

Doppeldiagnosen auf einer psychiatrischen Aufnahmestation

3. Geraer Suchtsymposium

6. September 2006

Dr. Heribert Fleischmann

Bezirkskrankenhaus Wöllershof

Grundsätzliche Fragen zum Thema: Doppeldiagnosen auf einer psychiatrischen Aufnahmestation

- Was ist eine psychiatrische Aufnahmestation?
- Was versteht man unter Doppeldiagnosen?
 - „duale Diagnosen“
 - „Tripeldiagnosen“
- Komorbidität: weit gefasste Definition
- Komorbidität: enge Definition wie „Sucht und Psychose“
 - Epidemiologie
 - Behandlungsprinzipien

Organisationsprinzipien psychiatrischer Kliniken und Abteilungen

Es gibt Formen der Mischung und Trennung von psychisch Kranken nach unterschiedlichen Kriterien:

- Historisch, d.h. vor der Enquete 1975: Geschlecht, Alter, ruhig/erregt, geschlossen/offen, akut/chronisch bzw. Pflege,
- Prinzip der Sektorisierung: geographisch, sonst Mischprinzip (Sozialpsychiatrie, „Abteilungspsychiatrie“)
- Prinzip der Syndromorientierung/Spezialisierung: Krankheitsbilder (Trend in sog. Großkrankenhäusern oder „Anstalten“ nach der Enquete)
- Psych-PV 1990: Kriterium ist der Behandlungsbedarf eines Patienten unterschieden nach Alter, Sucht und allgemeine Psychiatrie
- Mischformen der Strukturierung

Behandlungsstrukturen für Alkoholranke entsprechend der Psychiatrie Enquete von 1975

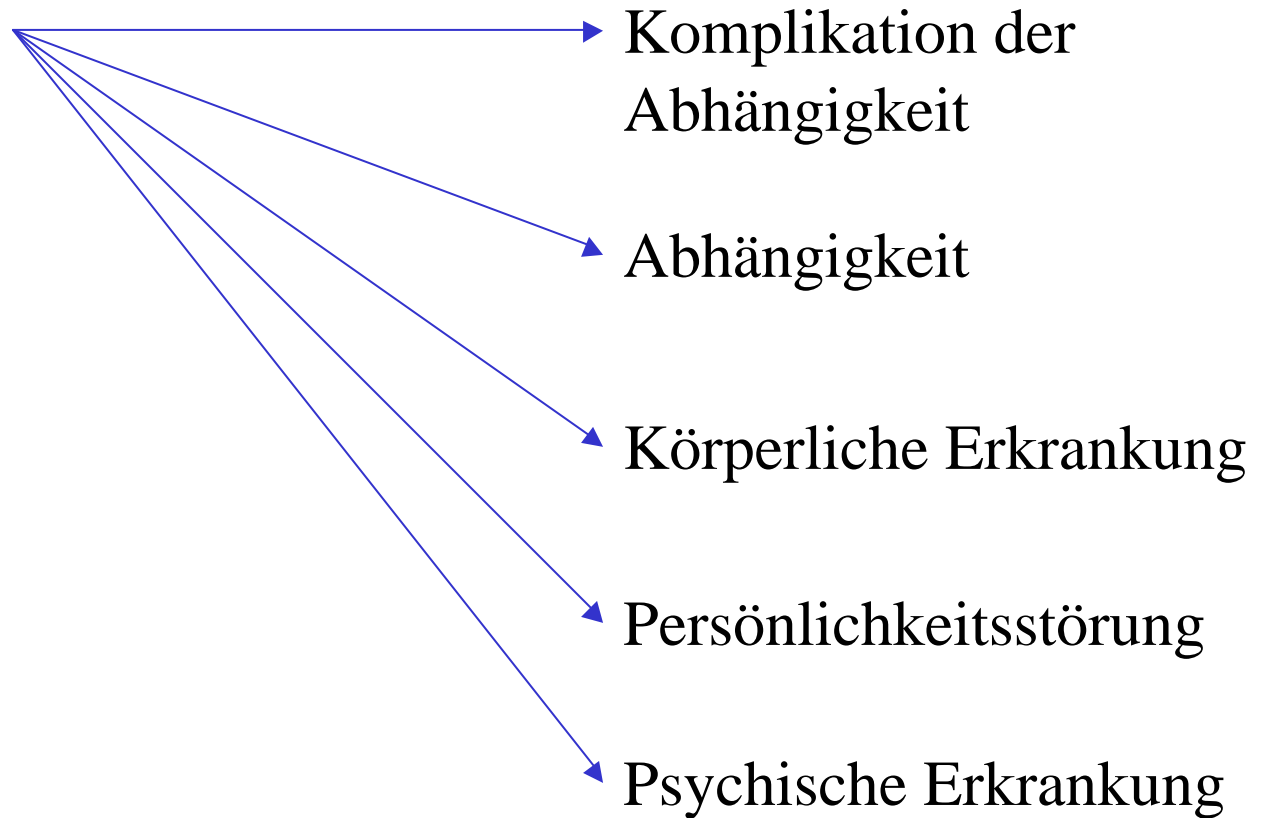
- Fachambulanz
- Einrichtungen zur kurzfristigen stationären Behandlung
 - Intensivpflegeeinheit
 - Aufnahmestationen
- Einrichtungen zur vorwiegend mittelfristigen stationären Behandlung (Entwöhnung)
- Einrichtungen zur langfristigen stationären Behandlung
- Übergangsbereich und andere ergänzende Einrichtungen
- Also: **Bildung von (Kompetenz)Zentren ist naheliegend**

