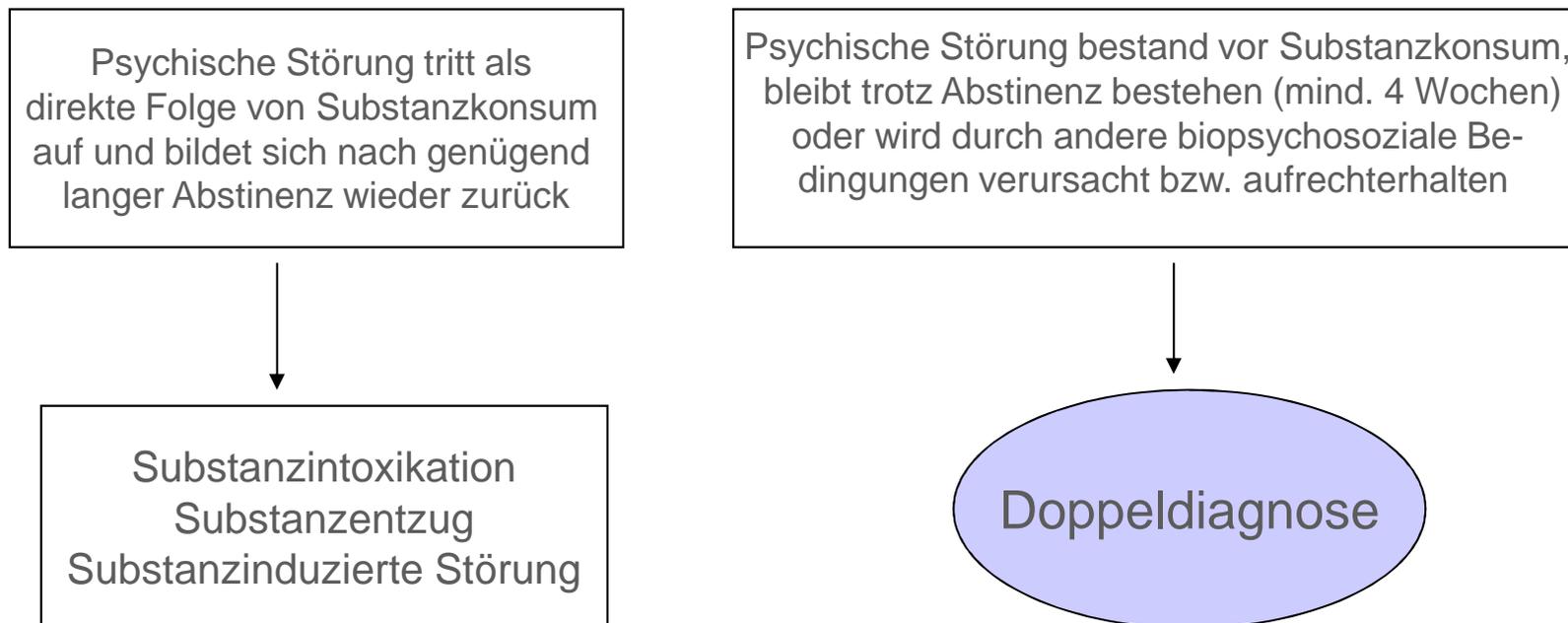
Historische Anmerkung

- ICD 10 empfiehlt:
 1. Es soll zwischen einer Haupt- und Neben- bzw. Zusatzdiagnose unterschieden werden
 2. Priorität hat die Diagnose mit der größten aktuellen Bedeutung (meist Diagnose, die zur Kontaktaufnahme führt)
 3. Unter Berücksichtigung der Vorgeschichte kann die wichtigste Diagnose die Lebenszeitdiagnose sein (Patient mit schizophrener Störung, der aktuell mit einer Angstsymptomatik erscheint)
 4. Bei Unklarheiten bezüglich der Reihenfolge der Störungen, sollten diese in der numerischen Reihenfolge aufgeführt werden.

Stieglitz & Volz, 2007

Psychische Störung und Abhängigkeit

Abhängigkeit



Moggi, 2009, modifiziert nach Moggi & Donati, 2004

Epidemiologie

Lebenszeitprävalenz von Doppeldiagnosen

Repräsentative Bevölkerungsstichproben

33% mit Substanzstörungen weisen auch psychische Störungen auf.

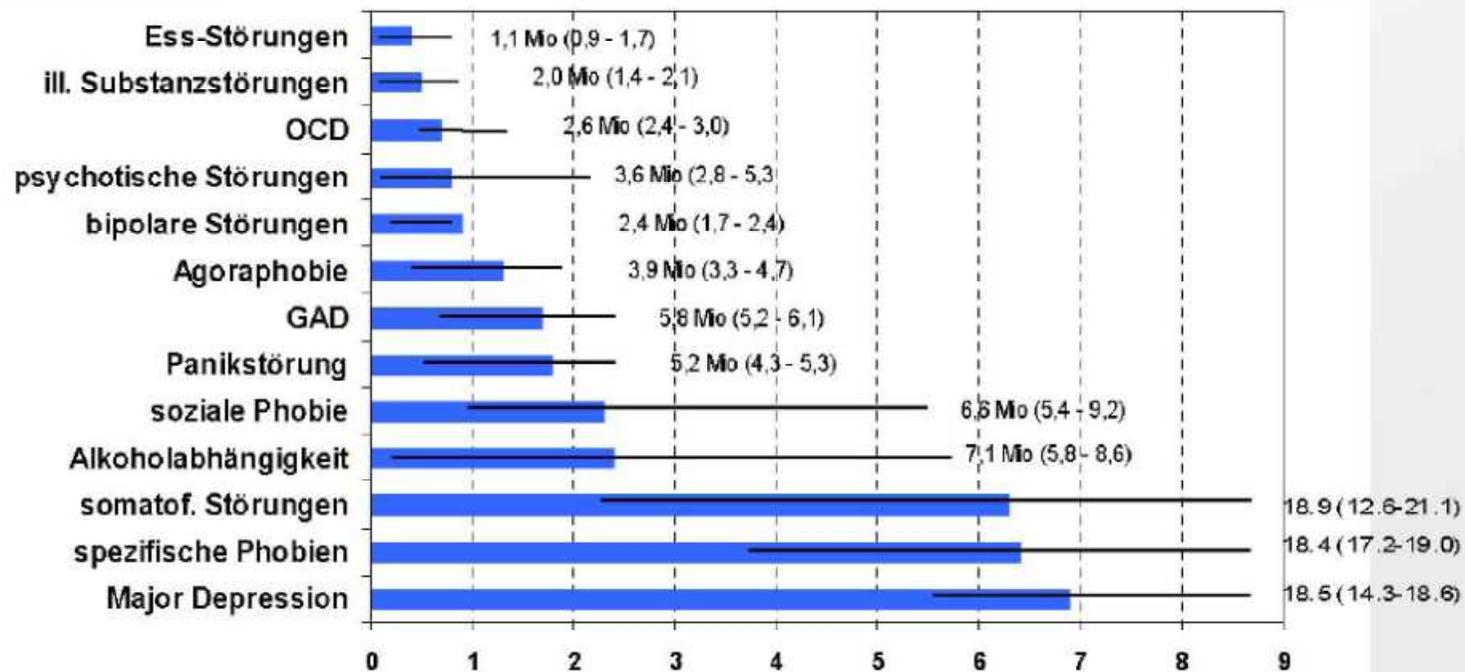
Klinische Stichproben

50% mit Substanzstörungen weisen auch psychische Störungen auf.

Moggi, 2007

Prävalenz psychische Störungen

12-Monats-Prävalenz (%) und geschätzte Anzahl Personen in der EU



European Brain Council – Cost of Disorders of the Brain in Europe

11

Studien zur Epidemiologie

1. National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) (Grant, 2004):

- Face to face Befragungen im Zeitraum von 2001 bis 2002 in den USA
- 43093 Personen
- Komorbidität zwischen Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen

Studien zur Epidemiologie

■ Ergebnisse der NESARC

- 12 Monatsprävalenz einer “drug use disorder“: 2 %
- 6,5 % der Personen mit einer Persönlichkeitsstörung hatten zusätzlich eine “drug use disorder“
- 47,7 % der Personen mit einer “drug use disorder“ hatten zumindest eine Persönlichkeitsstörung
 - antisoziale Persönlichkeitsstörung: Odds- Ratio* (OR) = 11.8
 - histrionische Persönlichkeitsstörung: OR = 8.0
 - dependente Persönlichkeitsstörung: OR = 11.6

* gekennzeichneten Worte werden im Glossar erläutert

Studien zur Epidemiologie

2. Epidemiological Catchment Area Program (ECA)

(Robins & Regier, 1991):

- Beteiligung 5 großer amerikanischer Universitäten
- im Zeitraum von 1980 bis 1985
- 20861 Personen
- Erhebung der Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen durch face to face Interviews

Studien zur Epidemiologie

■ Ergebnisse der ECA

- Drogenabhängigkeit und affektive Störungen:
Major Depression: OR 3,7; $p^* < .05$
Dysthymie: OR 3,6; $p < .05$
- Drogenabhängigkeit und Angststörungen
Panikstörung: OR 4,4; $p < .05$
Phobien: OR 2,2; $p < .05$
Zwangsstörungen: OR 3,6; $p < .05$

* gekennzeichneten Worte werden im Glossar erläutert

Studien zur Epidemiologie

■ Ergebnisse der ECA

- Drogenabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen
Antisoziale Persönlichkeitsstörung: OR 15,6; $p < .05$
- Drogenabhängigkeit und Schizophrenie
OR 6,9; $p < .05$

Studien zur Epidemiologie

■ Ergebnisse der ECA

- Bei Drogenmissbrauch war lediglich das Risiko für Major Depression (OR= 3,3), Schizophrenie (OR= 6,9) und Antisoziale Persönlichkeitsstörung (OR= 5,2) erhöht
- Analyse für die einzelnen Substanzen: keine statistischen Unterschiede bezüglich Komorbiditätsrisiko

Studien zur Epidemiologie

3. US-National Comorbidity Survey (NCS)

(Kessler 1994):

- Nachfolgestudie der ECA- Studie
- 10.000 Personen
- im Zeitraum von 1990-1992

Studien zur Epidemiologie

■ Ergebnisse der NCS: (Tabelle 1)

- 25,7% (OR 1.7) aller Personen mit Drogenmissbrauch und 34,5% (OR 2.8) aller Personen mit Drogenabhängigkeit erfüllten bereits einmal im Leben die Kriterien einer Major Depression
- Personen mit Drogenabhängigkeit weisen auch ein erhöhtes Risiko für andere affektive Störungen auf
- Personen mit Drogenmissbrauch sowie Personen mit Drogenabhängigkeit weisen ein erhöhtes Risiko für eine komorbide antisozialen Persönlichkeitsstörung auf (OR 2.8 bzw. 13.6)

Ergebnisse des NCS

| | Drogenmissbrauch | | Drogenabhängigkeit | |
|---------------------------------------|------------------|-------------|--------------------|--------------|
| Diagnose | % | OR | % | OR |
| <u>Affektive Störung</u> | | | | |
| <u>Lebenszeit</u> | | | | |
| Major Depression | 25,7 | 1,7* | 34,5 | 2,8* |
| Dysthymie | 3,9 | 1,3 | 6,5 | 2,5* |
| Manie | 0,6 | 1,2 | 2,5 | 8,4 |
| <u>12 Monate</u> | | | | |
| Major Depression | 15 | 1,6 | 28,4 | 3,6* |
| Dysthymie | 1,1 | 1,0 | 1,2 | 1,1 |
| Manie | 0,9 | 2,3 | 2,7 | 8,2* |
| <u>Andere (Lebenszeit)</u> | | | | |
| Antisoziale Persönlichkeitsstörung | 12,4 | 2,8* | 30,3 | 13,6* |

Tabelle 1

Studien zur Epidemiologie

■ Ergebnisse der NCS: (Tabelle 2)

- Patienten mit Drogenabhängigkeit haben ein erhöhtes Risiko für eine komorbide Angststörung
- Personen mit Drogenmissbrauch haben lediglich ein erhöhtes Risiko an einer komorbiden Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)* zu erkranken

* gekennzeichneten Worte werden im Glossar erläutert

Ergebnisse der NCS

Tabelle 2

| Diagnose | Drogenmissbrauch | | Drogenabhängigkeit | |
|---------------------------------------|------------------|-------------|--------------------|-------------|
| | % | OR | % | OR |
| <u>Angststörung Lebenszeit</u> | | | | |
| Panik | 5,4 | 1,6 | 10,5 | 3,8* |
| Agoraphobie | 6,4 | 0,9 | 15,5 | 2,8* |
| Spez. Phobie | 12,8 | 1,2 | 22,3 | 2,5* |
| Soz. Phobie | 16 | 1,3 | 26,4 | 2,6* |
| General. Angststör. | 7,5 | 1,5 | 30,3 | 3,8* |
| PTBS | 11,6 | 1,6* | 14,9 | 4,0* |
| <u>12 Monate</u> | | | | |
| Panik | 0,6 | 0,2 | 9,5 | 4,7* |
| Agoraphobie | 0,4 | 0,1 | 14,3 | 4,4* |
| Spez. Phobie | 6,2 | 0,7 | 14,8 | 1,8* |
| Soz. Phobie | 13 | 1,8 | 20,6 | 3,2* |
| General. Angststör. | 5,3 | 1,7 | 5,6 | 1,8 |
| PTBS | 5,6 | 1,5 | 13,9 | 4,2* |

Studien zur Epidemiologie

■ **International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE)** (Kessler 2003):

- Analyse bzw. Reanalyse von insgesamt 27 epidemiologische Studien wie NCS und ECA

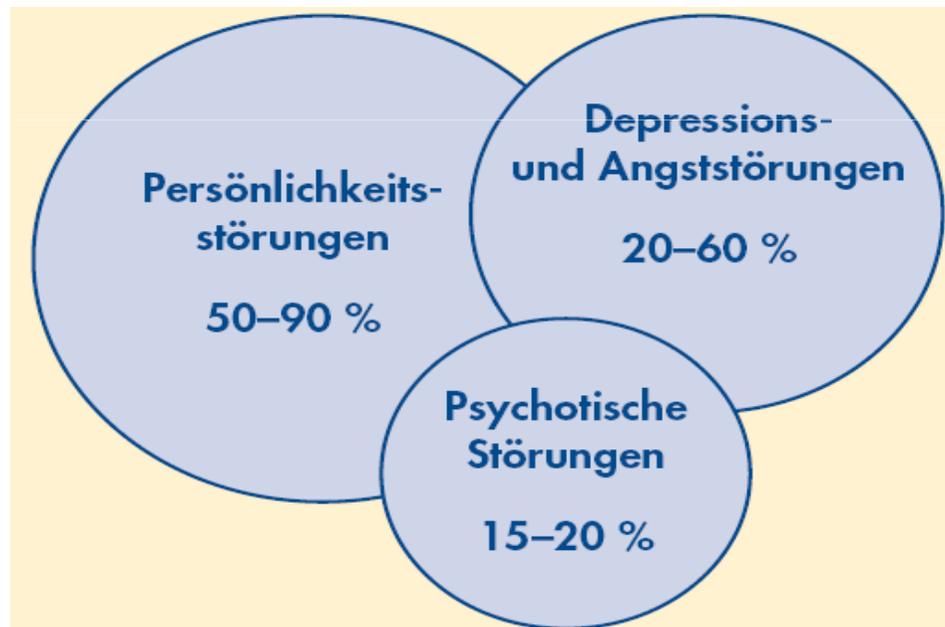
Studien zur Epidemiologie

■ Ergebnisse der ICPE:

