

## **Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnose**

### **Einführung:**

Das Problem der Doppeldiagnose (DD) hat in den letzten 15 Jahren klinisches und wissenschaftliches Interesse erweckt. Eine Literaturrecherche hat gezeigt, dass die Zahl wissenschaftlicher Publikationen mit dem Begriff „DD“ im letzten Jahrzehnt um das fünffache angestiegen ist. Einrichtungen des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems und Psychotherapeuten in freier Praxis sehen sich zunehmend mit Patienten konfrontiert, die sowohl Substanzstörungen, als auch psychische Störungen aufweisen. Sowohl ambulante als auch stationäre Therapie und Rehabilitationen von Patienten mit Doppeldiagnose werfen eine Vielzahl von Unsicherheiten hinsichtlich Diagnose, Indikation und Intervention auf, die nicht zuletzt aus einer Reihe kontradiktorischer Forderungen an die Therapieempfehlungen für psychische Störungen einerseits und für Substanzstörungen andererseits erwecken. Im Folgenden möchte ich kurz abhandeln, wie beide Störungen im ambulanten und/oder stationären Rahmen integrativ behandelt werden können. Es zeigt auch die Notwendigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit, damit Doppeldiagnosen-Patienten (DDP) physisch, psychisch und sozial dauerhaft Verbesserungen erzielen.

## **1. Beschreibung von Doppeldiagnosen:**

### **1.1 Bezeichnung**

Bereits 1911 nimmt Eugen Bleuler in seiner Abhandlung „Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien“ Bezug auf das Zusammenreffen von Sucht und psychischer Störung, wenn er erwähnt: „Der haltlose Schizophrene wird leicht Trinker“. Wohl 10 % unserer Alkoholiker sind zugleich Schizophrene. Benedetti weist 1952 auf die enge Verflechtung von Alkoholhalluzinose und schizophrener Psychose hin. Erst mit der Einführung deskriptiver und multiaxialer Klassifikationssysteme psychischer Störungen (DSM-III und ICD-10) wurde es möglich, bei Vorliegen zweier oder mehrerer Syndrome mehrere Diagnosen zu stellen. Zuvor wurden nosologische Klassifikationssysteme verwendet, die das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Störungen ausschlossen, weil sie nicht nur die Symptomatik einer Störung, sondern auch ihre Ätiologie, Therapie und Prognose beschrieben. In den frühen 80er Jahren wurde der Begriff Doppeldiagnose zunächst nur bei Personen verwendet, die geistig behindert waren und zusätzlich unter einer psychischen Störung litten. Seit den späten 80er Jahren wird der Begriff in seiner heutigen Bedeutung verwendet.

Mit der Verbesserung störungsspezifischer Therapieempfehlungen und der Verbreitung evaluierter Therapiemanuale wurden im psychosozialen und medizinischen Versorgungssystem vermehrt spezialisierte Behandlungsangebote für homogene Störungsgruppen konzipiert. Therapeutische Handlungsanleitungen, die sich für je eine der beiden Störungen als

wirksam erwiesen haben (z.B. Schutz vor den Anforderungen des Alltagslebens bei Patienten mit einer Schizophrenie gegenüber Realitätskonfrontation bei Patienten mit einer Substanzstörung), widersprechen sich oft und stellen Therapeuten vor scheinbar unüberwindliche Hindernisse. Je nach Therapieschwerpunkt wird die eine der beiden Störungen kaum angemessen behandelt, so dass es in der Folge zur Verschlechterung der psychischen Störungen oder zu suchtmittelbezogenen Rückfällen kommt, auf die nicht selten eine Krisenintervention erfolgt. Die meisten Einrichtungen im Versorgungssystem, die sich auf die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert haben, wissen um diese Probleme und sehen sich gezwungen, Patienten mit einer psychiatrischen Begleitdiagnose von der Aufnahme auszuschließen und in eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung zu verweisen. Umgekehrt versuchen Einrichtungen mit Angeboten für Patienten mit psychischen Störungen diejenigen ab- und weiterzuweisen, die zusätzlich unter einer Suchtmittelproblematik leiden, weil fortgesetzter Suchtmittelkonsum die wirksame Behandlung der psychischen Störung verhindert. Die DDP werden in der Folge zwischen den Angeboten „hin und her geschoben“. In der ambulanten Psychotherapie scheitert die Behandlung oft, weil Patienten und /oder Therapeuten das Ausmaß der Suchtproblematik nicht erkennen. Die Therapie kommt wegen unerkannter und damit unbehandelter Interaktionen zum Stillstand und wird abgebrochen. Die Folge ist eine unangemessene Behandlung dieser an Häufigkeit zunehmenden Patientengruppe.