Die Psych-PV (1990)

- Allgemeine Psychiatrie: 62% (Winnenden 2005)
- Gerontopsychiatrie: 19%
- Abhängigkeitskranke: 19%
 - S1 Regelbehandlung: 44%
 - S2 Intensivbehandlung: 41%
 - S3 rehabilitative Behandlung, einschl. sogenannter Entwöhnung: 1%
 - S4 langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker: 10%
 - S5 Psychotherapie Suchtkranker: 1%
 - S6 tagesklinische Behandlung: 3%

Doppeldiagnosen/Komorbidität

Abhängigkeit



Abhängigkeit und Komplikation F1x.2 + F1x.n : Klassifikation substanzbezogener psychischer Störungen

1. Klassifikatorische Ebene

- **F1x.0** Akute Intoxikation [akuter Rausch]
- **F1x.1** Schädlicher Gebrauch
- **F1x.2** Abhängigkeitssyndrom

2. Klassifikatorische Ebene („Komplikationen“ bzw. Substanzinduzierung!)

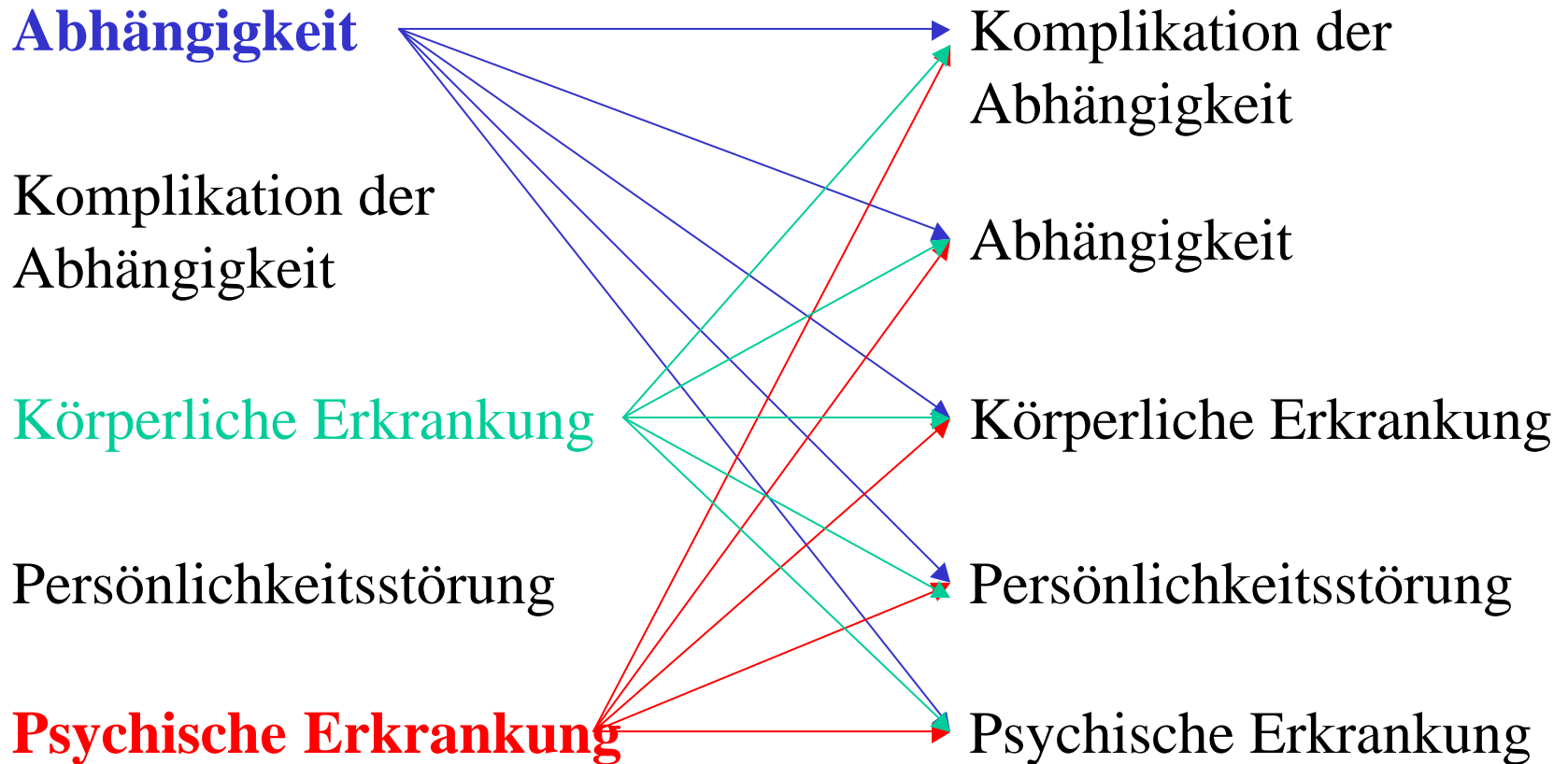
- **F1x.3** Entzugssyndrom
- **F1x.4** Entzugssyndrom mit Delir
- **F1x.5** Psychotische Störung ➡ DD F2, F3, F4
- **F1x.6** Amnestisches Syndrom ➡ DD F0
- **F1x.7** Restzustand und verzögert auftretende
psychotische Störung ➡ DD F0, F2, F3, F4