- Bedeutsamer Zusammenhang zwischen Drogenabhängigkeit und Angst- sowie affektiven Störungen wird bestätigt
- Zusammenhang zwischen der Anzahl komorbider Angst- und affektiver Störungen und der Schwere der Drogenproblematik
- Keine deutlichen Hinweise auf auf Geschlechtsunterschiede in der Komorbidität von Drogenabhängigkeit

Epidemiologie - Zusammenfassung

- 80% aller Patienten mit einer Drogenabhängigkeit haben eine komorbide psychische Störung



Drogen im Blickpunkt, EBDD, 2004

Epidemiologie - Zusammenfassung

Angststörung

- 45% der Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen

Affektive Störung

- 24-36% der Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen

Persönlichkeitsstörung

- 45%-90% der Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen

Psychotische Störung

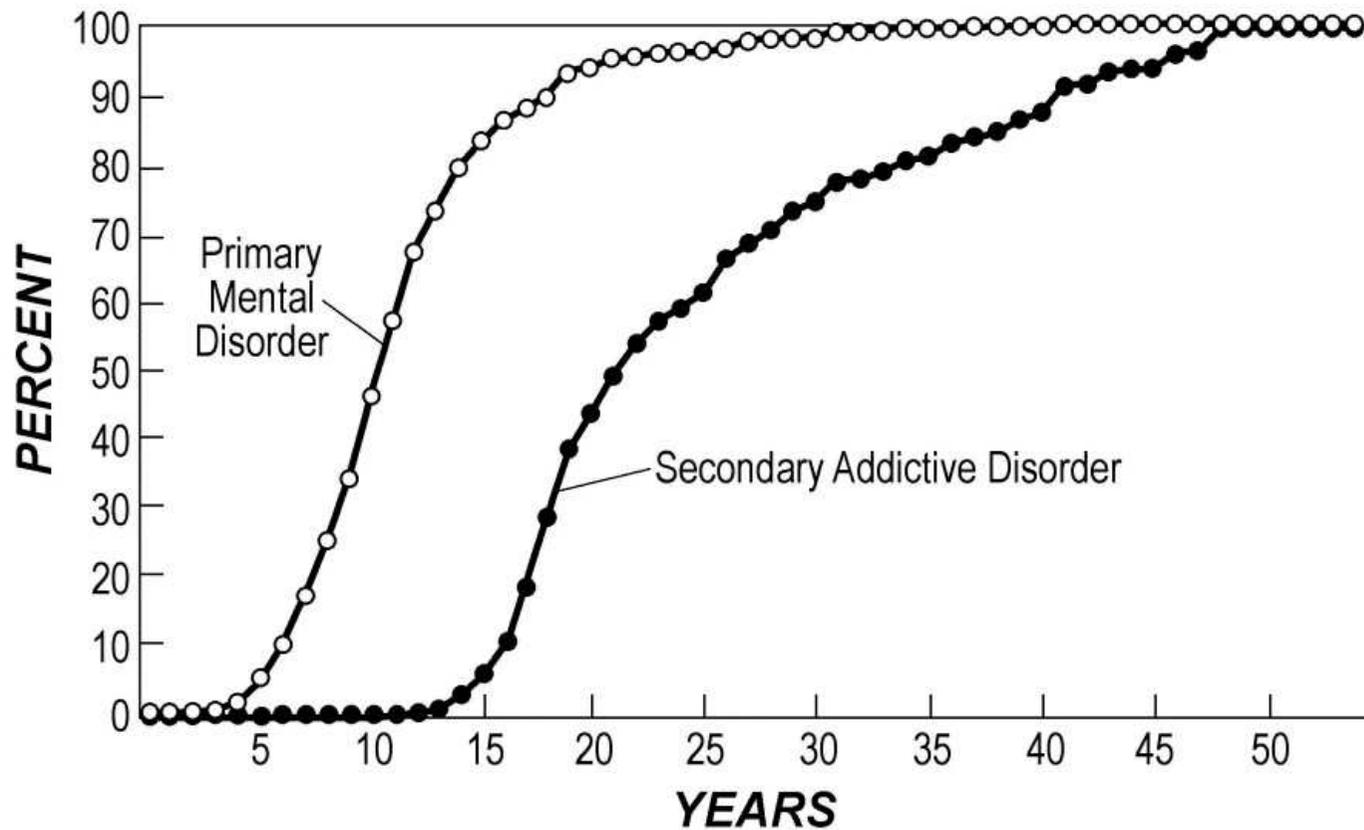
- 15%-20% der Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen

Spielsucht

- Rund 38% der Personen mit Abhängigkeit bzw. Missbrauch von illegalen Substanzen

Zeitliches Komorbiditätsmuster

Zeitliches Komorbiditätsmuster von psychischen Störungen und Substanzstörungen



Kessler, 2004

Retrospektive Erhebungen:

- Komorbide psychische Störungen tritt üblicherweise vor der Substanzstörungen auf
(90% der Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen berichten von einem früheren Auftreten der komorbiden Störung)
- Zwischen dem Beginn der psychischen Störung und der Substanzstörung liegen 5-10 Jahre
- bei Frauen häufiger als bei Männern
- Persönlichkeitsstörungen (91%) und Angststörungen (84%) treten vor der Substanzstörung auf
- affektive Störungen (54%) sind sowohl zeitlich primär als auch als sekundär einzustufen

Lieb & Isensee in Moggi, 2007

Zeitliches Muster der Komorbidität

Angststörungen

Nur bei **20.7%** der Männer tritt die Drogenabhängigkeit vor einer Angststörung auf.

Nur bei **12%** der Frauen ist Drogenabhängigkeit als primäre Störung zu diagnostizieren.

Affektive Störungen

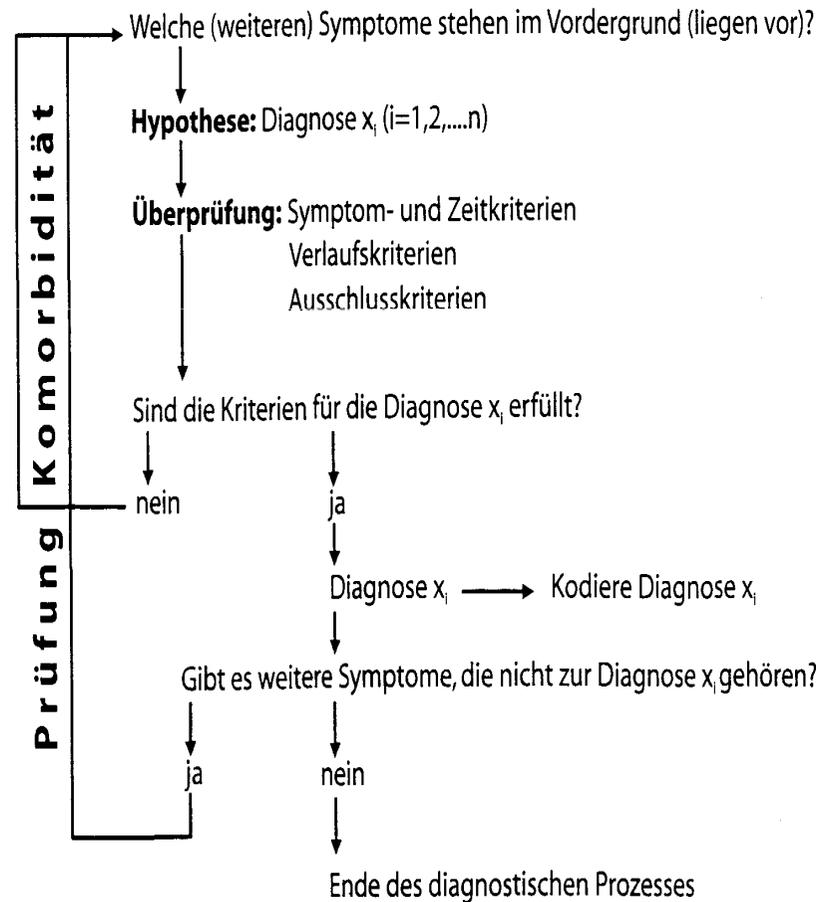
Bei Männern sind Major Depression und Manie sowohl vor und nach der Drogenabhängigkeit gleich verteilt (affektive Störungen sind bei Männern sowohl zeitlich primär als auch als sekundär einzustufen).

Bei 30 % der Frauen treten affektive Störung sekundär auf.

ICPE Befunde: Kessler et al, 2003

Diagnostik

Diagnosestellung komorbider Störungen



Stieglitz & Volz, 2007

Diagnosestellung komorbider Störungen

- Umfassende Abklärung als Basis für die Diagnostik:
 1. Präsentiersymptom
 2. Persönlichkeit
 3. Psychodynamische Zusammenhänge
 4. Somatische Situation
 5. Soziale Situation
 6. Familiensituation
 7. Adolescentärer Entwicklungsstand
 8. Persönliche soziale Ressourcen

Berthel, 2007

Diagnosestellung komorbider Störungen

- Mittel der Erstellung einer psychiatrischen Diagnose
 1. Umfangreiche klinisch- psychiatrische Abklärung
 2. Verlaufbeobachtung
 3. Erhebung der Lebensgeschichte
 4. Adoleszenträrer Entwicklungsstand, Entwicklungsbedingungen und dadurch Erkennung verschütteter Entwicklungspotenziale
 5. Einsatz standardisierter Diagnoseinstrumente

Berthel, 2007

Diagnostik der Doppelproblematik

- **EuropASI, European Addiction Severity Index** (Gsellhofer et al, 1999)
halbstrukturiertes Interview, das ein umfassendes Profil der Doppelproblematik ergibt; Veränderungsmessung
- **DIPS, Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen** (Margraf et al, 1994)
diagnostisches Interview für alle DSM-IV Achse I Störungen
- **SKID-I und SKID-II, Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und Achse II** (Wittchen et al, 1997)
Erfassung von Sucht, anderen psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen; Einstufung des Schweregrads, Daten zur Chronologie, Remissionsstatus und differentialdiagnostische Angaben
- **GAS, Goal Attainment Scaling** (Kiresuk & Lund, 1979)
Hauptsächliche Probleme und Zielvorstellungen des Patienten werden erarbeitet

Moggi & Donati, 2004

Diagnostik der Suchtproblematik

- **MALT, Münchner Alkoholismus Test** (Feuerlein et al, 1979)
Screening Trinkverhalten und alkoholbedingte psychische, soziale, somatische Probleme
- **TAI, Trierer Alkoholismusinventar** (Funke et al , 1987)
Beschreibung verschiedener Formen von Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit
- **FFT, Fragebogen zum Funktionalen Trinken**
(Belitz- Weihmann & Metzler, 1997)
- **CIDI- SAM, Substance Abuse Modul des Composite Diagnostic Interview** (Lachner & Wittchen, 1996)
Erfassung des Konsums verschiedener psychotroper Substanzen

Moggi & Donati, 2004

Diagnostik der psychischen Problematik

Allgemeine Verfahren

- **MISF, Mental Illness Screening Form** (Sciacca, 1986)
siehe nächste Folie
- **SCL- 90- R, SCL- 27, Symptom- Check- Liste** (Franke, 2002)
Screening Psychopathologie allgemein
- **IIP- D, Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme**
(Horowitz et al, 2000)
Interpersonales Verhalten, Hinweise zur therapeutischen
Beziehungsgestaltung

Moggi & Donati, 2004

Mental Illness Screening Form

Haben Sie schon mal Geräusche oder Stimmen gehört oder Dinge gesehen, die andere nicht hören oder sehen konnten?

Waren Sie schon mal so traurig oder unglücklich, dass Sie dachten, es wäre besser tot zu sein oder sich selbst zu töten?

Haben Sie schon mal erlebt, dass Ihre Gedanken von Kräften beeinflusst werden, die Sie nicht kontrollieren können?

Habe Sie schon mal das Gefühl gehabt, dass es Leute gibt, die Ihnen schaden oder Sie verletzen wollen?

Sind Sie manchmal übermäßig besorgt oder haben Sie Ängste oder Panik, so dass Sie auf Dinge, die Sie tun möchten oder sollten, verzichten müssen?

Würden Sie von sich sagen, dass Sie eher ein impulsiver Mensch sind, der sehr wechselnde, extreme und intensive Gefühle erlebt.

Bei Zustimmung einer Frage → Störungsspezifische Abklärung

Diagnostik der psychischen Problematik

Störungsspezifische Verfahren

Depression

- BDI, Beck Depressions Inventar (Hautzinger et al , 1995)
- IDS, Inventar depressiver Symptome (Hautzinger & Bailer, 1999)

Angststörungen

- Fragebogen zur Angstdiagnostik und – therapie (Margraf & Schneider, 1990)
- STAI, State- Trait- Angstinventar (Laux et al, 1981)

Moggi & Donati, 2004

Diagnosestellung - Schwierigkeiten

- Psychische Befindlichkeiten werden durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen beeinflusst. Eine genaue Erfassung der psychischen Störungen ist dadurch erschwert
- Psychische Störungen können durch akuten oder chronischen Konsum von psychoaktiven Substanzen ausgelöst werden
- Vorbestehende psychische Störungen können durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen beeinflusst werden
- Die psychische Entwicklung wird durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen in der Adoleszenz beeinträchtigt oder gar verhindert

Diagnosestellung - Schwierigkeiten

- Verschiedene psychische Störungsbilder werden erst nach der Stabilisierung der sozialen und der somatischen Situation sichtbar
- Immer wiederkehrende Entzugerscheinungen z.B. bei chronischem Benzodiazepinkonsum können psychiatrische Störungsbilder imitieren
- Agieren als wichtiges psychisches Phänomen muss als solches erkannt und beurteilt werden können

Berthel, 2007

Ätiologie

Ätiologie

1. Allgemeine Ätiologiemodelle
2. Ätiologiemodelle zur Komorbidität von psychotischen Störungen und Substanzstörungen
3. Ätiologiemodelle zur Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und Substanzstörungen

Moggi, 2007

1. Allgemeine Ätiologiemodelle

Störung A \longrightarrow Störung B
Unidirektionale direkte Kausalbeziehung

Störung A \longleftrightarrow Störung B
Bidirektionale direkte Kausalbeziehung

Störung A \longrightarrow Störung C \longrightarrow Störung B
Unidirektionale indirekte Kausalbeziehung

Gemeinsame Faktoren $\begin{cases} \longrightarrow \text{Störung A} \\ \longrightarrow \text{Störung B} \end{cases}$ Moggi, 2007

2. Ätiologiemodelle zur Komorbidität von psychotischen Störungen und Substanzstörungen

- 2.1. Modelle der sekundären Suchtentwicklung
- 2.2. Modell der Psychoseinduktion
- 2.3. Modell der gemeinsamen ätiologischen Faktoren

Gouzoulis- Mayfrank, 2004

2.1.1. Selbstmediationshypothese

- Von Khantzian 1985 vorgeschlagen.
- Das Suchtverhalten ist ein Copingversuch* auf direkte Symptome oder indirekte Auswirkungen der Psychose
- Bestimmte Substanzen werden spezifisch gegen bestimmte Symptome eingesetzt.
- Zusammenhang fraglich

Khantzian, 1997

* gekennzeichneten Worte werden im Glossar erläutert

2.1.2. Affektregulationsmodell

- Negative Emotionen, „eigenständig“ oder im Rahmen der psychischen Grunderkrankung, begünstigen maladaptive Copingstrategien.
- Das Suchtverhalten entwickelt sich als Copingstrategie gegen den negativen affektiven Zustand.