Die vorwiegend im amerikanischen Sprachraum durchgeführten Untersuchungen zeigen, dass Patienten mit DD schlechtere Krankheitsverläufe

aufweisen (z.B. hohe Rückfallraten, häufige Hospitalisationen, Neigung zur Gewalttätigkeit, hohes Suizidrisiko, finanzielle, berufliche und familiäre Schwierigkeiten) als Patienten mit lediglich einer Diagnose. Obwohl DDP das psychosoziale und medizinische Versorgungssystem stärker in Anspruch nehmen als Patienten mit nur einer Diagnose, sind ihre Behandlungsergebnisse deutlich schlechter. Dies trifft vor allem für Behandlungen zu, die nur eine der beiden Störungen ins Zentrum der Therapie stellen. Bessere Ergebnisse finden sich bei integrativen Behandlungen, die auf der Grundlage sorgfältiger Diagnostik gleichzeitig beide Störungen in ihrer funktionalen Verschränkung therapeutisch angehen.

## **1.2 Definition**

### **1.2.1 Allgemeine Gesichtspunkte**

Obwohl sich noch keine verbindliche Definition herausgeschält hat, wird unter DD im Allgemeinen ein Spezialfall von Komorbidität verstanden. Komorbidität bezeichnet das Auftreten von mehr als einer diagnostizierbaren Störung bei einer Person in einem definierten Zeitintervall. Der Begriff DD beschreibt das gleichzeitige Vorkommen einer Substanzstörung und einer psychischen Störung. Die psychische Störung kann nach DSM-IV eine Achse I-Störung (z.B. Schizophrenie, affektive Störung, Angststörung) und/oder eine Achse II-Störung (z.B. Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung) sein.

### **Doppeldiagnose**

Der Begriff Doppeldiagnose bezeichnet das gemeinsame Auftreten eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen und mindestens einer anderen psychischen Störung bei einem Patienten.

Der Begriff Doppeldiagnose enthält keine Aussagen über den Schweregrad. Eine regelmäßig Heroin injizierende arbeits- und obdachlose Person mit einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie wird ebenso als Patient mit DD klassifiziert wie eine sozial integrierte Person, die an einer Dysthymie und Alkoholmissbrauch leidet. Manchmal wird zwar der Begriff nur für Patienten verwendet, die unter einer schweren psychischen Störung (z.B. Schizophrenie, affektive Psychose) und einer Substanzabhängigkeit leiden. Aber fachlich ist der Doppeldiagnosebegriff unabhängig vom Schweregrad zu verwenden. Die Definition von DD wird kompliziert durch die Tatsache, dass Substanzstörung und psychische Störung ihrerseits keine einheitlichen Begriffe sind und mehrdimensional definiert werden. Beide lassen sich auf einem Kontinuum mit zunehmendem Schweregrad lokalisieren. Definitionen von Substanzstörungen beziehen sich einerseits auf das Vorhandensein physiologischer Abhängigkeit oder auf mit dem Konsum zusammenhängende soziale, rechtliche, berufliche und psychologische Folgen, andererseits auf die Quantität, Frequenz und Intensität des Substanzkonsums. Heterogenität entsteht ferner durch die verschiedenen Substanzklassen, die spezifische Wirkungsprofile aufweisen und oft in unterschiedlichen Kombinationen eingenommen werden. Psychische Störung ist ein analoger Begriff, der eine große Bandbreite von Symptomen und Syndromen beinhaltet.

<b>Heterogenität des Doppeldiagnosebegriffs</b>
Der Begriff DD beinhaltet vielfältige Kombinationen aus beiden Störungsklassen (Substanz- und psychische Störung) bzw. von Symptomen beider Störungsklassen. Der Begriff macht weder eine Aussage über den Schweregrad der beiden Störungen, noch über den Schweregrad der Doppeldiagnose.

### **1.2.2 Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV**

Die beiden Deskriptiven Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV unterscheiden sich in den Kriterien, wie beim Vorliegen eines substanzgebundenen Suchtverhaltens und einer psychischen Störung diagnostisch zu unterscheiden ist, ob es sich bei der psychischen Störung um eine durch die Substanz hervorgerufene psychische Störung oder um eine DD handelt. Der Begriff „Doppeldiagnose“ wird in beiden Klassifikationssystemen nicht verwendet.

Nach ICD-10 können psychische Störungen in Erscheinung treten, die

- a) während oder unmittelbar nach der Einnahme einer Substanz (z.B. Alkoholhalluzinose) auftreten,
- b) nach der direkten Substanzeinwirkung anhalten (z.B. substanzbedingte Demenz) oder
- c) gar verzögert mehr als zwei Wochen nach der Einnahme einer Substanz (z.B. substanzbedingte psychotische Störung) auftreten.