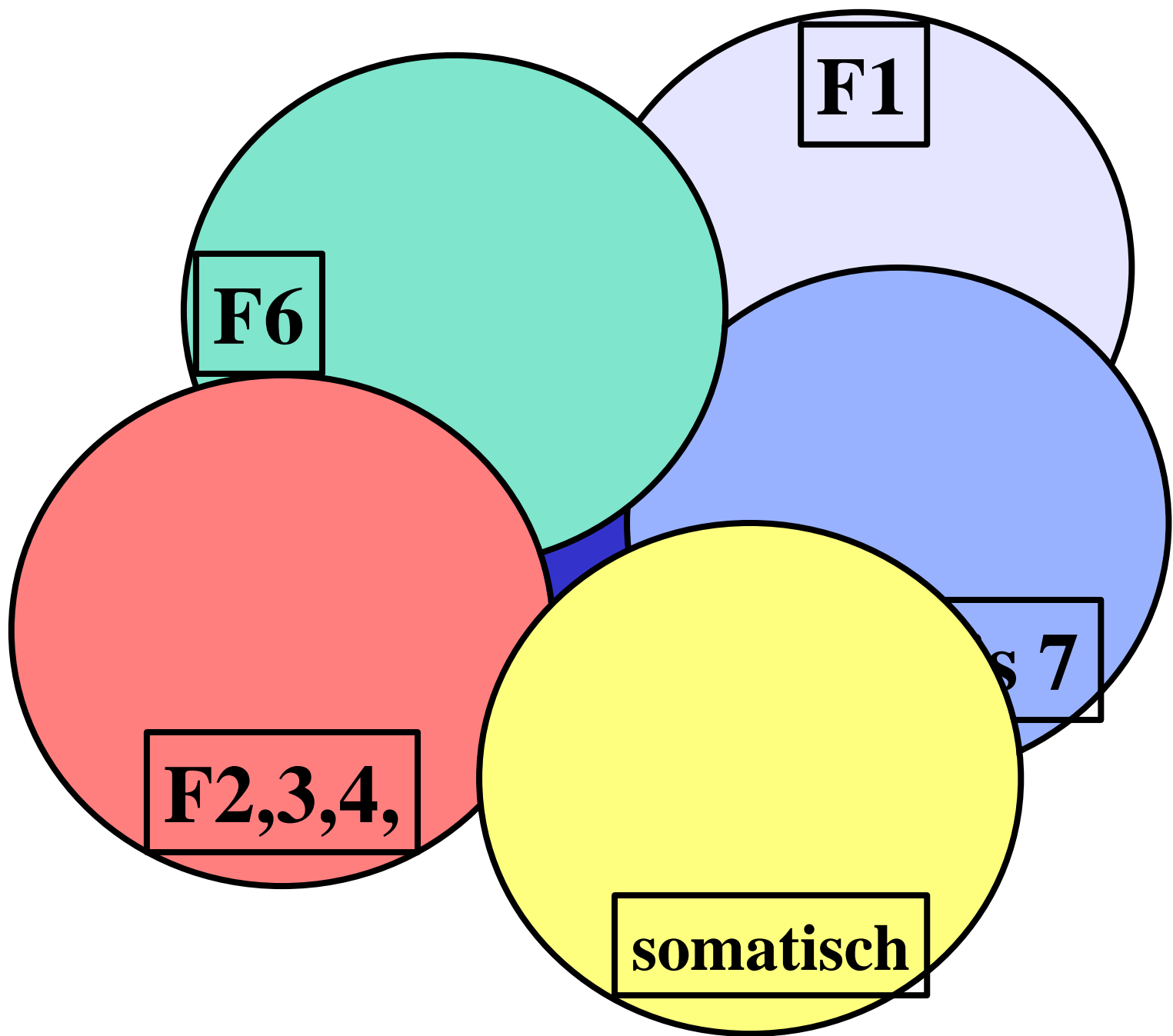
Abhängigkeit und Abhängigkeit: F1x+ F1y

Substanzinduzierte psychische und Verhaltensstörungen sowie körperliche Krankheiten:

- Störungen durch Alkohol (F10),
- Störungen durch Opioide (F11),
- Störungen durch Cannabinoide (F12),
- Störungen durch Sedativa und Hypnotika (F13),
- Störungen durch Kokain (F14),
- Störungen durch andere Stimulanzien & Koffein (F15),
- Störungen durch Halluzinogene (F16).
- Störungen durch Tabak (F17),
- Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (F18),
- Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19).

Doppeldiagnosen/Komorbidität





Doppeldiagnosen/Komorbidität: Übersicht 1

Ausgangsdiagnose: Abhängigkeit

- Abhängigkeit + Abhängigkeit (verschiedene Substanzgruppen)
- Abhängigkeit + suchtspezifische Komplikationen (F1 + F1)
- Abhängigkeit + somatische Begleit- und Folgekrankheiten (F + A-Z)
- Abhängigkeit + Persönlichkeitsstörungen (F1 + F6)
- Abhängigkeit + psychische Erkrankungen
 - Andere hirnorganische Psychosyndrome (F1 + F0)
 - Schizophreniforme Psychosen (F1 + F2)
 - Affektive Psychosen (F1 + F3)
 - Anpassung, Angst, Zwang, somatoform (F1 + F4)
 - Intelligenzminderung (F1 + F7)
 - Emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter (F1 + F9)

Ausgangsdiagnose: psychische Erkrankung

Doppeldiagnosen/Komorbidität: Übersicht 2

- Ausgangsd Diagnose: psychiatrische Erkrankung
 - Schizophrenie und Sucht (F2 + F1)
 - **Depression und Sucht (F3+F1)**
 - Angststörung und Sucht (F4 + F1)
 - Persönlichkeitsstörung und Sucht (F6 + F1)
- Abzugrenzen sind Folgen bzw. Komplikationen der Sucht
 - **F1x.5 Psychotische Störung**
 - F1x.50 schizophreniform
 - **F1x.54 vorwiegend depressive psychotische Symptome**
 - **F1x.55 vorwiegend manische psychotische Symptome**
 - **F1x.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung**
 - F1x.71 Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung
 - **F1x.72 residualaffektives Zustandsbild**
 - F1x.75 verzögert auftretende psychotische Störung



Hypothesen zur Ätiologie

Ursache – Wirkungs- Zusammenhänge am Beispiel Alkohol + Depression


1. **Kausale Beziehung („Verursachung“) oder zeitlich aufeinander folgend, z.B. auch das Konzept der „Substanzinduzierung“, „Selbstmedikation“**

Primär

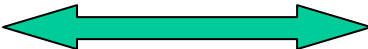
Sekundär/symptomatisch (Winokur 1970)

- Alkoholkonsum/ismus  depressive Störung
- depressive Störung  Alkoholkonsum/ismus

-
2. **Zufällige Koinzidenz (gleichzeitig, sukzessive, substanzunabhängig) (George 1990)**