Blanchard, 2000

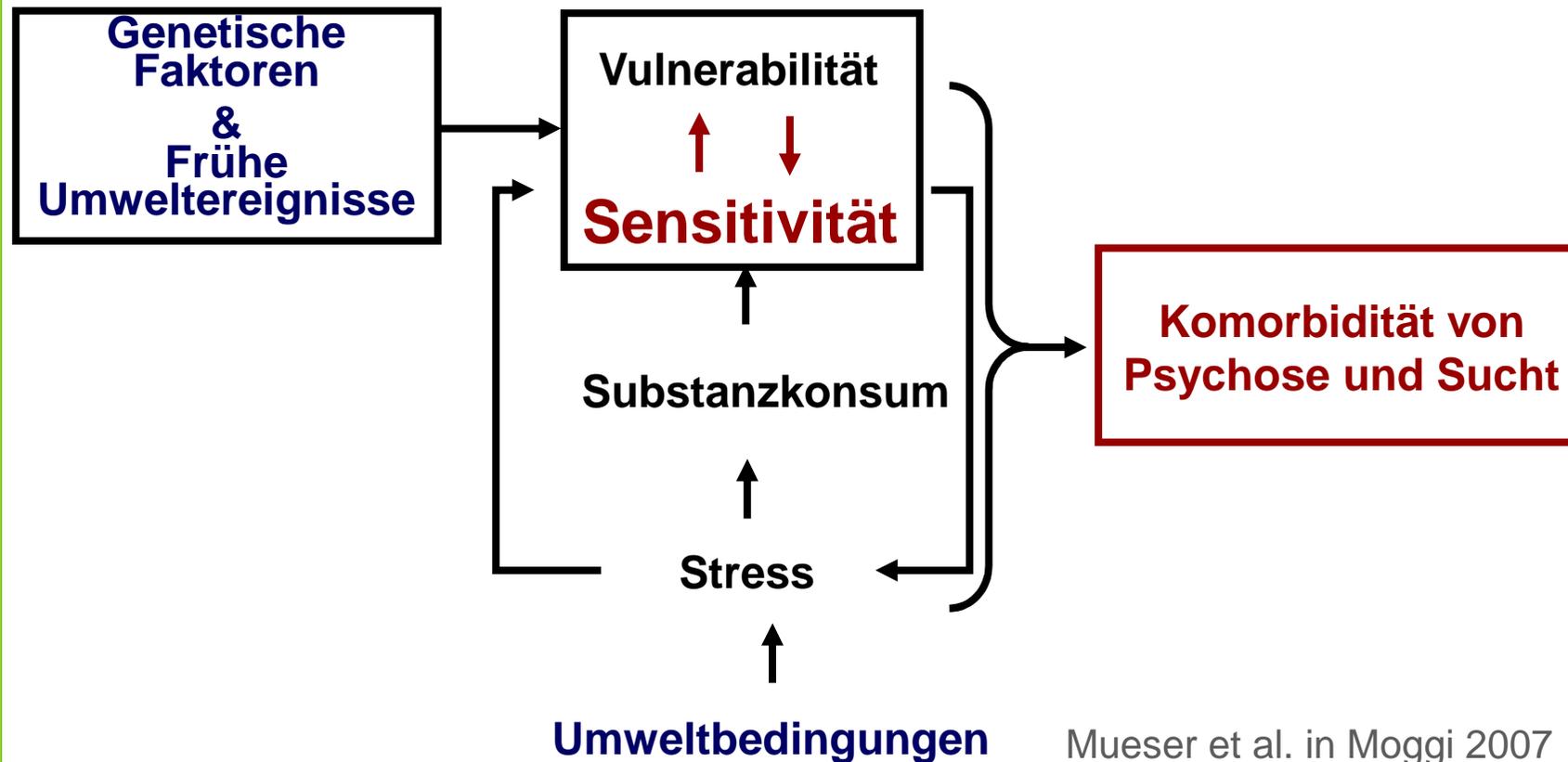
2.1.3. Supersensitivitätsmodell

- Basiert auf dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell
- Häufig werden nur relativ geringe Mengen vom Suchtmitteln konsumiert; dennoch entwickeln sich psychotische Symptome
- Dem Suchtstoff kommt die Rolle eines Stressors zu
- Bei primärer Vulnerabilität für Psychose kann der Konsum von Suchtmitteln ein Auslöser für die Psychose sein und ihren Verlauf negativ beeinflussen.

Mueser et al, 1998

2.1.3. Supersensitivitätsmodell

Schizophrenie und Substanzstörung



Mueser et al. in Moggi 2007

2.1.4. Modell des sozioökonomischen Abstiegs

- Durch sozioökonomischen Abstieg verlagern psychisch Kranke ihren Lebensraum in soziale Brennpunkte, wo Alkohol- und Drogenkonsum verbreitet sind

Mueser et al, 1998

2.2. Modell der Psychoseinduktion

- Durch den Konsum von Cannabis, Stimulantien und Halluzinogenen werden Psychosen induziert
- Psychosen können auch ohne Fortsetzung des Konsums den Verlauf einer schizophrenen Psychose nehmen
- *Behavioralen Sensitisation/ Kindling*: wiederholte Applikation eines Stimulans führt zu einer Verstärkung der behavioralen oder elektrophysiologischen Antwort

Mueser et al, 1998

2.3. Modell der gemeinsamen ätiologischen Faktoren

Es gibt einen gemeinsamen prädisponierenden Faktor für Schizophrenie *und* Suchtstörungen

- Dysfunktion des zentralen dopaminergen Systems (Chambers, 2001)
- Erhöhte biologische Vulnerabilität für die Entwicklung eines Substanzmissbrauchs ist ein *Symptom der Schizophrenie* (Chambers, 2001)
- Das Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung ist der Faktor der die hohe Komorbidität zwischen Sucht und Psychose erklärt (Mueser et al, 1998)

3. Ätiologie der Komorbidität von Persönlichkeits- und Substanzstörung

3.1. Modelle der primären Substanzstörung

3.2. Modelle der primären Persönlichkeitsstörung

3.3. Modelle gemeinsamer Faktoren

Verheul in Moggi, 2007

3.1. Modelle der primären Substanzstörung

3.1.1. Hypothese des sozialen Lernens

- hauptsächlich für antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Substanzkonsum tritt häufig im Kontext abweichender Peer Gruppen* auf und Gruppennormen formen und verstärken antisoziales Verhalten

Verheul in Moggi, 2007

* gekennzeichneten Worte werden im Glossar erläutert

3.1. Modelle der primären Substanzstörung

3.1.2. Konditionierungshypothese

- Substanzen können Verhalten durch klassische und operante Kondizionierung verändern
- Abhängige können anderen Personen misstrauen (Cluster A Merkmal*), um zu vermeiden ausgebeutet zu werden
- Abhängige können Freunde und Familie manipulieren (Cluster B Merkmal*), um finanzielle Unterstützung zu erhalten
- Intoxikationen können verzerrte Wahrnehmungen des sozialen Umfelds hervorrufen, die Denken und Verhalten verändern

Verheul in Moggi, 2007

* gekennzeichneten Worte werden im Glossar erläutert

3.1. Modelle der primären Substanzstörung

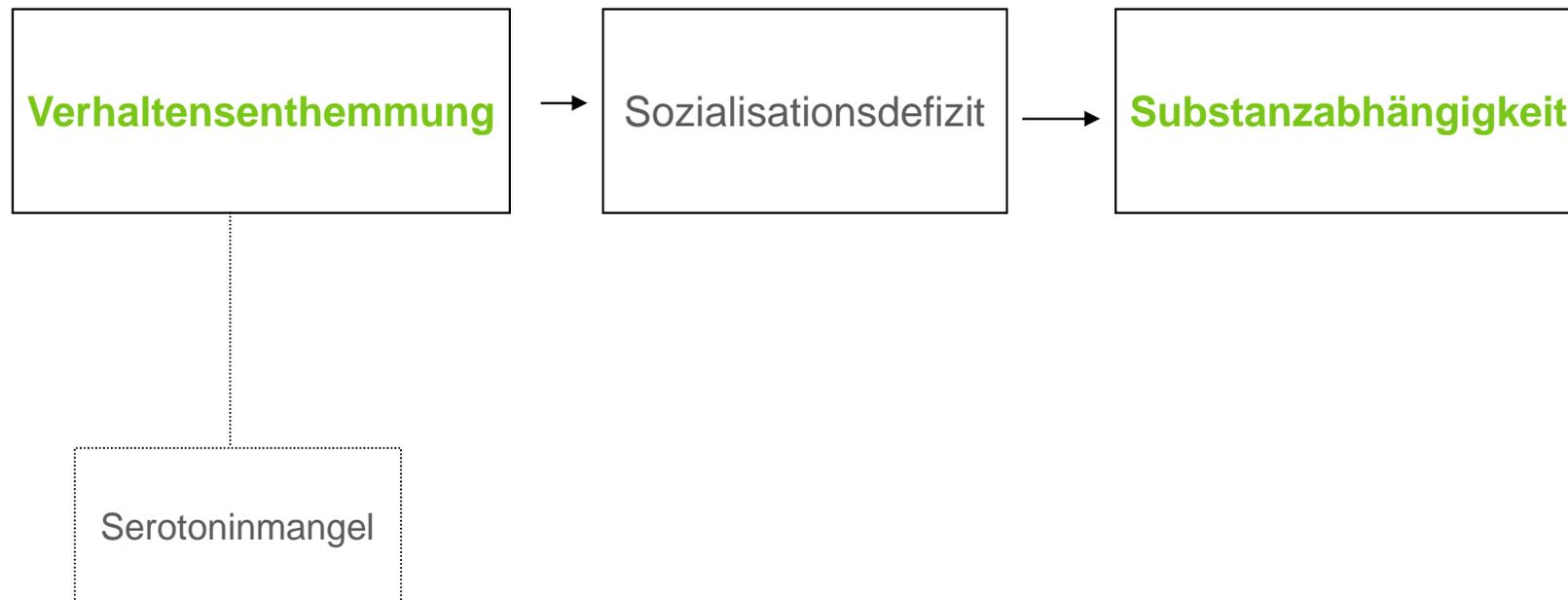
3.1.3. Neuropharmakologische Hypothese

- chronischer Substanzkonsum oder Entzüge können die Persönlichkeit durch direkte Effekte auf neurologische Prozesse im Gehirn verändern
- nicht klar ist, ob diese neuropharmakologischen Effekte dauerhaft anhaltend sind

Verheul in Moggi, 2007

3.2. Modelle der primären Persönlichkeitsstörung

3.2.1. Modell der Verhaltenshemmung



Verheul in Moggi, 2007

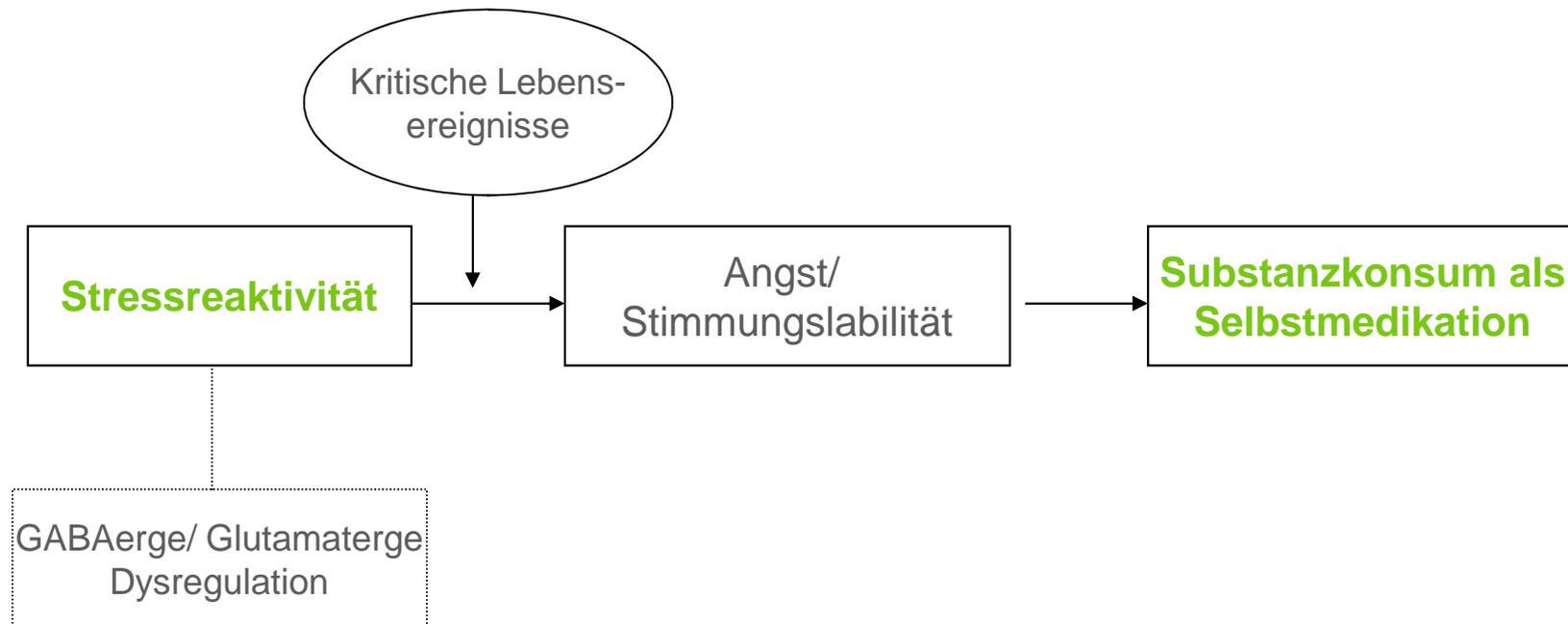
3.2.1. Modell der Verhaltenshemmung

- Personen, die auf bestimmte Persönlichkeitsfaktoren wie Antisozialität und Impulsivität hoch und auf Selbstbeschränkung und Schadensverminderung niedrig laden, weisen kleinere Schwellen für abweichendes Verhalten wie Alkohol- und Drogenmissbrauch auf
- Mögliche biologische Grundlage für die Komorbidität von Sucht und Antisozialen und zu einem gewissen Grad Borderline Persönlichkeitsstörungen* schreibt dem Suchtstoff die Rolle eines Stressors zu
- Diese Modell ist, im Vergleich zu den anderen beiden Modellen, am besten dokumentiert