Falls psychische Störungen bereits vor dem Konsum von Substanzen bestanden haben, durch die Substanzeinnahme verschlimmert oder ausgelöst worden sind oder nicht durch die Substanz bedingt sind, muss eine zweite Störung und damit eine DD diagnostiziert werden.

Insgesamt gesehen sind die Kriterien für die Diagnose von Substanz- und psychischen Störung im Allgemeinen klarer formuliert.

### **1.2.2.1 Substanzgebundenes Suchtverhalten**

Im DSM-IV wird das substanzgebundene Suchtverhalten im Kapitel „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen“ beschrieben. Das Kapitel hat zwei Teile: Störungen durch Substanzkonsum (kurz: Substanzstörung) und Substanzinduzierte Störungen. Im ersten Teil sind die Kriterien für Substanzabhängigkeit und für Substanzmissbrauch enthalten. Der zweite Teil definiert Substanzintoxikationen sowie Substanzentzug und verweist auf weitere substanzinduzierte Störungen; letztere werden in denjenigen DSM-IV-Manualkapiteln beschrieben, die sich mit Störungen mit ähnlicher Symptomatik befassen. Beispielsweise ist die substanzinduzierte affektive Störung im Kapitel „Affektive Störungen“ enthalten.

Das DSM-IV nennt folgende Substanzklassen: Alkohol, Amphetamine, Cannabis, Halluzinogene, Inhalantien, Koffein, Kokain, Nikotin, Opiate, Phencyclidine, Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika. Es sollte in der Abklärung jede Substanzklasse überprüft werden, weil viele Patienten mehrere Substanzen konsumieren (Polytoxikomanie). Um die Diagnose einer DD zu stellen, sind die Substanzstörungen, Substanzmissbrauch oder Sub-

stanzabhängigkeit erforderlich. Lediglich Substanzkonsum reicht nicht aus, um eine DD zu stellen. Eine depressive Patientin, die gelegentlich ein Glas Wein trinkt, ist noch keine DDP.

### **Kriterien für Substanzmissbrauch**

- Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen,
- Substanzgebrauch auch wenn es dadurch zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. Alkohol am Steuer),
- Strafrechtliche Probleme
- Fortgesetzter Konsum trotz dadurch bewirkter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme (z.B. Streit mit Partner, körperliche Auseinandersetzungen).

Zur Diagnose eines Substanzmissbrauchs muss mindestens ein Kriterium erfüllt sein. Substanzmissbrauchende Patienten können im ambulanten Setting erfolgreich behandelt werden.

### **Kriterien für Substanzabhängigkeit**

- Toleranzsteigerung,
- Körperliche Entzugserscheinungen,
- Kontrollverlust,
- Erfolglose Abstinenzversuche,
- Hoher Zeitaufwand für die Beschaffung und den Konsum,
- Reduktion der sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten wegen des Substanzkonsums,
- Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz physischer oder psychischer Probleme.

Zur Diagnose einer Substanzabhängigkeit müssen sich mindestens drei der sieben Kriterien in demselben 12-Monats-Zeitraum manifestiert haben. Abhängigkeit erfordert meist stationär oder intensive ambulante Therapie.

Die substanzinduzierten Störungen wie Substanzintoxikation, -entzug und weitere substanzinduzierte psychische Störungen (z.B. substanzinduzierte psychotische Störung, substanzinduzierte Angststörung) schließen als solche eine Doppeldiagnose aus. Substanzintoxikation bezeichnet die Entwicklung eines reversiblen substanzspezifischen Syndroms während oder kurz nach dem Substanzkonsum, das durch die Wirkung der Substanz auf das Zentralnervensystem entsteht. Beim Substanzentzug ist die Entwicklung eines substanzspezifischen Syndroms auf die Beendigung oder Reduktion von übermäßigem und langdauerndem Substanzgebrauch zurückzuführen.

### **1.2.2.2 Psychische Störungen**

Von den über 100 im DSM-IV beschriebenen nicht-substanzinduzierten psychischen Störungen sind die bei DDP häufigen und damit relevanten psychischen Störungen:

Affektive Störungen, Angststörungen, psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Diese für DD relevanten psychischen Störungen werden auch primäre, substanzunabhängige oder eigenständige psychische Störungen genannt.