- Alkoholkonsum/ismus  depressive Störung

-
3. **Gemeinsame Grundstörung**

- Alkoholkonsum/ismus  depressive Störung

Primär/sekundär Problematik

- **Konzept der Substanzinduzierung**

Trifft zu auf

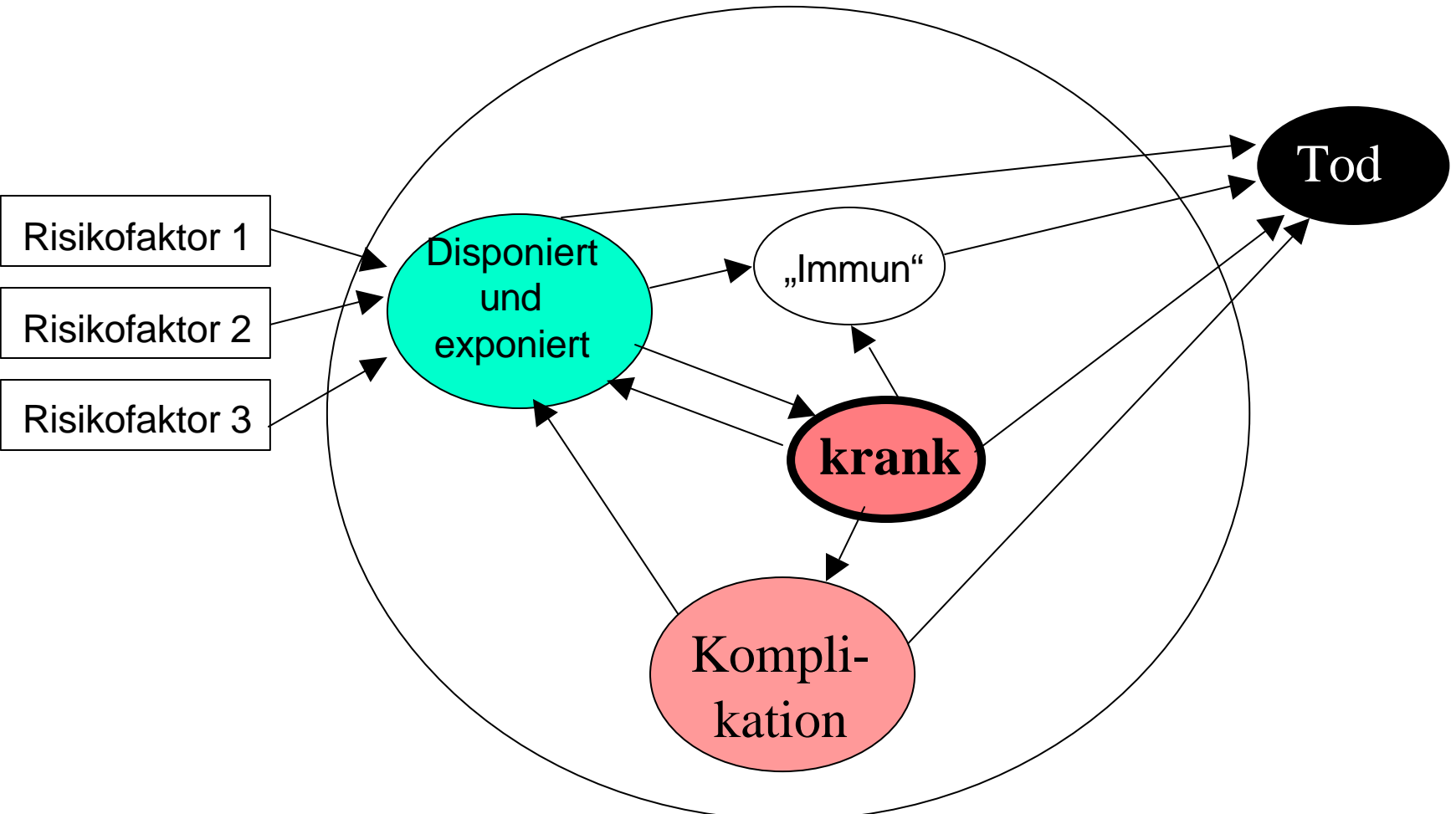
- „Komplikationen“ des Abhängigkeitssyndroms (F1x.3,4,5)
- Somatische Begleit- und Folgekrankheiten
- Intoxikationspsychosen (z.B. auf Halluzinogene)
- „Psychoseinduktion“ (z.B. bei Cannabis, Amphetaminen)
- **Selbstmedikationshypothese**
- **Affektregulationshypothese**