* gekennzeichneten Worte werden im Glossar erläutert

3.2. Modelle der primären Persönlichkeitsstörung

3.2.2. Modell der Stressreaktivität



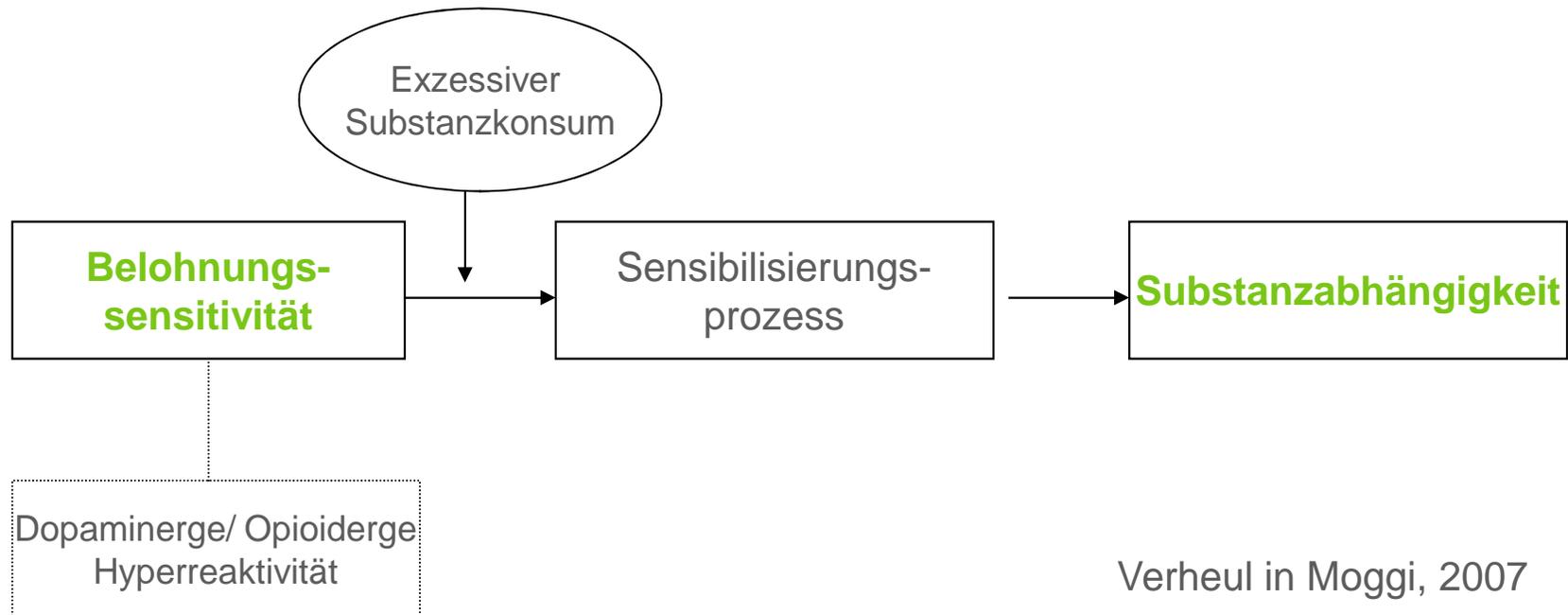
Verheul in Moggi, 2007

3.2.2. Modell der Stressreaktivität

- Personen, die hoch auf auf Persönlichkeitsfaktoren wie Stressreaktivität, Angstsensitivität und Neurotizismus laden, reagieren verletzlicher auf kritische Lebensereignisse. Diese Personen reagieren typischerweise auf Stress mit Angst und Stimmungslabilität, die ihrerseits ein Motiv für Substanzkonsum im Sinne einer Selbstmedikation werden kann
- Erklärt die Komorbidität von Sucht und Vermeidender, Abhängiger, Schizotypischer und Borderline Persönlichkeitsstörung
- Trifft häufiger auf Frauen als auf Männer zu

3.2. Modelle der primären Persönlichkeitsstörung

3.2.3. Modell der Belohnungssensitivität



Verheul in Moggi, 2007

3.2.3. Modell der Belohnungssensitivität

- Personen, die hoch auf Persönlichkeitsfaktoren wie Suche nach Neuem, Suche nach Belohnung, Extraversion und Geselligkeit laden, sind wegen positiv verstärkender Substanzeigenschaften stärker motiviert, Suchtmittel zu konsumieren
- Mögliche biologische Grundlage für Komorbidität von Sucht und vermeidender, abhängiger, schizotyper und Borderline Persönlichkeitsstörung

3.3. Modell gemeinsamer Faktoren

- Pathologie der Persönlichkeit und der Substanzstörungen sind voneinander unabhängig
- Ein dritter Faktor trägt zur Entwicklung beider Störungen bei (genetischer Faktor, Traumata,...)

Verheul in Moggi, 2007

Fallbeispiele

Schizophrenie und Heroinabhängigkeit

- **Erstkontakt:** 22 jährig, in Substitutionsambulanz
- **Symptome:** starker Heroinkonsum; keine direkten Hinweise auf psychot. Erleben; im Kontakt jedoch eigenartig, lässt keine vertiefte psychiatrische Exploration zu.
- **Sozial:** wohnt bei den Eltern, wird durch sie unterstützt, nicht lösbare Konflikte mit Eltern; abgebrochene Lehre; Kontakte nur zu anderen Abhängigen; keine Freizeitgestaltung.
- **1. Beurteilung:** Heroinabhängigkeit; Verdacht Pers.störung; beginnende Psychose
- **Procedere:** Aufnahme ins Methadonprogramm, regelmässige Gespräche, Triagierung zur städt. Sozialhilfe (Geld, Wohnen, Arbeit)
- **Verlauf:** rasch stabiles Methadonprogramm; regelmässige Gespräche mit Betreuer; zeigt teilw. bizarres Verhalten; in Drucksituationen auftretende Denkstörungen; zeitweise Beikonsum von Benzodiazepinen; fällt im öffentlichen Raum negativ auf (Betteln, kleinere Diebstähle).

- **2. Beurteilung:** Hebephrene Schizophrenie; Heroinabhängigkeit.
- **Procedere:** Weiterführung Methadonbehandlung; supportive Gespräche; Motivation für Neuroleptika
- **Verlauf:** nach anfänglicher Weigerung, Beginn mit Neuroleptika-Therapie. Stabilisierung; Bezug eines Zimmers in einem betreuten Wohnangebot; regelmässige supportive Gespräche; keine Delinquenz oder Betteln
- **Fazit:**
 - Psychotische Symptome bleiben hinter Drogenwirkung verschleiert
 - Stabilisierung des Suchtverhaltens lässt psychiatrische Symptome in den Vordergrund treten.
 - Auffällige Verhaltensweisen, die nur am Rande etwas mit der Sucht zu tun haben, werden sichtbar
 - a) Anpassung der Beurteilung; b) Motivation für neuroleptische Behandlung; c) Einbindung ins Sozialhilfesystem; d) Ablösung vom emotional belastenden Elternhaus; e) Finden einer Lebensnische trotz eingeschränkten persönlichen und sozialen Ressourcen

Kokainkonsum und unbehandeltes ADHD

- **Erstkontakt:** 42 jährig, in Spezialsprechstunde für ADHD
- **Symptome:** starker Kokainkonsum seit 5 Jahren; leidet unter dem Zwang Kokain zu konsumieren; zusehende Konflikte in der Beziehung zur Ehefrau; wegen Ueberforderung am Arbeitsplatz seit 3 Mt. krank geschrieben; bei Besuch des Neffen probiert er dessen Ritalintabletten, fühlt sich dabei ruhiger. In der psychiatrischen Exploration deutliche Hinweise für ein ADHD (psych. Gespräch, Fragebogen, Hinweise aus Lebensgeschichte, Info aus Paargespräch)
- **Sozial:** anforderungsvoller Beruf, regelmässige Arbeitstätigkeit, in den letzten Jahren grössere berufliche Belastung, seit 3 Mt. krankgeschrieben wegen einer Depression/Burnout; lebt in eigenem Haus; stabile Ehe; keine Schulden.
- **Beurteilung:** Kokainabhängigkeit; adultes ADHD

- **Procedere:** Gabe von Methylphenidat (3x20mg); regelmässige Gespräche beim Psychiater; verhaltenstherapeutische Interventionen (Umgang mit belastenden Situationen, Exploration von Craving- und Rückfall-Situationen, Bearbeitung der Schamthematik)
- **Verlauf:** Rascher Verzicht auf Kokainkonsum wird möglich; langsame seelische Stabilisierung; vorerst Arbeitsversuche halbtags; nach 4 Mt. Rückkehr an den Arbeitsplatz und volle Arbeitstätigkeit
- **Fazit:**
 - Unbehandeltes ADHD im Kindesalter
 - Kokain wird als beruhigend und die Konzentration stützende Substanz erlebt
 - Sieht in den Verhaltensweisen des Neffen eigene Verhaltensauffälligkeiten. Kennenlernen der positiven Wirkung der Medikamente des Neffen (Behandlung eines ADHD im Kindesalter)
 - Umfassende Abklärung: Sucht, ADHD (aktuelle Symptomatik, Lebensgeschichte, Umfeldbeobachtungen, Fragebogen, allenfalls Neuropsychologie)
 - Medikation mit Methylphenidat; strukturierte psychotherapeutische Begleitung (Sucht, ADHD); Bearbeitung von anderen belastenden Themen

Fallvignette: Komorbidität

Herr E. M., 28 Jahre alt, kommt in Begleitung seiner Mutter zu einem ersten Besuch an die Ambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, es folgt die stationäre Aufnahme. Der Patient sei seit 2 Jahren in Frühpension, seinen erlernten Beruf als Einzelhandelskaufmann habe er nur kurz nach Abschluss der Lehre ausgeübt. Er wohne bei seinen Eltern, nachdem er die letzten 1½ Jahre in einem Wohnheim für Menschen mit psychischen Erkrankungen verbracht habe.

Zum Zeitpunkt dieser ersten Untersuchung ist der Patient wach, in allen Bereichen orientiert, Aufmerksamkeit und Konzentration sind stark eingeschränkt, der Antrieb vermindert bei psychomotorischer Unruhe, Stimmung mäßig depressiv, affektiv verflacht, formales Denken verlangsamt und gehemmt, Denkziel wird jedoch erreicht, inhaltliche Denkstörungen im Sinne eines Wahnsystems werden vom Patienten negiert, er berichtet jedoch immer wieder dass sein „Gedankendurcheinander“ etwas mit dem 3. Auge zu tun habe – worüber er sich jedoch nicht näher äußern wolle. Auch akustische Halluzinationen erscheinen wahrscheinlich, Patient unterbricht das Gespräch immer wieder und wirkt horchend, was durch Mimik und Verhalten unterstrichen wird. Untermauert wird der Verdacht auf akustische Halluzinationen auch dadurch, dass der Patient an anderer Stelle im Gespräch anmerkt, dass er sich wohl das Leben nehmen müsse, wenn diese ständigen Beschimpfungen denen er dauernd ausgesetzt sei und deren Ursprung er nicht kenne, nicht aufhörten.

Laut Auskunft der Mutter hätten diese Symptome etwa um das 15. Lj. ihres Sohnes begonnen, ab damals sei er ihr verändert vorgekommen, sie glaubt, dass er damals auch gelegentlich Haschisch geraucht hätte. Schlimmer sei die Symptomatik nach Abschluss der Lehre geworden, er habe sich mehr und mehr zurückgezogen und soziale Kontakte weitgehend abgebrochen.

Die verordneten Medikamente, verschiedene Antipsychotika während der letzten Jahre, habe ihr Sohn ihres Erachtens höchst unregelmäßig eingenommen, er stehe derartigem „künstlichen Zeug“ sehr ablehnend gegenüber.

Sie stellen folgende Verdachtsdiagnose:

- a) Der Patient leidet eindeutig an einer drogeninduzierten Psychose.
- b) Aufgrund der geschilderten Symptomatik und des Verlaufs kommen Sie zum Schluss, Herr E.M. leide an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie.
- c) Die vom Patienten geschilderten Symptome weisen für Sie am ehesten auf eine schwere, chronifizierte Depression mit drohender Suizidalität hin.
- d) Sie erwägen die Möglichkeit einer Komorbidität von Cannabisabusus und einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie.

Richtig d):

Vieles spricht für die Diagnose einer Schizophrenie, es ist jedoch unabdingbar, den von der Mutter angedeuteten Cannabismissbrauch des Patienten nicht unbeachtet zu lassen. Cannabis kann gerade in den Jahren des Adoleszenz bei prädisponierten Personen eine beträchtliche Risikoerhöhung zur Entwicklung einer schizophrenen Erkrankung bedeuten.

Es ist der richtige Schluss, diese Komorbidität mit den beträchtlichen gegenseitigen Beeinflussungen ins Auge zu fassen.

- a) Die „eindeutige“ Diagnose ist nahezu nie zu stellen, es kann zum einen ein tatsächliches Nebeneinander der Erkrankungen bestehen, der Cannabisabusus kann auslösend sein, immer wieder wird jedoch auch diskutiert, dass Cannabis von den Betroffenen zur Bekämpfung psychotischer Symptome verwendet wird. A) ist also deswegen falsch, weil die Eindeutigkeit nie gegeben ist.
- b) Vieles spricht für die Diagnose einer Schizophrenie, der mütterliche Hinweise auf den Cannabismissbrauch in einem besonders vulnerablen Alter muss jedoch in die diagnostischen – und später auch therapeutischen – Überlegungen einbezogen werden.
- c) Reduzierter Antrieb und depressive Stimmung sind nach chronischem Cannabismissbrauch durchaus häufig, einige der geschilderten Symptome bis hin zur Suizidalität können auch einer Depression zugeordnet werden. Der Verlauf, die inhaltlichen Denkstörungen (drittes Auge) aber auch die akustischen Halluzinationen lassen eine Depression eher unwahrscheinlich erscheinen.

Fragen

Folgende Aussage ist richtig/falsch

1. Drogenabhängige leiden häufig an zusätzlichen psychischen Störungen
2. repräsentative Bevölkerungstichproben zeigen, dass 33% aller Menschen mit Substanzstörungen auch psychische Störungen aufweisen
3. Eine Substanzstörung ist immer Ausdruck einer tieferliegenden psychischen Störung
4. substanzinduzierte psychische Störungen bilden sich nach Abstinenz in der Regel wieder zurück

Richtig sind 1,2 und 4. Falsch ist Antwort 3

Antworten 1 und 3

Alle Untersuchungen zeigen, dass je nach Untersuchungspopulation, eine grosse Zahl von Menschen mit Substanzstörungen zusätzliche psychische Störungen zeigen. Häufig wird die komorbide Störung nicht diagnostiziert und eine adäquate Behandlung wird nicht möglich.

Antwort 4

Substanzinduzierte psychische Störungen bilden sich in der Regel nach kurzer Zeit zurück. Falls die psychische Störung auch nach einer Abstinenzphase andauert, muss eine vertiefte psychiatrische Abklärung durchgeführt werden und eine adäquate Behandlung eingeleitet werden.

Antwort 3

Diese Antwort ist falsch. Es gibt Abhängigkeitsentwicklungen die direkt mit der Wirkung und der Dauer der konsumierten Substanz zusammenhängen (Konsum – Missbrauch – Abhängigkeit)

Folgende Aussage ist richtig/falsch

Retrospektive Erhebungen zeigen:

1. komorbide psychische Störungen treten üblicherweise vor der Substanzstörung auf
2. Zwischen dem Beginn der psychischen Störung und der Substanzstörung liegen 5-10 Jahre
3. Komorbide Störungen sind bei Männern häufiger als bei Frauen
4. Affektive Störungen treten grundsätzlich zuerst vor dem Substanzkonsum auf

Richtig die Antworten 1 und 2, falsch die Antworten 3 und 4

Antworten 1 und 2

In der Regel zeigen sich Symptome von Schizophrenien und besonders Angst- und Persönlichkeitsstörungen schon vor der Entwicklung einer Abhängigkeit. Häufig werden dabei unangenehme psychische Befindlichkeiten durch den Konsum einer psychoaktiven Substanz gemildert. In der Folge kann sich ein Missbrauch und Abhängigkeit entwickeln.