Im Folgenden werden einige für DD relevante Merkmale der jeweiligen nicht-substanzinduzierten psychischen Störungen dargestellt:

- Affektive Störungen

Wichtigstes Merkmal der affektiven Störungen ist die ausgeprägte und über Tage bis mehrere Wochen anhaltende Veränderung der Stimmungslage, begleitet von einem manischen oder hypomanischen und/oder einem leichten, mittelgradigen oder schweren depressiven Syndrom. Die hohe Prävalenz der Komorbidität von Störungen durch Substanzkonsum und affektiven Störungen, insbesondere der Major Depression, ist gut belegt. Dabei ist die substanzinduzierte Depression verbreiteter als die primäre, substanzunabhängige Depression. Eine Major Depression tritt oft zusammen mit Missbrauch oder Abhängigkeit von verschiedenen psychotropen Substanzen (Polytoxikomanie) oder von Alkohol und Beruhigungsmitteln auf. Dies trifft auch für bipolare Störungen zu, wobei während der manischen Phase oft Alkohol und während beider Phasen Stimulantien konsumiert werden.

- Angststörungen

Die charakteristischen Merkmale für Angststörungen sind Angstsymptome und Vermeidungsverhalten. Bei Panikstörung und generalisierter Angststörung ist die Angst für gewöhnlich das dominante Symptom, Vermeidungsverhalten steht bei den verschiedenen Phobien im Vordergrund. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt sich nach der Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis anhaltendes Vermeidungsverhalten (kognitiv und verhaltensbezogen) und anhaltende Hypererregung.

Angststörungen sind mit Depression die verbreitetsten psychischen Störungen, die zusammen mit Substanzstörungen auftreten, insbesondere mit Alkohol- und Sedativamissbrauch, aber auch mit Polytoxikomanie. Die hohe Prävalenzrate bei Alkoholikern beinhaltet sowohl primäre als auch substanzinduzierte Angststörungen. Eine klare Trennung zwischen primärer und sekundärer Störung ist nicht bei jedem Patienten möglich. Oft entwickelt sich ein Teufelskreis: Suchtmittel werden konsumiert, um Angstsymptome zu kontrollieren, und chronische Intoxikation und wiederholter Entzug führen zu einer Verschlimmerung der Angstsymptome.

- Psychotische Störungen

Hauptmerkmale der psychotischen Störungen sind Wahnphänomene und Halluzinationen sowie desorganisierte Sprachäußerungen und Verhaltensweisen. Wie bei affektiven und Angststörungen können psychotische Symptome vorausgehen und zur Entwicklung von Störungen durch Substanzkonsum beitragen, deren Konsequenz sein oder können durch Substanzstörungen verschlimmert werden. Substanzinduzierte psychotische Symptome remittieren nach einer kurzen Abstinenzphase. Bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigt sich vor allem bei jüngeren männlichen Patienten eine vierfach höhere Prävalenz von Substanzstörungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

- Persönlichkeitsstörungen

Bei einer Persönlichkeitsstörung besteht ein überdauerndes Muster von Erleben und Verhalten, das deutlich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist und sich in

mindestens zwei der folgenden Bereiche bemerkbar macht: Denken, Affektivität, Beziehungsgestaltung und Impulskontrolle. Persönlichkeitsstörungen sind oft ich-synton und erfordern zur Diagnostizierung zusätzliche Informationen aus Fremdanamnesen. Die beiden Persönlichkeitsstörungen „Antisoziale Persönlichkeitsstörung“ und „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ kommen bei DDP gehäuft vor.

Hauptmerkmale bei antisozialer Persönlichkeitsstörung sind Missachtung und Verletzung der Rechte anderer. Drei der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein: gesetzwidriges Verhalten, Falschheit, Impulsivität, Reizbarkeit und Aggressivität, rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit bzw. der Sicherheit anderer, Verantwortungslosigkeit und/oder fehlende Reue. Eine Störung des Sozialverhaltens ist bereits vor dem 15. Lebensjahr feststellbar.

Borderline Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und Affektiven sowie durch Impulsivität. Zur Diagnose sind fünf der folgenden Kriterien erforderlich: Intensive Ängste vor Verlassenwerden, intensive instabile Beziehungen zwischen Idealisierung und Entwertung, Identitätsstörung, Impulsivität in potenziell selbstschädigendem Verhalten (z.B. Glücksspiel), Geldausgeben, Sexualität, Substanzkonsum, Essanfälle), Selbstverletzung oder suizidale Handlungen, affektive Instabilität, chronisches Gefühl von Leere, unangemessen heftige Wut sowie vorübergehende paranoide Vorstellung oder dissoziative Symptome unter starker Belastung.