Wird diskutiert bei

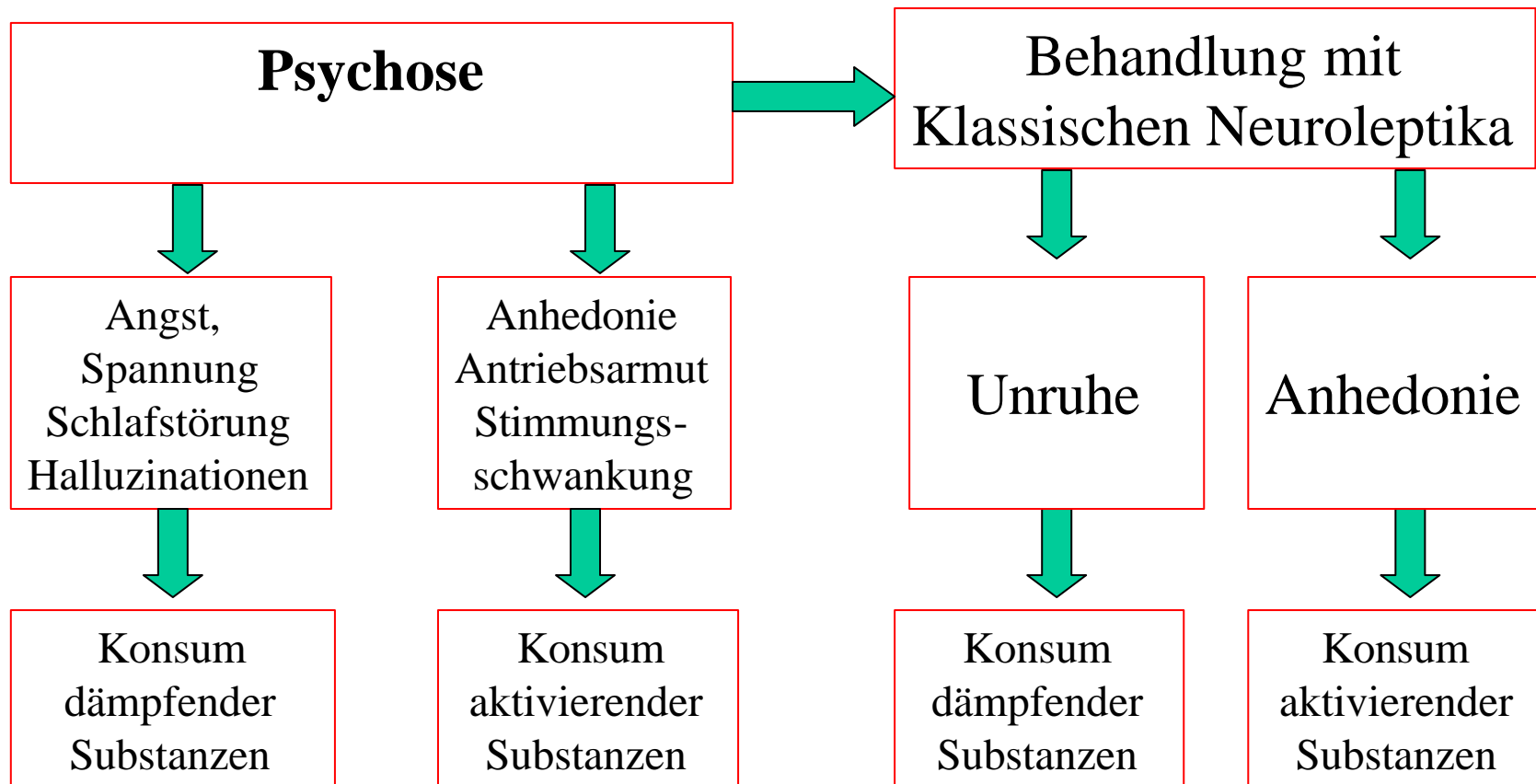
- „primären“ depressiven oder schizophreniformen Störungen
- **Supersensitivitätsmodell (basiert auf Vulnerabilität-Stress-Modell (Zubin & Spring 1977))**
- Suchtmittelkonsum als Stressor oder Risikofaktor für Psychosemanifestation und vice versa

Das dynamische Krankheitsmodell der WHO

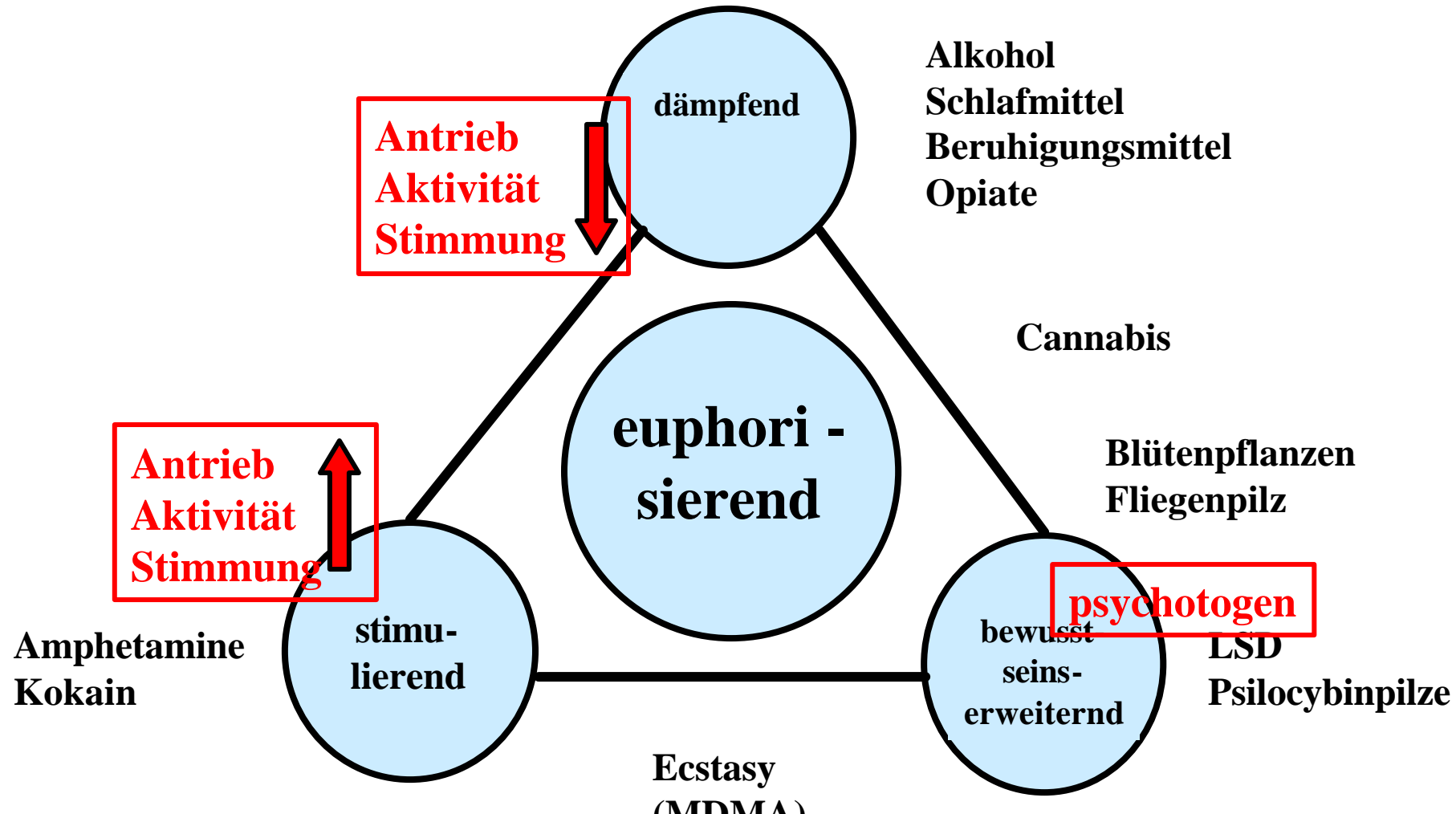
Programme on Evidence for Health Policy World Health Organization July 2001