Antwort 3

Komorbide Störungen sind bei Frauen häufiger als bei Männern

Antwort 4

Affektive Störungen können sowohl vor dem Konsum von psychoaktiven Substanzen beobachtet werden, als auch als Folge des Konsum auftreten (häufig bei Alkoholabhängigkeit)

Folgende Aussage ist richtig/falsch

Für die Diagnosestellung von komorbiden Störungen

1. Werden die gleichen Diagnoseinstrumente eingesetzt wie zur Diagnose von anderen psychischen Störungen
2. reicht die Erhebung des aktuellen psychischen Befundes
3. Muss zwingend ein psychiatrischer Facharzt konsultiert werden
4. Müssen neben dem Erheben von Präsentiersymptomen noch weitere Abklärungen durchgeführt werden

Richtig sind Antworten 1 und 4, Falsch sind 2 und 3

Antwort 1

Die Diagnose wird im Rahmen von Abklärungsgesprächen, durch Informationen aus dem Umfeld und/oder durch den Einsatz von standardisierten Fragebogen gestellt.

Antworten 2 und 4

Bei der Diagnose von Abhängigkeitserkrankungen und zusätzlichen psychischen Störungen müssen wir sorgfältig abklären. Psychische Symptome können durch die Wirkung der konsumierten Mittel verschleiert oder gemildert werden, Entzugerscheinungen können vorbestehende psychische Symptome verstärken.

Antwort 3

Eine psychiatrische Abklärung kann auch durch gut ausgebildete Allgemeinärzte erfolgen. Hilfreich kann dabei der Einsatz von standardisierten Fragebogen sein.

Glossar

- **Odds- Ratio (OR)** ist das relative Risiko, an einer bestimmten Suchtstörung zu erkranken, wenn auch eine psychische Störung vorliegt und umgekehrt
- **p (probability)**: gibt an wie wahrscheinlich es ist, den vorliegen Unterschied zwischen Gruppen zu beobachten, obwohl kein Unterschied besteht. Wenn die Wahrscheinlichkeit $< 5\%$ ist ($p < 0.05$), kann die Nullhypothese (es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen) abgelehnt und die Alternativhypothese (es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen) angenommen werden
- **Posttraumatische Belastungsstörung**: entstehen als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (flashbacks), Vermeidung von Situationen, die an das Trauma erinnern und vegetative Übererregbarkeit. Krankheitsbeginn bis max. 6 Monate nach dem Trauma. Max. Dauer 2 Jahre, danach eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen (F62.0)
- **Coping Versuche**: engl. *to cope*: mit etwas fertig werden; Bewältigungsversuche

Glossar

- **Peer Gruppe:** geht als Fachbegriff aus der Soziologie und Pädagogik zurück auf C.H. Cooley (1864-1929), Bezugsgruppen von Jugendlichen
- **Cluster-Einteilung** der Persönlichkeitsstörungen (PS) nach DSM-IV und ICD-10

| | ICD-10 | DSM IV |
|--|--|--|
| Cluster A sonderbar, exzentrisch | paranoide PS (F60.0) schizoide PS (F60.1) | paranoide PS schizoide PS schizotypische PS |
| Cluster B dramatisch, emotional | emotional instabile PS (F60.3) histrionische PS (F60.4) dissoziale PS (F60.2) | Borderline- PS histrionische PS dissoziale PS narzisstische PS |
| Cluster C ängstlich, vermeidend | ängstliche PS (F60.6) abhängige PS (F60.7) anankastische PS (F60.5) passiv- aggressive PS (F60.8) | selbstunsichere PS abhängige PS zwanghafte PS (passiv- aggressive PS) |

Glossar

- **Borderline Persönlichkeitsstörung (PS):** emotional instabile PS, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und *innere Präferenzen* unklar oder gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen)

Literatur

- Belitz- Weihmann, E. & Metzler, P. (1997). Fragebogen zum Funktionalen Trinken (FFT). Göttingen: Hogrefe
- Berthel, T. (2007). Psychiatrische Komorbidität. In B., Beuble, H., Haltmayer, & A., Springer, (Hrg). Opiatabhängigkeit. Wien: Springer Verlag
- Blanchard, J.J., Brown, S.A., Horan, W.P. et al (2000). Substance use disorders in schizophrenia: review, integration and a proposed model. Clin Psychol Rev 20, 207- 234
- Chambers, R.A., Krystal, J.H. & Self, D.W. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. Biological Psychiatry, 50, 71-83
- Drogen im Blickpunkt, 3. Ausgabe (2004). Komorbidität- Drogenkonsum und psychische Störungen
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_DE_Dif14DE.pdf
- Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, Ch. & Antons, K.(1979) Münchner Alkoholismus- Test (MALT) Weinheim: Beltz

Literatur

- Franke, G. (2002). SCL-90-R Die Symptomcheckliste von L.R. Derogatis. Deutsche Version (2.Aufl.). Göttingen: Hogrefe
- Funke, W., Funke, J., Klein, M. & Scheller, R. (1987). Trierer Alkoholismusinventar (TAI). Göttingen: Hogrefe
- Gouzoulis- Mayfrank E. (2004). Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Nervenarzt, 75, 642 – 650
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A, Chou, S.P., June Ruan, W., Pickering, R.P. (2004). Co- occurrence of 12- month alcohol an drug use disorders and personality disorders in the United States- results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry, 61, 361- 368
- Gsellhofer, B., Kufner, H., Vogt, M.,& Weiler, D. (1999). European Addiction Severity Index. EuropASI. Manual für Training und Durchführung. Baltmannsweiler: Schneider- Verlag
- Hautzinger, M., Bailer, M. Worall, H.& Keller, F. (1995). Beck- Depressions- Inventar (BDI). Bern: Huber

Literatur

- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1999). Das Inventar depressiver Symptome (IDS). Unveröffentlichtes Manuskript Universität Tübingen: Psychologisches Institut
- Horowitz, L.M., Strauss, B.& Kordy, H. (2000). Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Göttingen: Beltz Test
- Kessler, R. (2004). The Epidemiology of Dual Diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56. 730 – 737
- Kessler, R.C., Aguilar- Gaxiola, S., Andrade, L., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J.J., De Wit, D.J., Kolody, B., Merikangas, K.R., Molnar, B.E., Vegas, W.A., Walters, E.E. & Wittchen, H.-U. (2003). Cross- national comparisons of comorbidities between substance use disorders and mental disorders: Results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. In W.J., Bukoski & Z., Sloboda (Eds.). *Handbook for drug abuse prevention theory, science, and practice*. New York: Plenum Publishing Corporation

Literatur

- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12- month prevalence of DSM- III- R psychiatric disorders in the Unites States: Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 51, 8-19
- Khantzian, E.J. (1997). The self- medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. Harv Rev Psychiatry 4, 231-244
- Kiresuk, Th. & Lund, S. (1979). Goal attainment scaling. GAS: Research, Evaluation and Utilisation. In H.C. Schulberg & F. Baker (Eds.) Program evaluation in health fields (Vol.2). New York: Human Science Press
- Lachner, G. & Wittchen, H.-U. (1996). Das Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module (DIDI-SAM) Ein neues Instrument zur klinischen Forschung und Diagnostik. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.) Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie (S.147-156) Stuttgart: G. Fischer

Literatur

- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). State-Trait- Angstinventar (STAI). Göttingen: Beltz Tests
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994): Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS). Berlin: Springer
- Mueser, K.T., Drake, R.E., Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav* 23, 717-734
- Moggi, F. (Hrg.) (2007) Doppeldiagnosen: Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern: Huber
- Moggi, F. & Donati, R (2004). Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen, Fortschritte der Psychotherapie. Bern: Hogrefe
- Robins, L.N, & Regier, D.A. (Eds.) (1991). *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Maxwell Macmillan International

Literatur

- Sciacca, M.A. (1986). A step by step guide to integrated treatment, program development and services for dual diagnosis. Erhältlich bei der Autorin: 299 Riverside Drive, 3E, New York, NY 10025, USA
- Stieglitz, R. & Volz, H.P. (2007). Komorbidität bei psychischen Störungen. Bremen: Uni Med Verlag
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997): SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM- IV. Achse I: Psychische Störungen. Göttingen- Hogrefe



PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT



SALZBURGER LANDESKLINIKEN

SALZBURGER LANDESKLINIKEN

CHRISTIAN-DOPPLER-KLINIK

Opiatabhängigkeit und Komorbidität mit anderen psychischen Störungen Teil II

Friedrich Martin Wurst

Toni Berthel, Franz Moggi, Robert Hämmig

Christoph Stuppäck, Natasha Thon, Isabella
Kunz

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II

In Kooperation mit der

Österreichischen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
(OG Sucht) und der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin
(SSAM)

Autoren

Friedrich Martin Wurst

Univ. Prof. Dr. med., Vorstand, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
Präsident, Österreichische Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (OG Sucht)

Natasha Thon

Mag., Klinische und Gesundheitspsychologin/Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitätsklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie II

Isabella Kunz

Mag., Klinische und Gesundheitspsychologin/Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitätsklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie II

Christoph Stuppäck

Univ. Prof. Dr. med., Vorstand, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I

Christian-Doppler-Klinik

Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH
Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg

Franz Moggi

Priv.-Doz. Dr. phil., Leiter Klinisch Psychologischer Dienst, Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie Bern,
3000 Bern 60, Schweiz

Robert Hämmig

Dr. med., Leiter Funktionsbereich Sucht, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Zieglerstrasse 7,
3010 Bern, Schweiz
Präsident, Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM)

Toni Berthel

Dr. med., Stv. ärztlicher Direktor, integrierte Psychiatrie Winterthur

Haftungsausschluss

Wir haben große Sorgfalt darauf verwandt, dass die Angaben in diesem E-learning Modul korrekt sind und dem derzeitigen Stand entsprechen, trotzdem können wir für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte keine Gewähr übernehmen.

Urheberrecht

Das E-learning Modul ist urheberrechtlich geschützt.

Das Copyright liegt bei den Autoren.

Lecture Board

Univ.Prof. Dr.med.univ. Dr.phil. Hans-Peter Kapfhammer
Klinikvorstand, Universitätsklinik für Psychiatrie
Graz

Prof. Dr. med. Gerhard A. Wiesbeck
Ärztlicher Bereichsleiter Abhängigkeitserkrankungen
Universitäre Psychiatrische Kliniken
Basel

PD Dr. N. Wodarz
Leiter des Bereichs Klinische Suchtmedizin
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität
Regensburg

PD Dr. med. Ulrich W. Preuss,
Leitender Oberarzt /Stellvertretender Direktor
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Martin-Luther-Universität
Halle

Überblick

- Behandlung
- Exkurs: Opiatabhängigkeit und Komorbidität

Behandlung

Allgemeine Schwierigkeiten

- Unzureichende Kenntnisse über Komorbidität
- In manchen Ländern: Ausschluss von Drogenbehandlung auf Grund der psychischen Probleme
- Behandlung erfordert Kooperation und Koordination der beteiligten Dienste -> Case Management

Drogen im Blickpunkt, Briefing der EBDD, 2004

Fallkonzeption: Klärung der Problematik

1. Aktueller Therapieanlass und Lebenssituation des Patienten
2. Biografie und Herkunftsfamilie
3. Probleme
4. Ressourcen
5. Bedürfnisse, Wünsche und Ziele
6. Befürchtungen und Hindernisse
7. Konflikte
8. Veränderungsmotivation
9. Risikosituationen
10. Funktionales Problemverständnis

Moggi & Donati, 2004

Indikationstellung (Moggi & Donati, 2004)

| | | Psychische Störung | |
|-----------------|-----------|--|--|
| | | Remission | Persistenz |
| Substanzstörung | Abstinenz | Typ I: stabile Verbesserung der Komorbidität | Typ III: anhaltende psychische Störung |
| | Rückfall | Typ II: Rückfall in Substanzstörung | Typ IV: Anhaltende Komorbidität |

Indikationsstellung

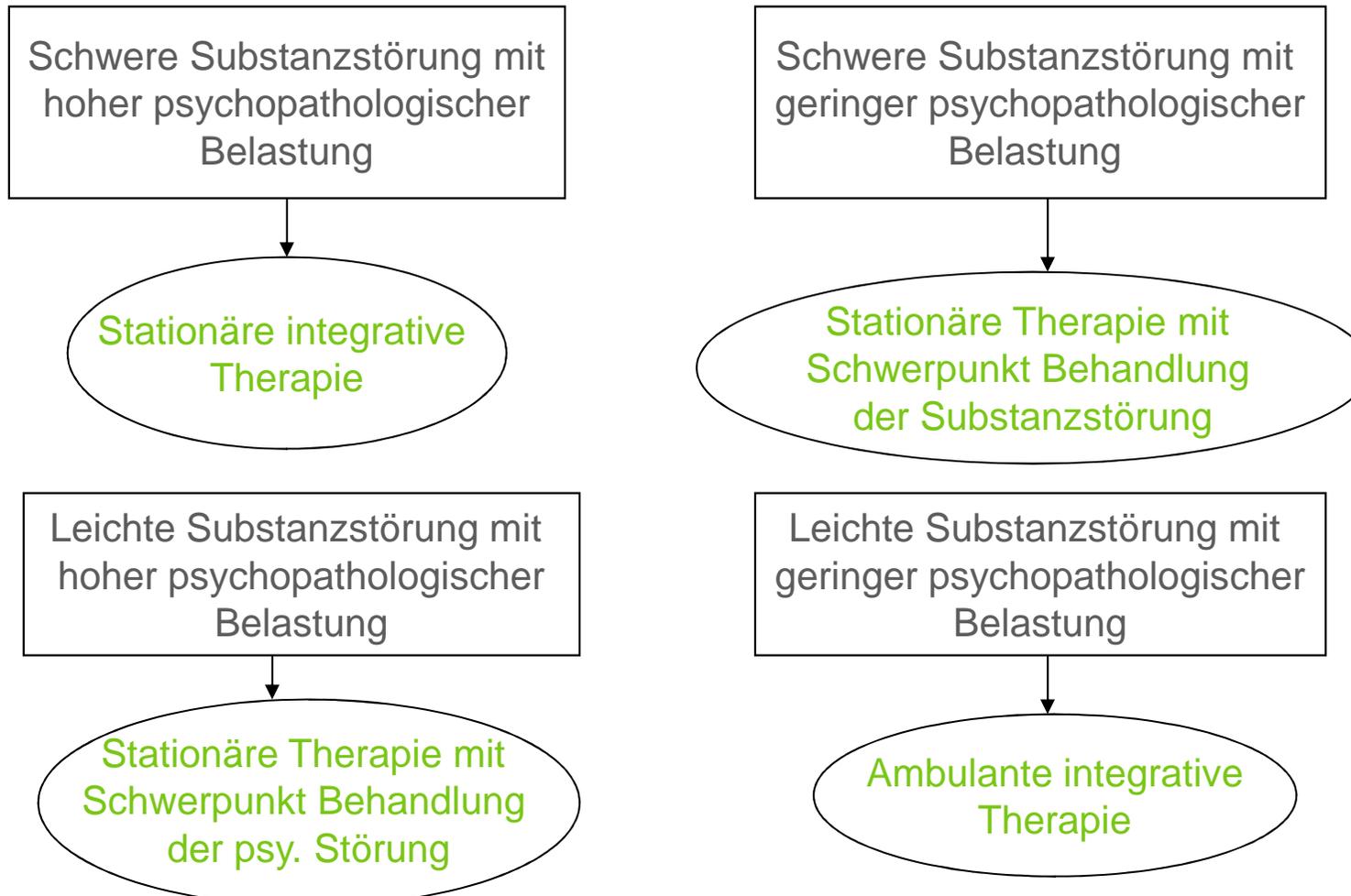
Typ I: Abstinenz und komorbide Störung remittiert ⇒⇒⇒
ambulante Beratung oder Therapie