### 1.3 Epidemiologie

Epidemiologische Untersuchungen mit repräsentativen Bevölkerungsstichproben und Meta-Analysen weisen hohe Prävalenzraten von Patienten mit DD nach. In der Münchner Follow-up Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der Bundesrepublik Deutschland zeigte sich, dass 69 % aller Personen, die mindestens einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung erkrankten, mindestens an zwei Störungen gelitten hatten. Dabei kommt die Komorbidität von Angst-, affektiven und Substanzstörungen am zweithäufigsten vor.

Die in den 80er Jahren durchgeführte ECA-Studie – eine der differenziertesten Untersuchungen zu DD – zeigte, dass bei der US-amerikanischen Bevölkerung die Lebenszeitprävalenz von psychischen Erkrankungen bei 22,5 %, diejenige von Alkoholstörungen bei 13,5 % und diejenige von Drogenstörungen bei 6,1 % liegt. Von den Personen mit psychischen Störungen leiden 29 % auch an einer Substanzstörung bzw. ihre Wahrscheinlichkeit, an einer Sucht zu erkranken, ist bei ihnen im Vergleich zu Personen ohne psychische Störungen 2,7-mal höher. Ausschließlich unter einer psychischen Störung leiden lediglich 16,2 %. Bei Personen mit Alkoholstörungen ist die Zweiterkrankungsrate von Drogenstörungen und/oder psychischen Störungen 45 %, bei Drogenstörungen gar 72 %.

Rund ein Drittel der Personen mit einer Alkoholstörung und rund die Hälfte der Patienten mit einer Drogenstörung leiden irgendwann im Le-

ben auch unter einer psychischen Störung. Die Wahrscheinlichkeit, bei einer Alkoholstörung zusätzlich an einer psychischen Störung zu erkranken, ist um den Faktor 2,3, bei einer Drogenstörung um den Faktor 4,5 erhöht.

Andere Studien zeigten einen bedeutenden Zusammenhang zwischen psychischen und Substanzstörungen. Die Wahrscheinlichkeit, unter einer Substanzstörung zu erkranken, war bei Vorliegen einer psychischen Störung um den Faktor 2,3 erhöht. Rund die Hälfte der Personen, die irgendwann in ihrem Leben an einer psychischen Störung erkrankt waren, entwickelten lebenszeitlich auch irgendwann eine Substanzstörung. Die Prävalenzraten einzelner psychischer Störungen sowie von DD haben in den 90er Jahren im Vergleich zu den 80er Jahren deutlich zugenommen.

In Bezug auf die zeitlichen Komorbiditätsmuster, das Angststörungen in der Regel eher vor Substanzstörungen auftreten, während für depressive Störungen ein solch klares zeitliches Muster nicht zu beobachten war. Eher wenig gesicherte Befunde zu zeitlichen Mustern lagen zur Komorbidität von Substanzstörungen mit anderen psychischen Störungen (psychotische Störungen, bipolare Störungen) vor.

#### **1.4 Verlauf und Prognose**

Patienten mit DD weisen inadäquat behandelt oft einen ungünstigen Verlauf auf, bei dem sich Phasen von Verbesserung und Verschlechterung abwechseln und bei dem es auch zu wiederholten Hospitalisationen kommen kann. Patienten mit DD nehmen häufiger und länger ambulante

und stationäre Versorgungsangebote des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems in Anspruch als Patienten mit nur einer Diagnose. Dabei wechseln sich Behandlungen für Substanz- und für psychische Störung ab (Ping-Pong-Therapie), ohne dass eine anhaltende Verbesserung des biopsychosozialen Zustandes erreicht wird.

Der Verlauf und die Prognose von Patienten mit DD hängen wesentlich von der Schwere der beiden Störungen ab. Wir unterscheiden vier plausible Typen von DD:

**Typ 1:** Bei schweren Substanzstörungen, insbesondere Substanzabhängigkeit, und hoher psychopathologischer Belastung suchen die Patienten mit DD häufig zuerst eine Suchttherapie auf oder werden von den Behörden dazu verpflichtet, während des Entzugs treten psychische Symptome oder Störungen deutlich in Erscheinung, die bereits vor der Substanzstörung bestanden haben oder nach dem Entzug erstmalig auftreten und persistieren. In der Folge werden meist erfolglos mehrere Therapieversuche entweder mit Schwerpunkt auf der Behandlung der Sucht oder der psychischen Störungen unternommen. Die Wahrscheinlichkeit eines chronisch progredienten Verlaufs z.B. mit anhaltendem Heroin- und Kokainkonsum, florid psychotischen Symptomen und biopsychosozialen Folgeschäden (z.B. Arbeitslosigkeit) ist hoch. Eine günstige Prognose besteht bei einer langfristigen und gestuften integrativen Therapie.