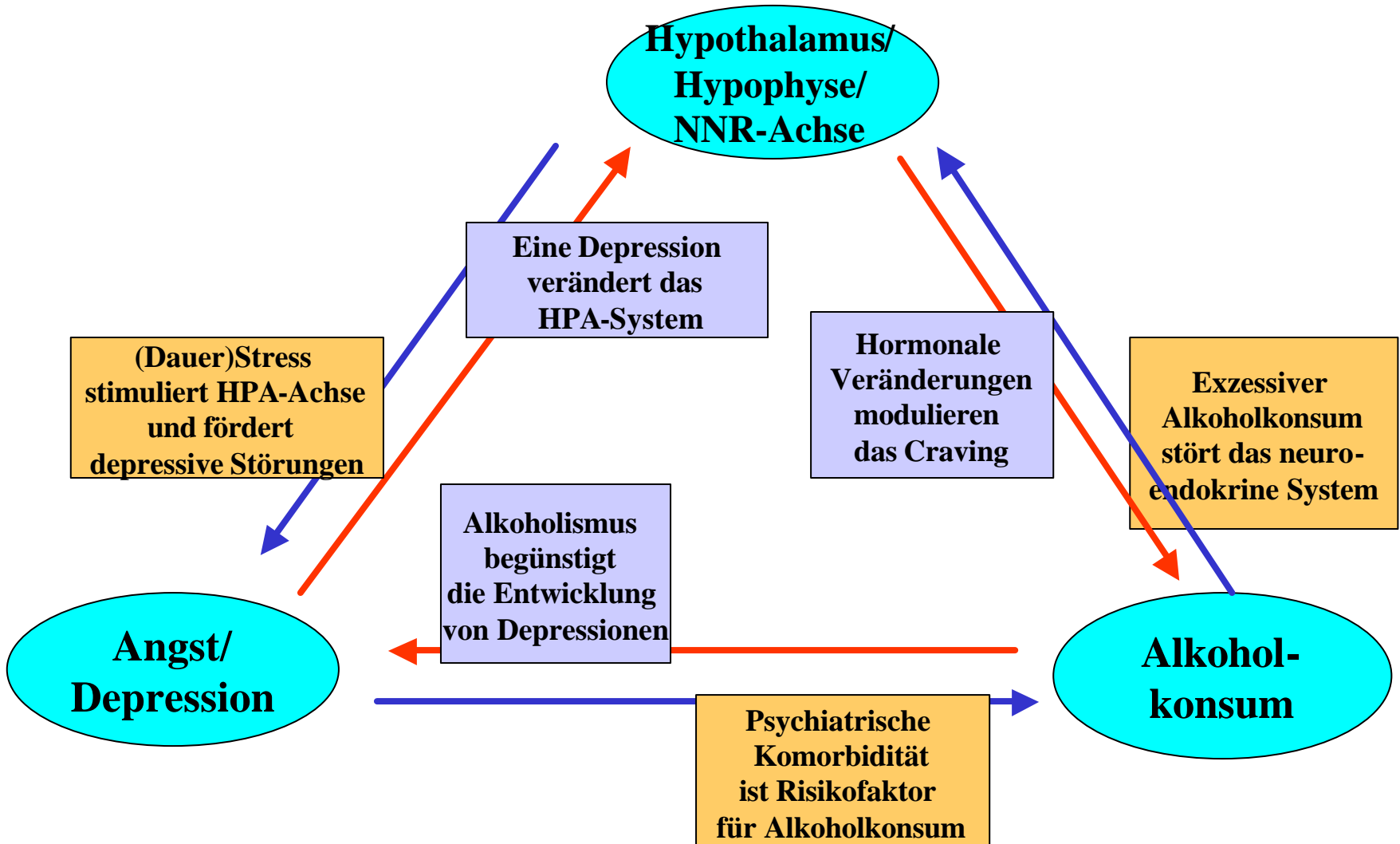
Selbstmedikation bei Psychosen mit sek. Sucht (nach Khantzian 1985, 1987)



Wirkprofile der Drogen: Substanzinduzierung/ Selbstmedikation ?