Typ II: Rückfall und komorbide Störung remittiert ⇒⇒⇒
stationäre Entwöhnung mit anschließender ambulanter Therapie

Typ III: Abstinenz und anhaltende komorbide psychische Störung
⇒⇒⇒
herkömmliche Behandlung der psychischen Störung

Typ IV: Rückfall und anhaltende komorbide psychische Störung ⇒⇒⇒
integrative Therapie

Indikationsstellung (Moggi & Donati, 2004)



Überweisungskriterien bei ambulanter Therapie

- Überweisung in psychiatrische Klinik:
 - **Akut psychotische Doppel- Diagnose- Patienten (DDP)**
Rückfall in den Substanzkonsum geht häufig mit Rückfall in psychische Störung einher, weil verschriebene Medikament im Rückfall nicht mehr genommen werden
 - **schwer depressive und suizidale DDP**
Hochrisiko: Konsum von Suchtmittel während einer depressiven/ suizidalen Phase

Moggi & Donati, 2004

Überweisungskriterien bei ambulanter Therapie

- Überweisung in eine Spezialinstitution für Suchtbehandlung
 - Schwere Substanzabhängigkeit
 - Abrupte Abstinenz würde zu einem medizinischen Notfall führen
 - Verleugnung des Substanzkonsums ist sehr stark
 - Ambulante Behandlung ist mehrfach gescheitert
 - Fehlen sozialer Unterstützung
 - Das Suchtproblem ist primär, die psychische Probleme substanzinduziert
 - Patient ist heroin- oder kokainabhängig

Moggi & Donati, 2004

Medikamentöse Behandlung

- Medikamente sind in der Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen von zentraler Bedeutung
- Grundsätzlich kein Unterscheid in der Behandlung zwischen Patienten mit Doppeldiagnosen und Patienten mit psychischen Störungen ohne begleitende Substanzstörung
- Interaktion mehrerer Medikamente und Interaktion mit der konsumierten psychotropen Substanz müssen berücksichtigt werden
- Komplexe Herausforderung die eine sorgfältige Anamnese und Auskünfte von Drittpersonen verlangt

- Wird die Diagnose einer nicht substanzinduzierten Störung zu früh gestellt, kommt es zu einer Übermedikation oder einer unnötig langfristigen Medikation
- Bei einer verzögerten Psychodiagnostik kommt es zu einer unnötigen Verlängerung der Symptome
- Abwägen zwischen raschen Interventionen und einer abwartenden, beobachteten Haltung

Müller in Moggi, 2007

Integrative Therapie

„Die Patienten benötigen für sie individuell zugeschnittene, integrative Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangebote, die wirksame Interventionen für psychische Störungen und Substanzstörungen kombinieren, modifizieren und integrieren“

Mueser & Kavanagh, 2001

Integrative Therapie (Moggi & Donati, 2004)

Gleichzeitige Behandlung von Substanzstörung und weiteren psychischen Störungen

Interventionen der kognitiv- behavioralen Therapie am besten geeignet weil ihre Prinzipien für beide Störungsformen ähnlich sind (Kognitive Umstrukturierung, Selbstinstruktion, Reizkonfrontation, soziales Kompetenztraining)

- Hoher Organisationsgrad
- Klare Strukturen
- Starke Unterstützung
- Angebotsvielfalt
- Hohe Orientierung an praktischen Problemen
- Förderung aktiver Teilnahme
- Medikamentöse Behandlung

Integrative Therapie (Moggi & Donati, 2004)

4 Wirkfaktoren:

Problemaktualisierung: problematische Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen müssen in der Therapie aktualisiert werden um eine emotionale Beteiligung zu erreichen

Klärungsperspektive: Entwicklung neuer Ziele, Wünsche und Perspektiven

Problembewältigung: Einüben adäquater Problem- und Bewältigungsstrategien

Ressourcenaktivierung: Fokus auf gesunde Anteile des Patienten

Integrative Therapie- gestufter Behandlungsplan

(Moggi & Donati, 2004)

| Behandlungsphase | Definition | Ziel |
|--|--|--|
| Aufbau einer Behandlungsallianz | Der Patient hat unregelmäßige Kontakte mit dem Versorgungssystem. Kein oder kaum Problembewusstsein | Stabile Arbeitsbeziehung. Förderung von Problembewusstsein |
| Überzeugung | Der Patient hat regelmäßige Kontakte, ist aber ambivalent in Bezug auf Reduktion des Substanzkonsums und/ oder seine psy. Störung zu behandeln | Förderung von Veränderungsmotivation und Entscheidung zur Verhaltensveränderung |
| Aktive Behandlung | Der Patient unternimmt aktive Schritte, den Substanzkonsum zu reduzieren und seine psy. Störung zu behandeln | Unterstützung bei der Substanzreduktion oder –entzug Therapie der psy. Störung und Substanzstörung |
| Rückfallprävention | Der Patient ist seit mehreren Monaten abstinent oder hat keine Probleme mit dem Suchtmittel. Seine psy. Störung ist gebessert und er ist aktiv in der Psychotherapie | Sensibilisierung für Rückfälle und Ausweitung der Genesung auf andere Bereiche |

Das integrative Behandlungsprogramm

| Behandlungsallianz und Krankheitseinsicht | Anzahl der Sitzungen |
|--|----------------------|
| 1. Psychische Störungen (welche psychische Störungen liegen vor) | 2 |
| 2. Substanzgebundenes Suchtverhalten (welche Mittel werden konsumiert) | 2 |
| 3. Störungsmodell zu Doppeldiagnosen (Erklärung des Konzepts) | 1 |
| 4. Selbstdiagnose (welche Probleme habe ich- Patient) | 1 |
| Überzeugung und Veränderungsmotivation | |
| 5. Diagnose der Veränderungsmotivation und –bereitschaft | 2-5 |
| 6. Ziele setzen | 2 |
| Aktive Behandlung und Verhaltensänderung | |
| 7. Medikamentöse Therapie | 2 |
| 8. Wunsch Verlangen nach dem Suchtmittel | 2-3 |
| 9. Umgang mit Suchtmittelangebot | 1 |
| 10. Psychotherapie psychischer Störungen | 5-15 |

Das integrative Behandlungsprogramm

| Rückfallprävention und Gesundheitsförderung | |
|--|--------------|
| 12. Rückfallprävention/ Frühwarnsymptome, Selbsthilfegruppen | 2 |
| 13. Rückfallbewältigung | 2-3 |
| 14. Persönliche Ressourcen | 2-3 |
| 15. Soziale Ressourcen | 2-3 |
| 16. Strukturierter Tagesablauf | 2 |
| 17. Freizeitverhalten | 2 |
| 18. Soziale Beziehungen | 2-3 |
| Anzahl der Stunden gesamt | 30-50 |

Moggi & Donati, 2004

Behandlungsansätze bei spezifischen Doppeldiagnosen

- a. Angststörungen / Depressionen und Substanzstörungen
- b. Persönlichkeitsstörungen und Substanzstörungen
- c. Psychose und Substanzstörung
- d. ADHD und Substanzstörung

Behandlungsansätze bei komorbider Depression

- Abklärung ob Depression primär oder sekundär ist
- Primäre Depression: Antidepressive hilfreich
- sekundären Depression: Antidepressiva nicht indiziert
- Abklärung der Suizidalität
- Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente und die Interaktion mit dem Suchtmittel sind zu beachten
- Psychotherapie

Moggi & Donati, 2004

■ **Pharmakotherapie:**

- serotonerge Antidepressiva
- Noradrenerge Antidepressiva
- Stimmungsstabilisator (Antiepileptika) zur Rückfallprävention bei Indikation

Weitere Empfehlungen zur Überprüfung von Interaktionen:

- Die Messung der Methadonplasmakonzentration
- EKG zur Überprüfung des Risikos einer Verlängerung des QT-Intervalls.

CAVE: gewisse Antidepressiva wie Fluoxetin oder Paroxetin können die Blutkonzentration des Methadons beeinflussen. Daher auf Beschwerden über Entzugssymptome oder Intoxikation achten.

Fink & Hämmig, 2007

Behandlungsansätze bei komorbider Angststörung

- Sozialphobie: soziales Kompetenztraining und Teilnahme an Therapiegruppen
- Agoraphobie und Panikstörungen: ausgedehnte kognitive Vorbereitung für jegliche Intervention um Ängste zu vermeiden
- Generalisierte Angststörung: Schwerpunkt ist das Erkennen und Akzeptieren möglicher Zusammenhänge zwischen Ängsten und Suchtmittelkonsum, Erhöhung der Selbstwirksamkeit, Aktivierung der Ressourcen, Entspannungsübungen, Durcharbeiten von Worst- Case Szenarien
- Posttraumatische Belastungsstörung: Durcharbeiten des traumatischen Erlebnisses

Moggi & Donati, 2004

Behandlungsansätze bei komorbider Persönlichkeitsstörung

Schwierigkeiten

- Therapeutische Arbeitsbeziehung
- Non-Compliance
- Veränderungswiderstand und/oder
- Therapieabbruch

Verheul in Moggi, 2007

Behandlungsansätze bei komorbider Persönlichkeitsstörung

„ Der wesentliche Unterschied zu den anderen Komorbiditätsformen liegt darin, dass bei einer integrativen Therapie von Doppel- Diagnose- Patienten mit Persönlichkeitsstörungen der Schwerpunkt der Behandlung auf die Persönlichkeitsstörungen gelegt werden soll.“

Költzsch & Brodbeck in Moggi 2007

Behandlungsansätze bei komorbider Persönlichkeitsstörung

- Schwerpunkt der Therapie ist die Behandlung der Persönlichkeitsstörung (PS)
- Stabile Beziehung aufbauen und bei Schwierigkeiten jeglicher Art verlässlich aufrechterhalten
- Verletzlichkeit der Patienten akzeptieren, die Funktionalität des problematischen Verhaltens auf dem Hintergrund der PS sehen
- Angst vor Veränderung berücksichtigen, daher nicht auf Veränderungen drängen- Geduld und Vertrauen in langfristige Perspektiven aufbringen
- Ressourcenorientiert arbeiten
- Balance zwischen stützender und wohlwollend- fordernder Haltung
- Inkorrektes Verhalten des Therapeuten (z.B. Unpünktlichkeit) kann beim Patienten starke Ängste erwecken

Moggi & Donati, 2004

Behandlungsansätze bei komorbider Persönlichkeitsstörung

Effektive Methoden

1. **Doppelfokusschematherapie**

Ball & Young, 2000

24 wöchige manualisierte individuelle Therapie

2. **Modifizierte dialektisch behaviorale Therapie (DBT-S)**

Linehan et al, 1999

Wöchentlich, individuell, kognitiv-behaviorale

Psychotherapiesitzungen

Agierfelder im Umgang mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen

- Suchtkranke Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zeigen häufig ein ausgeprägtes agierendes Verhalten. Eine konstruktive Beziehung ist dadurch erschwert. Es müssen dabei versch. mögliche Agierfelder berücksichtigt werden.
 - Die direkte Wirkung der Droge (Beikonsum)
 - Die durch die Droge vermittelte „Welt“ mit ihren Beziehungsmustern (Szene als Identität stiftender Lebensraum)
 - Der Drogenkonsum und die Behandlung als Möglichkeit der Gestaltung der Beziehung zur Mitwelt (Arzt als Helfer, Arzt als Teil eines normativistischen Systems)

Berthel, 2007

Hilfreiche Ansätze für den Umgang mit Opiatabhängigen mit erhöhtem Agierpotenzial

- Vermittlung von Sicherheit durch z.B. lang dauernde Substitution/Beziehung, Überlebenshilfe und professionelle, willkürfreie Beziehung
- Behandlung unangenehmer Symptome mit den entsprechenden Medikamenten
- Unterstützung bei der Gestaltung einer persönlichen Nische durch eine am ehesten supportive Behandlung
- Gewährleistung der notwendigen sozialen Unterstützung und Förderung
- Ausreichende Vernetzung des Helfersystems

Behandlungsansätze bei komorbider Psychose

Medikamentöse Therapie von zentraler Bedeutung

Mittel der Wahl: **atypische Neuroleptika**

- Nebenwirkungen (Negativsymptome, Anhedonie, extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen) der typischen Neuroleptika die Tendenz zum Substanzmissbrauch im Sinne einer Selbstmedikation verstärken können
- typische Neuroleptika können über die relativ starke und relativ selektive Blockade von Dopamin D2- Rezeptoren im mesolimbischen System Suchtmechanismen direkt pharmakologisch verstärken

Gouzoulis- Mayfrank, 2008

Behandlungsansätze bei komorbider Psychose

Erfolgreiche Behandlungsprogramme enthalten:

- Pharmakotherapie
- Soziotherapie
- Motivierende Gesprächsführung
- Psychoedukation
- Verhaltenstherapeutische Interventionen
- Familieninterventionen

Moggi & Donati, 2004

Behandlungsansätze bei komorbider Psychose

■ Treating Substance Abuse in Schizophrenia

(Bennett et al, 2001)

2mal wöchentlich eine Gruppentherapie (ca.6 Personen) zu 90 Minuten, über einen Zeitraum von 6 Monaten

■ Spezielle Psychoedukation

- Komorbidität Psychose und Abhängigkeit: Psychoedukatives Training, KomPAkt (Gouzoulis- Mayfrank, 2007)
- Gesund und ohne Abhängigkeit leben, GOAL (D'Amelio, 2007)

Behandlungsansätze bei komorbider Psychose

■ Familieninterventionen

Reduktion des Suchtmittelkonsums ist mit dem Ausmaß der Unterstützung durch Angehörige assoziiert (Clark, 2001)

- Psychoedukative Elemente
- Kommunikationstrainings
- **Gesund und ohne Abhängigkeit leben, GOAL** (D'Amelio, 2007)

Behandlungsansätze bei komorbidem ADHD

■ Multimodale Therapie:

1. Beratung und Aufklärung

1. Aufklären und informieren über Störungsbild
2. Beratung bei immer wieder auftretenden Fragen

2. Psychotherapie

1. Störungsorientierte, verhaltenstherapeutische Verfahren
2. ADHS akzeptieren lernen
3. Identifizieren von störendem Verhalten; fördern von gewünschtem Verhalten; lernen Probleme zu bewältigen