**Typ II:** Bei leichten Substanzstörungen wie Substanzmissbrauch und hoher psychopathologischer Belastung suchen die Patienten mit DD zuerst häufig eine ambulante ärztliche oder psychotherapeutische und erst später eine stationäre Therapie zur Behandlung ihrer psychischen Störung auf. Erst im Verlauf der Therapie erhärtet sich der Verdacht des Substanzmissbrauchs (z.B. Cannabissmissbrauch bei Patienten mit Schi-

zophrenie), der den Therapiefortschritt behindert oder zu wiederholten Therapieabbrüchen führt. Gelingt die Einbindung in eine Therapie mit den beiden Schwerpunkten intensive Behandlung der psychischen Störung und auf den Substanzmissbrauch bezogene Rückfallprävention kann der Verlauf und die Prognose in Abhängigkeit der Schwere der psychischen Störung günstig sein.

**Typ III:** Bei schweren Substanzstörungen mit geringer psychopathologischer Belastung kommt es oft zu wiederholten stationären Entzügen mit Auftreten substanzinduzierter Symptome (z.B. Entzugssyndrom, depressive Symptome) und zu mehreren klassischen Entwöhnungstherapien, bevor anhaltende Abstinenz die wirksame Behandlung der psychischen Störung ermöglicht. Bei erfolgreicher stationärer Suchttherapie, während der die psychische Störung therapeutisch angegangen und danach weiter behandelt wird, ist der Verlauf und die Prognose günstig.

**Typ IV:** Bei leichten Substanzstörungen mit geringerer psychopathologischer Belastung suchen die Patienten mit DD häufig eine ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung zur Therapie der psychischen Störung auf. Im Verlauf der Behandlung werden Interventionen in Bezug auf den Substanzmissbrauch (z.B. Alkoholmissbrauch) notwendig, um den Therapiefortschritte nicht zu gefährden. Der Verlauf und die Prognose sind günstig, wenn die auf das substanzgebundene Suchtverhalten bezogenen Interventionen nachhaltig sind, damit die Therapie der leichten psychischen Störung wirksam werden kann.

Während über den Verlauf von schweren Substanz- und psychischen Störungen (Typ I), also Patienten mit chronifizierten DD, bereits eine

Vielzahl von empirischen Untersuchungen durchgeführt wurden, existieren wenig Ergebnisse zu Patienten des Typ II bis IV.

## **1.5 Differentialdiagnose**

DD sind von substanzinduzierten psychischen Störungen zu unterscheiden. Die substanzinduzierten psychischen Störungen weisen eine Vielzahl von Symptomen auf, die für andere nicht-substanzinduzierte psychische Störungen typisch sind (z.B. die affektive Störung und die substanzinduzierte affektive Störung). Eine substanzinduzierte Störung wird diagnostiziert, wenn die Symptome als direkte Konsequenz einer Substanz auftreten und remittieren, wenn die Substanz für eine bestimmte Zeit abgesetzt wird. Das DSM-IV nennt folgende substanzinduzierte Störungen:

- Entzugssymptome
- Intoxikationssymptome
- Substanzinduziertes Delir
- Persistierende substanzinduzierte Demenz
- Substanzinduzierte psychotische Störung
- Substanzinduzierte affektive Störung
- Substanzinduzierte Angststörung
- Substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörung
- Substanzinduzierte Schlafstörung

Hauptmerkmal einer Substanzintoxikation ist die Entwicklung eines reversiblen substanzspezifischen Syndroms aufgrund der vorausgegangenen Einnahme einer Substanz. Klinisch bedeutsame Veränderungen wir

Affektlabilität, Streitsucht, kognitive Beeinträchtigungen, beeinträchtigte Urteilsfähigkeit oder Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Rollenerfüllung sind unmittelbar auf die Wirkung der Substanz auf das Zentrale Nervensystem zurückzuführen und entwickeln sich während oder kurz nach dem Konsum der Substanz.

Hauptmerkmal des Substanzentzugs ist die Entwicklung eines substanzspezifischen Syndroms, wenn die Einnahme der Substanz reduziert oder ganz eingestellt wird. Häufig stellt das Entzugssyndrom das Gegenteil des Intoxikationssyndroms derselben Substanz dar. So tritt beispielsweise bei einer Amphetaminintoxikation Euphorie auf, während für den Amphetaminentzug eine dysphorische Stimmung charakteristisch ist.

Die Diagnose einer substanzinduzierten psychischen Störung soll dann anstelle einer Substanzintoxikation oder eines Substanzentzugs gestellt werden, wenn die jeweiligen psychischen oder kognitiven Symptome im Vergleich zu den bei Intoxikations- oder Entzugssyndromen üblichen deutlich ausgeprägter sind, so wird beispielsweise eine substanzinduzierte Angststörung dann diagnostiziert, wenn die Angstsymptome ausgeprägter sind, als dies aufgrund von Art und Menge der eingenommenen Substanz erwartet wurde.