3. Medikamente

1. Methylphenidat
2. Noradrenerg wirksame Antidepressiva

Behandlungsansätze bei komorbidem ADHD

- **Medikamente**
 - Therapie erster Wahl:
 - Methylphenidat
 - Bei Erwachsenen Ansprechrate über 70%
 - Wirkung über Blockade des DAT (Dopamintransporter)
 - Therapie zweiter Wahl
 - Noradrenerg wirksame Antidepressiva
 - Modafinil (Psychanaleptikum; Förderung der Wachheit; Augmentation der Antidepressiven Behandlung)

Integrierte Suchthilfe Winterthur, 2009

Methadongestützte Behandlung bei komorbiden Störungen: wichtig zu wissen

- Methadon – alleine oder häufiger in Kombination mit anderen Risikofaktoren – kann das QTc-Intervall verlängern und zu lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen vom Typ Torsade des Points führen. Eine Korrelation zw. Methadondosis (-plasmaspiegel) und QTc wird angenommen.
- Besondere Gefährdung, wenn weitere Risiken dazukommen: Einnahme von kardiotoxischen Substanzen; kardiovaskulären Erkrankungen; Elektrolytstörungen; Co-Medikation mit QTc verlängernden Substanzen

SSAM, 2007

Behandlung - allgemeine Aspekte

- Ohne anhaltende Abstinenz oder deutliche Reduktion von Suchtmittelkonsum, ist eine erfolgreiche Behandlung von Komorbidität unwahrscheinlich
- Empfehlung: Ein drei- bis vierwöchiges stationäres Programm für den Suchtmittelentzug mit Stabilisierung der psychischen Störung, ausführliche diagnostische Abklärung und Indikationsstellung für die weitere Therapie ist zu empfehlen
- Nach Programmen mit Doppeldiagnoseorientierung zeigen Patienten höhere Abstinenzraten, bessere Bewältigung von Rückfallsituationen, weniger Symptome psychischer Störungen, häufiger Arbeit, längere Phasen ohne Hospitalisation und sind regelmäßiger in Nachbehandlung

Moggi, 2007

Behandlung - Zusammenfassung

- Fokussierung auf Substanzstörung UND auf komorbide psychische Erkrankung
- Langzeitbehandlung
- Integration von Behandlungsdiensten
- Kontinuität in der Behandlungskette – Case Management Konzept
- Schulung des Personals

Opiatabhängigkeit und Komorbidität mit anderen psychischen Störungen

Prävalenz komorbider psychischer Erkrankungen bei Opiatabhängigen

- Metaanalyse von Frei & Rehm, 2002:
 - 16 Studien
 - 3754 Opiatabhängige
- Methodik: Medline, PsychINFO, Schweizer NEBIS-Datenbank

Studien der Metaanalyse (Rehm & Frei, 2002)

| Autor | n | mind. 1 komorbide psych. Störung | Persönlichkeitsst. | affektive Störungen | Angstst. | Schizophrene St. |
|---------------------------|-----|----------------------------------|--------------------|---------------------|----------|------------------|
| Regier et al. (1990), ECA | 142 | 65 | 37 | 31 | 32 | 11 |
| Mirin et al. (1991) | 186 | 60 | 30 | 18 | 3 | - |
| van Limbeek et al. (1992) | 203 | 70 | 59 | 36 | 38 | 6 |
| Bender et al. (1995) | 223 | 70 | 46 | 14 | 5 | - |
| Kidorf et al. (1996) | 138 | 60 | 48 | 23 | 17 | |
| Brooner et al. (1997) | 716 | 47 | 35 | 19 | 8 | 0 |
| Kokkevi et al. (1998) | 173 | 79 | 60 | 42 | 41 | 3 |
| Kuntze et al. (1998) | 110 | 75 | 46 | 25 | 5 | 14 |
| Magura et al. (1998) | 212 | - | 26 | 54 | 41 | 0 |
| Krausz et al. (1999) | 351 | 66 | 34 | 32 | 46 | 5 |
| Bohnen (2000) | 226 | 78 | 46 | 49 | 19 | 5 |
| Steffen et al. (2000) | 77 | 97 | 68 | 39 | 5 | 9 |
| AG HegeBe (2002) | 85 | 86 | 58 | 55 | 26 | 6 |

Zusammenfassung der Metaanalyse

- mindestens eine komorbide Störung 47 - 97%
- Persönlichkeitsstörung 26 - 68%
- Affektive Störung 14 - 54%
- Angststörungen 3 - 46%

Frei & Rehm, 2002

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Opiate I

- ADHS häufigste Verhaltensstörung im Kindesalter:
-> 8 bis 12 % in der Allgemeinbevölkerung
- ADHS im Erwachsenenalter -> 1 bis 6%
- ADHS als Vulnerabilitätsfaktor für Substanzstörungen
- Medikamentöse Behandlung der ADHS senkt nachweislich das Risiko der Entwicklung einer Substanzmittelabhängigkeit

Eich- Höchli & Buri in Moggi, 2007

ADHS und Opiate II

- Kinder heroinabhängiger Eltern haben erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines ADHS- auch wenn sie frühzeitig von Familien ohne heroinabhängige Mitglieder adoptiert wurden
- 22% mit einer Opiat-Abhängigkeitsstörung hatten Fortbestehen der ADHS-Symptome ins Erwachsenenalter
- 19% der Patienten in Methadonbehandlung hatten Vorgeschichte mit ADHS, 88% davon aktuelle Symptome

Eich- Höchli & Buri in Moggi, 2007

ADHD und Opiate: Diagnostik

- Vollständige psychiatrische Untersuchung
- Erfassung von DD und Komorbiditäten
- ADHS-spezifische Inhalte des Interviews (
 - Fokus auf Kernsymptome und deren Auswirkungen auf das Alltagsleben, Beruf, Beziehungen
 - Verhaltensbeobachtungen während der Abklärung
- Ausschluss organisch bedingter psychischer Störungen
- Interviews mit wichtigen Vertrauenspersonen (Fremdbeobachtungen)
- Standardisierte Untersuchungsinstrumente (ADHS-SB; WURS-k; SCL-90-R; BSI)
- Bei Bedarf neuropsychologische Abklärung

ADHD und Opiate: Behandlungsvoraussetzungen

- Vor Behandlungsbeginn:
 - Hauptsymptomatik und Grad der Beeinträchtigung erfassen
 - Diagnose eines ADHD bedeutet nicht automatisch Behandlungsnotwendigkeit
 - Ausprägungsgrad des ADHD ist bedeutsam
 - Psychische und soziale Beeinträchtigungen berücksichtigen
 - Relevanz der Symptome im Kontext vorhandener Ressourcen
 - Risiko-Nutzen-Abwägung
 - Funktionsebenen überprüfen (Ausbildung/Beruf, Alltagsgestaltung, Emotionale Anpassungsfähigkeit, Familiäre Beziehungen, Sozialverhalten)

Opiatabhängigkeit und Benzodiazepine

- Bei-Konsum und Benzodiazepin Co-Verschreibung kann zu einer Erhöhung des Sterberisikos bei Methadon substituierten Personen führen (Bayerische Akademie für Suchtfragen, 2001)
- Benzodiazepin Bei- Konsum bei bis zu 90% der Drogenabhängigen (Perera et al, 1987)

Motive zum Benzodiazepin Beikonsum

- Insuffiziente Opiat Dosierung
- Konsum mit Rauschmotiv
- Konsum zur Selbstmedikation psychischer Belastungen und Störungen
- Konsum zur Schlafregulierung

(Bayerische Akademie für Suchtfragen, 2001)

Insuffiziente Opiat Dosierung

- Vor der Substitution: Konsum um schwankende Opiatspiegel auszugleichen (Angebotsengpässe, gestrecktes Heroin, finanzielle Engpässe)
Benzodiazepine sind am Schwarzmark relativ gut verfügbar und billiger als Heroin
- Während der Substitution: Kompensation insuffizienter Methadon- Dosierung; Beikonsum lässt sich durch Erhöhung der Methadon- Dosierung mindern

Konsum mit Rauschmotiv

- Kombination von Opiaten und Benzodiazepinen wird als besonders angenehm empfunden
- Könnte darauf beruhen, dass die durch die Heroininjektion erfolgende Enthemmung des Dopaminsystems auf der Basis einer benzodiazepinbedingten Grunddämpfung intensiver erlebt wird

Konsum zur Selbstmedikation psychischer Belastungen und Störungen

- Häufigster Grund für Beikonsum
- Bei Opiatabhängigen mit starkem Benzodiazepin- Beikonsum wurde eine erhöhte psychische Vulnerabilität und eine stärkere anamnestic Belastung mit Depressivität und Selbstverletzung festgestellt
- Benzodiazepinkonsum bringt eine kurzfristige Entlastung der Symptome

Der Benzodiazepin Beikonsum ändert sich gemäß folgenden Bedingungen:

- beruhen psychische Belastungen v.a. auf den sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen (Illegalität, Kriminalisierung), so sinkt der Beikonsum, wenn die Bedingungen im Verlauf der Substitution gelindert werden
- beruhen psychische Belastungen auf tieferliegende, psychopathologische Störungen und werden diese durch das Wegfallen des Heroin Schleiers nach und nach erkennbar, so steigt der Beikonsum während der Substitution oder bleibt zumindest gleich.

Konsum zur Schlafregulierung

- Schlafstörungen durch komorbide Erkrankungen (Angststörung, depressive Störungen,...)
- Opioide greifen in den Schlaf- Wach- Rhythmus ein
- Beikonsum anderer psychotropen Substanzen (Alkohol, Kokain,...)
- Schlafstörungen durch Benzodiazepine

Indikation

Anwendung von Benzodiazepinen bei Opiatabhängigen eher
Kontraindiziert:

1. Gefahren durch die Kombination von Opiaten und Benzodiazepinen
2. Entwicklung einer Abhängigkeit
3. Benzodiazepine werden nicht konsumiert sondern am Schwarzmark verkauft
4. Nebenwirkungen (Anterograde Amnesie, OPS)
5. Beeinträchtigung im Straßenverkehr

- In Einzelfällen kann eine kurzfristige Verordnung von Benzodiazepinen erwogen werden:
 - Behandlung zur Stabilisierung des Konsummusters und Reduktion des Konsums unter ärztlicher Aufsicht
 - Fallweise zur Behandlung von Angstzuständen, depressiven Zuständen oder paranoiden Psychosen

Haltmayer, 2007

Verordnung

- Präparate mit relativ kurzen HWZ (15 –25 h)
- Benzodiazepine ohne aktive Metaboliten
- Präparate mit unterschiedlichen Wirkstärken (50mg, 15mg)
- Keine szenegebräuchlichen Präparate
- Kleine Packungsgrößen (max.für eine Woche)
- keine wiederholte Abgabe
- Ideal wäre tägliche Abgabe (zusammen mit dem Methadon)
- Engmaschige Kontrollen des Beikonsums
- Einsatz anderer Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva)

Haltmayer, 2007

Mehrfachabhängigkeiten

- Bei Mehrfachabhängigen werden gehäuft psychiatrische Störungsbilder beobachtet.
- Interventionsgrundsätze
 - Ausreichende Dosierung der Substitutionsmittel (Stohler 2008)
 - Behandlung der Co-morbiden Störungen
 - Craving reduzierende Medikamente bei Alkoholbeikonsum (SSAM 2007)
 - Strukturierung der Behandlung

Schlussfolgerung

- Komorbidität bei Substanzstörungen ist keine Seltenheit.
- Identifikation und spezifische Behandlung beider Erkrankungen notwendig
- Weiterbildungsmaßnahmen auf allen Ebenen der beteiligten Organisationen erforderlich
- Nachsorge und Maßnahmen zur sozialen Wiedereingliederung wichtig, um Rückfälle zu vermeiden.

Fallbeispiele

Agieren im Kontext einer Persönlichkeitsstörung

Pat 17 jährig

- Konsum von: Heroin, Alkohol, Essen-Brechen, starkes Agieren, Selbstverletzung, nicht erziehbar, nicht führbar, Helfer werden gegeneinander ausgespielt
- Viele involvierte Stellen (Hausarzt, Gassenarbeit, Begleitetes Wohnen, Strafverteidiger, Freiwillige Helfer, Jugendhausbetreuerin etc.)
- Einbindung in Behandlung über Methadonprogramm, häufige kurze Gespräche, Versuch Abgabestelle als sicherer Ort für lange Zeit einzurichten (Agieren, Beziehungsabbrüche)
- Diagnose: Opiatabhängigkeit, Ess-Störung, Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeit

Verlauf

- Stabil-instabil, Helfersystem rotiert, Agieren, ausspielen, Idealisierung, Entwertung, verschiedene wechselnde Helfer, verschiedene kurz dauernde Hospitalisationen, schlechte Compliance
- Klärung der Aufgaben der Helfer: Abbau von Agieren, Aufflackern von Symptomen (Ess-Brech, psychot. Sy., Angst). Medikamentöse Behandlung der Symptome. freiwillige regelmässige Kontaktgespräche bei der Betreuerin
- Langsame Beruhigung, Agieren nimmt ab, zielorientierte Gespräche und Vereinbarungen werden möglich

Heute 25 jährig

- Immer noch abhängig, stabiles Methadonprogramm, Einhalten von Verinbarungen, eingebunden in das soziale Hilfssystem, keine Selbstverletzung, keine manifeste Essstörung

Fazit:

- langdauerndes stabiles Beziehungsangebot durch Abgabestelle
- Methadon als Möglichkeit Patientin einzubinden
- Reduktion von Agieren führt zu vermehrter psychiatrisch relevanter Symptomatik
- Behandlung störender und belastender Symptome
- Langdauernde Beziehung als Basis für Veränderung

Schizophrenie und Opiatabhängigkeit

- **Erstkontakt:** 19 jährig in der psychiatrischen Poliklinik
- **Symptome:** ungepflegt, verwaorlost, starker Konsum von Heroin, teilw. Cannabis, gestörtes Denken, berichtet über Stimmenhören, affektiv kindlich-unreif, kindliches Verhalten
- **Sozial:** lebt bei der Mutter, teilweise bei Kollegen, ist nicht führbar, keine Ausbildung, keine Kontakte ausserhalb der Drogenszene
- **Beurteilung:** paranoide Schizophrenie mit hebephrenen Zügen, Opiatabhängigkeit, ausgesprochene Entwicklungsdefizite
- **Procedere:** Einweisung in die Psychiatrische Klinik, medikamentöse Einstellung, allenfalls Substitution

- **Verlauf:** nach der Einweisung in die Klinik baldige Entweichung, medikamentöse Therapie nur punktuell möglich. Erneuter Kontakt beim Arzt in der Poliklinik, Einweisung, Entweichung. Gespräche mit Mutter und Sohn, versch. ambulante und stationäre Behandlungsversuche scheitern. Der Pat. kommt aber regelmässig zu Gesprächen zum Arzt, ist im Gespräch einsichtig, ausserhalb des Sprechzimmers Konsum von Substanzen, streunen, Drogenszene. 24 jährig, im Rahmen einer somatischen Erkrankung, Motivation für den Eintritt in eine Dualstation (spezialisierte Station für die Behandlung von komorbiden Störungen). 3 monate hospitalisiert, Einstellung auf Neuroleptika. Erneute Behandlung beim Erstbehandelnden Arzt. Weiterführung der Medikation, Errichtung einer Beistandschaft (vormundschaftliche Massnahme), Beginn mit einer Ausbildung in einer Behinderteneinrichtung, Stabilisierung, eigene Wohnung, lernt Autofahren, macht regelmässig Sport. Mittlerweile 35 jährig, regelmässige Arbeitstätigkeit in einem geschützten Rahmen, regelmässig Neuroleptika, kein Substanzkonsum seit mehr als 10 Jahren
- **Fazit:**
 - Psychiatrische Problematik im Vordergrund = psychiatrische Behandlung der Schizophrenie ist im Vordergrund
 - Behandlung in einer Dualstation ist erst nach einer längeren Zeit möglich gewesen. (Ausdauer des Behandlers)
 - Soziale Stabilisierung durch vormundschaftliche Massnahme (Beistand für Geld, Wohnen)
 - Regelmässige Medikamenteneinnahme = Stabilisierung der Psychose
 - Heroinkonsum wohl auch als Möglichkeit unangenehme Symptome zu mildern

Fragen

Folgende Aussage ist richtig/falsch

Moggi und Donati haben für die Indikationsstellung zur adäquaten Behandlung von komorbiden Störungen 4 von einander unterscheidbare Typen formuliert. Welche Aussage haben sie so nicht gemacht:

1. Abstinenz und komorbide Störung remittiert = keine Beratung und Therapie nötig
2. Abstinenz und anhaltende komorbide psychische Störung = herkömmliche Behandlung der psychischen Störung
3. Rückfall und anhaltende komorbide Störung = integrative Therapie
4. Rückfall und komorbide Störung remittiert = stationäre Entwöhnung mit anschliessender ambulanter Therapie

Antworten 2, 3 und 4 richtig, Antwort 1 ist nicht richtig

Antwort 1

Damit die Abstinenz erhalten werden kann und die komorbide Störung nicht wieder aufbricht, ist eine ambulante Begleitung, Beratung oder Therapie sinnvoll. Die länger dauernde Beziehung zwischen Arzt/Therapeut und Patient ist wichtig für eine anhaltende Stabilisierung. Insbesondere Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind auf eine stabile und willkürfreie Beziehung angewiesen.

Antworten 2, 3 und 4

Je nach im Vordergrund stehender Problematik, Ausmass des problematischen Substanzkonsums und/oder der psychischen Symptomatik, wird die Interventionsstrategie gewählt.

Folgende Aussage ist richtig/falsch

1. Medikamente sind in der Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen von zentraler Bedeutung
2. Wenn die Sucht richtig behandelt ist, werden auch die Symptome der komorbiden Störung verschwinden
3. Bei Abhängigen soll man ausser den Substitutionsmitteln keine zusätzlichen Psychopharmaka verschreiben
4. Die Interaktion mit der konsumierten psychoaktiven Substanz müssen berücksichtigt werden
5. Hat ein Patient Beikonsum darf man ihm keine weiteren Psychopharmaka verschreiben
6. Grundsätzlich besteht kein Unterschied in der Behandlung zwischen Patienten mit Doppeldiagnosen und Patienten mit psychischen Störungen ohne begleitende Substanzstörung

Antworten 1, 4 und 6 sind richtig, Antworten 2,3 und 5 sind falsch

Antworten 1, 4 und 6

Medikamente können die psychischen Symptome vermindern oder ganz zum verschwinden bringen. Dies führt häufig zu einer Reduktion des Substanzkonsums. Wichtig sind hier aber die Interaktionen der verschriebenen oder missbräuchlich konsumierten Mittel. Nebenwirkungen können sich gegenseitig verstärken. Dies muss berücksichtigt werden. Bei ausreichender Aufklärung und Begleitung können Menschen mit komorbiden Störungen gleich behandelt werden wie solche, bei denen nur ein psychische Störung vorliegt.

Antworten 2 und 3

Die Diagnostik im ICD-10 ist deskriptiv. D.h. man geht davon aus, dass die Symptome und Störungen einzeln beschrieben und behandelt werden. Dies gilt auch für Menschen mit Suchterkrankungen und zusätzlichen psychischen Störungen. Dort wo möglich werden Medikamente für jede der diagnostizierten Störungen eingesetzt.

Antworten 5

Beikonsum ist häufig der Ausdruck nicht oder nicht ausreichend behandelte psychischer Störungen. Eine differenzierte psychopharmakologische Behandlung ist auch bei Patienten mit Beikonsum angezeigt.

Folgende Aussage ist richtig/falsch

Viele Menschen mit einer komorbiden Störung benötigen auf Grund ihrer ausgeprägten Symptomatik und ihren eingeschränkten Ressourcen eine integrative Therapie. Welche dieser Elemente sind in der integrativen Therapie nicht im Vordergrund?

1. Problembewältigung
2. Problemaktualisierung
3. Abstinenzorientierung
4. Klärungsperspektive
5. Fehlender Beikonsum
6. Ressourcenaktivierung
7. Legalbewährung

Falsch sind 3, 5 und 7, richtig sind 1, 2, 4, 6

In der integrativen Therapie werden versch. Interventionstechniken kombiniert. Diese Methoden sind lösungsorientiert und zieloffen. Dabei geht es um Problembewältigung und nicht um die Übernahme von Zielen die von aussen gesteckt. Die Fähigkeit einer selbstverantworteten und selbstverantwortlichen Lebensführung sind dabei im Zentrum

Folgende Aussage ist richtig/falsch

Bei komorbider Persönlichkeitsstörung

1. Liegt der Schwerpunkt der Therapie in der Behandlung der Persönlichkeitsstörung
2. Ein lang dauernde Substitution kann beim Aufbau einer stabilen Beziehung hilfreich sein
3. Ein problematisches Verhalten hat häufig eine Funktion und muss behutsam angegangen werden
4. Als Ärzte/Therapeuten müssen wir bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen besonders Gewicht auf korrekte Umgangsformen legen
5. Bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen soll man keine zusätzlichen Psychopharmaka verschreiben
6. Die Behandlung von belastenden Symptomen mit Psychopharmaka ist auch bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen notwendig
7. Agieren kann im ambulanten Rahmen nicht beeinflusst werden, weshalb agierenden Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stationär behandelt werden sollen

Falsch sind 5 und 7, richtig sind 1, 2, 3, 4, 6,

Bei der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung wirken konstitutionelle Faktoren, im Laufe des Lebens erfahrene Förderungen, Belastungen und Traumatisierungen, Umfeldgegebenheiten und unzureichende Ressourcen zusammen. Dies bedeutet, dass solche Störungen eine lange Geschichte haben und die Fähigkeit flexibel und situationsadäquat zu reagieren eingeschränkt ist. Interventionen müssen diesem Umstand Rechnung tragen. Bei Menschen die immer wiederkehrend Willkür und Beziehungsabbrüche erleben mussten, ist besonders auf die angstfreie Beziehung Gewicht zu legen. Eine lange dauernde Substitution, ein korrekter Umgang, die Behandlung von unangenehmen psychischen Symptomen und eine behutsame Bearbeitung inadäquater Verhaltensweisen stehen im Zentrum.

Folgende Aussage ist richtig/falsch

1. Kinder heroinabhängiger Eltern haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines ADHS
2. Erwachsene mit einem ADHS erleben Kokain in der Regel als beruhigend und konzentrationsteigernd
3. Die Medikamentöse Behandlung des kindlichen ADHS erhöht das Risiko für die Entwicklung einer Substanzmittelabhängigkeit
4. Viele Erwachsene mit einem ADHD erfahren häufig erst durch den eigenen (missbräuchlichen) Konsum, der an ihre Kinder verschriebenen Medikamenten, dass sie ihr Verhalten durch Medikamente positiv beeinflusst werden kann.
5. Für Erwachsene bei denen ein ADHD vorliegt, ist Methylphenidat ein erfolgversprechendes Medikament
6. Klagt ein Erwachsener über Konzentrationsstörungen und Unruhe, soll ein Behandlungsversuch mit Methylphenidat erfolgen. Die führt rasch zur Erkenntnis ob ein ADHD vorliegt oder nicht.

Falsch sind 3 und 6, Richtig sind 1, 2, 4, 5

Stimulantien wirken bei Menschen mit einem ADHD beruhigend, die Konzentration steigernd und die Symptome lindernd oder mindernd. Viele in der Kindheit nicht diagnostizierte oder nicht behandelte Menschen mit ADHD entwickeln in ihrer Jugend einen Missbrauch oder Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. Dabei werden gerne Stimulantien aber auch Cannabis konsumiert. Nicht jeder der über Konzentrationsschwierigkeiten klagt leidet an einem ADHD. Eine saubere Abklärung muss jeder Behandlung vorangehen. Beim ADHD stehen dabei die Erfassung von aktuellen Symptomen, ADHD-typische Problemen aus der Lebensgeschichte, Auskünfte des persönlichen Umfeldes und der Einsatz von Fragebogen im Zentrum der Abklärung. Neuropsychologische Testung kann die Diagnostik ergänzen.

Folgende Aussage ist richtig/falsch

1. Methadon kann zu einer QT-Verlängerung führen
2. Bei gleichzeitiger Gabe von Methadon und Substanzen bei denen eine QT-Verlängerung bekannt ist, soll vorgängig ein EKG durchgeführt werden
3. Unterdosierung der Substitutionsmittel hat häufig Beikonsum zur Folge
4. Mit einer ausreichenden Dosierung der Substitutionsmittel kann auch der Kokainbeikonsum beeinflusst werden
5. Beikonsum in Substitutionsbehandlungen ist ein Verstoss gegen die Behandlungsvereinbarung und soll zum Abbruch der Behandlung führen

Falsch ist 5, Richtig sind 1, 2, 3, 4

Antworten 1 und 2

Methadon kann zu einer QT-Verlängerung führen. V.a. die zusätzliche Gabe von Substanzen die die QT-Zeit ebenfalls verlängern, kann problematisch sein. Es ist in solchen Fällen deshalb angezeigt zu Beginn der Behandlung ein EKG durchzuführen.

Antworten 3 und 4

Eine ausreichende Dosis des Substitutionsmittels stabilisiert den Patienten. Untersuchungen zeigen, dass beispielsweise eine höhere Dosis von Methadon auch den Kokainbeikonsum positiv beeinflussen kann. Methadon wird häufig unterdosiert. Dies hat verschiedene Gründe. Einerseits bestehen von ärztlicher und therapeutischer Seite immer noch Vorbehalte gegenüber Substitutionsbehandlungen, andererseits wird der Erfolg der Behandlung mit der Reduktion der Dosis des Substitutionsmittels verknüpft.

Antwort 5

Der Rückfall und der Beikonsum gehören zum Wesen von Abhängigkeitserkrankungen. Diese Erkenntnis muss in den Behandlungsprozess integriert werden. Ärztliches und therapeutisches Handeln ist eine Interaktion von erwachsenen Menschen und kann nicht durch Disziplinierung zum Erfolg führen.

Folgende Aussage ist richtig/falsch

1. Schlafstörungen sind bei Menschen mit komorbiden Störungen häufig
2. Menschen mit komorbiden Störungen und zusätzlichen Schlafstörungen konsumieren häufig wahllos Medikamente und Drogen. Ärztlich verordnete Benzodiazepine sind hier deshalb sinnvoll.
3. Bei Menschen die einen Benzodiazepinmissbrauch betreiben sollen kurz wirkende Benzodiazepine eingesetzt werden (keine Kumulation, rasche Wirkung)
4. Es gibt in der Behandlung von Menschen mit komorbiden Störungen keine Indikation für die Verschreibung von kurz wirkenden Benzodiazepinen
5. Der Konsum von Opioiden beeinflusst den Schlaf-Wach-Rhythmus.

Falsch sind 2 und 3, Richtig sind 1, 4 und 5

Schlafstörungen werden sowohl bei Abhängigkeitserkrankungen wie bei psychischen Störungen beobachtet. Dabei werden häufig sedierende Medikamente eingenommen. Die Erfahrung zeigt, dass v.a. kurz wirkende Benzodiazepine rasch zu einem Missbrauch und einer Abhängigkeit führen können. Hat sich eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen entwickelt und kann der Patient, trotz Entzug, Teilentzug oder anderen Behandlungsversuchen, nicht auf diesen Konsum verzichten, sollen nur lang wirkende Benzodiazepine verordnet und kontrolliert abgegeben werden. Grundsätzlich sollen Schlafstörungen durch die Behandlung der psychischen Grunderkrankung, der Abhängigkeitserkrankung und v.a. durch Schlaftrainingsprogramme angegangen werden.

Literatur

- Ball, S.A., Young, J.E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. Cogn Behav Pract, 7, 270-281
- Bayerische Akademie für Suchtfragen (2001). Methadonsubstitution: Zur Problematik der zusätzlichen Verordnung von Benzodiazepinen
http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/Dokumente/EMPFEHLUNGEN_Substitution.pdf
- Bennett, M.E., Bellack, A.S., Gearon, J.S. (2001). Treating substance abuse in schizophrenia. An initial report. J. Subst. Abuse Treat 20, 163- 175
- Berthel, T. (2007). Psychiatrische Komorbidität. In B., Beuble, H., Haltmayer, & A., Springer, (Hrg). Opiatabhängigkeit. Wien: Springer Verlag
- Clark, R.E. (2001). Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders. Schizophr Bull, 27, 93-101
- D' Amelio, R., Behrendt, B. Wobrock, T. Psychoedukation (2007). Schizophrenie und Sucht- Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München: Urban & Fischer Elsevier

Literatur

- Drogen im Blickpunkt, 3. Ausgabe (2004). Komorbidität- Drogenkonsum und psychische Störungen
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_DE_Dif14DE.pdf
- Fink, A. & Hämmig, R. (2007). Drogenabhängigkeit: geläufige psychiatrische Probleme. Basel: Karger
- Frei; A. & Rehm, J. (2002). Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen- eine Metaanalyse bisheriger Studien. Psychiatrische Praxis, 29, 258-262
- Gouzoulis- Mayfank E. (2007). Komorbidiät Psychose und Sucht- Grundlagen und Praxis. Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie. Darmstadt: Steinkopff
- Gouzoulis- Mayfrank, E. (2008). Komorbidität von Sucht und anderen psychischen Störungen- Grundlagen und evidenzbasierte Therapie. Fortschritte Neurologischer Psychiatrie, 76, 263- 271
- Haltmayer, H. (2007). Substitutionsbehandlung und Beikonsum
<http://www.aekwien.or.at/288.html>

Literatur

- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J., Comtois, K.A. (1999). Dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *Am J Addict*, 8, 279-292
- Mueser, K.T. & Kavanagh, D. (2001). Treating comorbidity of alcohol problems and psychiatric disorder. In N. Heather, T.J. Peters & T. Stockwell (Eds.). *International handbook of alcohol dependence and problems* (pp.627-647). Chichester: John Wiley & Sons
- Moggi, F. (Hrg.) (2007) *Doppeldiagnosen: Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. Bern: Huber
- Moggi, F. & Donati, R (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen, Fortschritte der Psychotherapie*. Bern: Hogrefe
- Perera, K.M., Tulley, M., Jenner, F.A. (1987). The use of benzodiazepine amongst drug addicts. *British Journal of Addiction*, 82, 511-515
- SSAM, Schweiz. Gesellschaft für Suchtmedizin (2007): *Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen bei Opiatabhängigen*. www.ssam.ch
- Stohler R., Schaub M., Berthel T. (2007): *Glossar Kokainbehandlungen – Uebersicht über den Stand der Behandlungen von kokainbedingten Störungen*. www.kokainbehandlung.ch