Bevor die Differentialdiagnose DDP substanzinduzierte Störung vorgenommen werden kann, muss abgeklärt werden, ob und in welchem Maß beim betreffenden Patienten Substanzkonsum vorliegt. Häufig kommen Patienten wegen ihrer psychischen Probleme in die Praxis. Zunächst verleugnen oder bagatellisieren sie oft ihren Substanzkonsum und verneinen dessen negative Konsequenzen. Erst wenn eine vertrauensvolle Arbeits-

beziehung aufgebaut ist, geben diese Patienten das ganze Ausmaß ihres Substanzkonsums an. – Vor allem, wenn es sich um illegale Drogen handelt. Bei entsprechenden Anhaltspunkten kann eine erste Abklärung eines möglichen Substanzmissbrauchs über Screening-Fragen, die ins Gespräch eingeflochten werden, erfolgen. Hier helfen gezielte Fragen und bestimmte Tricks, z.B. mit dem Patienten die Behandlungstermine möglichst früh morgens zu vereinbaren, da es den wenigsten Patienten gelingt, einen etwaigen Suchtmittelkonsum am Tag zuvor zu verbergen. Es gibt eine Reihe wichtiger Aspekte, die zu beachten sind, um die Differentialdiagnose zwischen Intoxikation, Entzug und substanzinduzierten Störungen einerseits und nicht substanzinduzierten psychischen Störungen andererseits zu stellen.

Der zeitliche Zusammenhang zwischen Beginn und Ende des Substanzeffektes sowie Beginn und Ende der Symptome muss exploriert werden. Wenn die Symptome schon vor dem Beginn des Substanzgebrauchs vorhanden waren, oder wenn sie auch bei längeren Abstinenzphasen andauern, sind die Symptome wahrscheinlich nicht substanzinduziert.

<b>Faustregel zur Differentialdiagnose</b>
Als Faustregel gilt: Wenn die Symptome mehr als 4 Wochen nach einer akuten Intoxikations- oder Entzugssymptomatik noch bestehen, wird von einer nicht substanzinduzierten Störung ausgegangen, eine DD diagnostiziert und der Patient entsprechend behandelt.

- Um eine zuverlässige Diagnose zu stellen, muss die Abstinenz während dieser Zeit aufrechterhalten werden. Dies kann erreicht werden durch eine stationäre Aufnahme, durch Unterstützung von Freunden und Familie und/oder wenn eine tragfähige therapeutische Beziehung besteht, die dem Patienten Unterstützung und die Kontrolle nicht Ausdruck des Misstrauens ist.
- Durch regelmäßige Urin-, Blut- und Atemluftkontrollen
- Ein weiterer Beurteilungsaspekt sind Merkmale wie Alter bei Beginn und Verlauf. Die typisch bzw. untypisch sind für primär psychische Störungen. Wenn beispielsweise eine manische Episode erstmals nach dem 45. Lebensjahr auftritt, deutet dies auf eine substanzinduzierte Ätiologie hin. Sind aus der Vorgeschichte frühere Episoden dieser Störung bekannt, die während einer längeren Abstinenzphase aufgetreten sind, wird eine unabhängige psychische Störung angenommen und damit zusammen mit der Substanzstörung als DD bezeichnet.
- Im Weiteren ist auch zu beachten, ob substanzspezifische physiologische und verhaltensbezogene Intoxikations- oder Entzugsmerkmale vorhanden sind. So ist etwa ein Verfolgungswahn in Zusammenhang mit einer Phencyclidin-Intoxikation zu erwarten, jedoch in Zusammenhang mit einer Sedativa-Intoxikation ungewöhnlich und wahrscheinlicher durch eine primär psychotische Störung zu erklären.
- Auch Substanzdosis und Konsumdauer sind zu berücksichtigen. Halluzinationen sind nach einem einmaligen Cannabiskonsum unwahrscheinlich, nach höheren Dosen und längerem Konsum jedoch plausibel. Wenn Symptome einer bereits bestehenden psy-

- chischen Störung durch Substanzintoxikation oder –entzug verschlimmert werden, wird nicht eine zusätzliche substanzinduzierte Störung, sondern eine DD diagnostiziert. Die Intoxikation mit einigen Substanzen können die Stimmungswechsel bei bipolaren Störungen, die akustischen Halluzinationen und den Verfolgungswahn bei Schizophrenie, die aufdringlichen Gedanken und erschreckenden Träume bei posttraumatischen Belastungsstörungen und die Angstsymptome bei Panikstörungen, generalisierter Angststörung, sozialer Phobie sowie Agoraphobie verschlimmern.
- Langjähriger Substanzkonsum kann psychische Störungen direkt fördern oder auslösen. Psychische Störungen können jedoch auch indirekte Folge suchtbedingter psychosozialer Veränderungen sein (z.B. eine Einschränkung des Verhaltensrepertoirs, was sozialen Rückzug und mitunter in eine Depression führen kann).

## **Diagnostik und Indikation**

DDP werfen bei der Indikationsfrage eine Reihe von Problemen auf. Therapeutische Handlungsanleitungen, die sich für je eine der beiden Störungen als wirksam erwiesen haben, widersprechen sich oft und tragen zu Unsicherheiten des Therapeuten bei Indikations- und Interventionsentscheidungen bei. Beispielsweise erscheint es schwierig, dass in der Psychotherapie allgemein anerkannte Wirkungsprinzip des supportiven Vorgehens bei zusätzlich vorhandener Suchtproblematik anzuwenden, weil bei Substanzstörungen die Konfrontation des Patienten mit seinem Suchtverhalten indiziert ist.

Um diese Widersprüchlichkeit wissend, sehen sich Therapeuten und Einrichtungen, die sich auf die Behandlung von Substanzstörungen spezialisiert haben, gezwungen, Patienten mit einer psychiatrischen Begleiterkrankung von der Aufnahme in ihre Therapie auszuschließen. Umgekehrt versuchen Psychotherapeuten und Einrichtungen mit Angeboten für Patienten mit psychischen Störungen diejenigen abzuweisen, die zusätzlich unter einer Suchtmittelproblematik leiden. Dahinter stecken im Wesentlichen zwei Modellvorstellungen:

- Zum einen das Suchtmodell, nachdem Substanzabhängigkeit als Primärproblem, die Abstinenz als Problemlösung und „Machtlosigkeit“ gegenüber der Sucht als Interventionskonzept betrachtet wird.
- Zum anderen ein Psychotherapiemodell, nachdem die psychopathologische Symptomatik und ihre Bedingungen als primäres Problem gelten, die Erreichung emotionaler Stabilität als Problemlösung und Selbstmanagement als Interventionskonzept.

Die damit oft verbundene Polarisierung zwischen den Vertretern der beiden Modelle ist unfruchtbar und gereicht dem Patienten zum Nachteil, obwohl sich gerade das Konzept der Doppeldiagnose gut zu einer Integration der beiden Modelle eignen würde.

Von großer Bedeutung für die Wahl der richtigen Intervention ist die Kenntnis der Vielzahl von Besonderheiten verschiedener Störungsbilder und ihrer Kombinationen. Zur Veranschaulichung das Beispiel der Störungskombination „Depression und Substanzstörung“:

Einerseits besteht bei der Mehrzahl von Suchterkrankungen gleichzeitig ein depressives Syndrom und andererseits zeigen  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{3}$  aller an Depression leidenden Menschen Suchtverhalten. Zu dieser Korrelation

können z.B. Interessenverlust, Schlafstörungen, sozialer Rückzug, die negative kognitive Triade und ein gestörtes Selbstwertgefühl beitragen, die sowohl als Symptom einer Depression, aber auch als Folge von Suchterkrankungen auftreten können. Die Differentialdiagnose zwischen Primär- und substanzinduzierter depressiver Störung ist entsprechend schwierig und erfordert eine sorgfältige diagnostische Abklärung der individuellen Zusammenhänge zwischen beiden Störungen, damit die richtige Indikation gestellt werden kann. Die empirisch begründete Psychotherapieforschung hat gezeigt, dass ein genaues individuelles Verständnis des Falles und darauf aufbauend ein individuell zugeschnittenes therapeutisches Vorgehen am Erfolg versprechensten ist.

<b>Therapeutische Grundhaltungen bei Sucht- bzw. Psychotherapie</b>
<p><b>Suchttherapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- konfrontierend</li> <li>- fordernd</li> <li>- realitätsnah</li> <li>- gruppenorientiert</li> <li>- keine Medikation</li> <li>- strikte Abstinenzforderung</li> <li>- systematische Überwachung des Suchtmittelkonsums</li> </ul>
<p><b>Psychosebehandlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gewährend und beschützend</li> <li>- vorsorglich</li> <li>- Schutz vor Überforderung</li> <li>- Individuumzentriert</li> </ul>

- Langfristige neuroleptische Prophylaxe
- Substanzmissbrauch ist Nebenthema oder toleriert
- mitunter sporadische Überwachung oder Tolerierung des Suchtmittelkonsums

Literatur beim Verfasser