Affektive Störungen, Alkoholismus und neuroendokrine Störungen (nach Kiefer 2004)



Prävalenz anderer Suchterkrankungen bei Alkoholismus

Lebenszeitrisiko

- für Tabakabhängigkeit
 - 6-fach erhöht
- Für illegale psychotrope Substanzen
 - 8-fach erhöht

Prävalenz von „Komplikationen“ bei Alkoholabhängigen im klinischen Setting

- Intoxikation:
- (Einfaches) Entzugssyndrom:
- Entzugssyndrom mit Delir: < 5 % (APA 2002), 15% (Wienberg et al. 1993)
- Psychotische Störung: 8% (Wienberg et al. 1993), 5,3% (Reymann et al. 2000)
- Amnestisches Syndrom: bis zu 10 % (Wetterling 1995), 4,4% (Reymann et al. 2000)
- Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung: in bis zu 75 % (Eckardt et al. 1988), 25,2% (Reymann et al. 2000)

Doppeldiagnosen/Komorbidität

Therapeutische Herausforderungen

Abhängigkeit



• **Akutbehandlung**

- Kurzintervention
- Motivierende Gesprächsführung
- Entgiftung
- Qualifizierte Entzugsbehandlung
- Psychoedukation
- Rückfallprophylaxe

• **Postakutbehandlung**/Rehabilitation/
Entwöhnungstherapie

Komplikation der
Abhängigkeit

Abhängigkeit

Körperliche Erkrankung

Persönlichkeitsstörung

Psychische Erkrankung

Therapie der (substanzinduzierten) Komplikationen

- Allgemeine Maßnahmen
 - Prinzipien der Akutbehandlung, z.B. Entzugsbehandlung
 - Drogen/Alkoholfreiheit herstellen, sichern
 - Milieutherapie (spez. Setting mit geschulten Personal)
- Psychotische Störung, z.B. Alkoholhalluzinose, Eifersuchtswahn, Intoxikationspsychosen durch Halluzinogene etc.
 - Neuroleptika, ggf. Benzodiazepine
 - Antidepressiva (bei anhaltenden depressiven Syndrom, Suizidalität)
- Amnestisches Syndrom, Wernicke-Enzephalopathie
 - Parenteral Thiamin (Vit. B1), 200-300mg/d
 - Ggf. Vit. B6

Therapie der (substanzinduzierten) Komplikationen

Patienten mit anhaltenden psychischen Störungen
(F10.7)

- Remission unter mittel- bis längerfristiger Abstinenz (Mann et al. 1999), längere Behandlungsdauern
- Neuropsychologische Trainingsmaßnahmen (Hoffmann et al. 1993; Steingass 1994)
- Längerfristige Nachsorgemaßnahmen
- Sozial-rehabilitative Maßnahmen
- Ggf. Case-Management (Oliva et al. 2001)
- Eingliederung auf dem sekundären Arbeitsmarkt
- Ggf. gerichtliche Betreuung

Abhängigkeit und somatische Begleit- und Folgekrankheiten am Beispiel **Alkohol**

- Neurologische Begleiterkrankungen:
 - epileptische Anfälle: 30% (Wienberg et al. 1993)
 - Polyneuropathie: 16% (Wienberg et al. 1993)
 - Myopathie
 - Großhirn- und Kleinhirnatrophie
 - Zentrale pontine Myelinolyse
 - Amblyopie
 - Marchiafava-Bignamini- Syndrom
- Therapie
 - Ggf. diagnostische Sicherung und Beobachtung
 - Meist keine spezifische Therapie erforderlich oder möglich
 - Siehe allgemeine Maßnahmen
 - Ggf. intensivpflichtige Maßnahmen

Abhängigkeit und somatische Begleit- und Folgekrankheiten am Beispiel **Alkohol**

- Hepatologische Begleiterkrankungen: 47% (Wienberg et al. 1993)
 - Alkoholische Fettleber (ab 20g/40g pro die fast jeder Konsument)
 - Hypertriglyceridämie, Hypercholesterinämie
 - Metabolische Azidose, Hyperurikämie/ Gicht
 - Kohlehydratstoffwechselstörung/ Hypoglykämie
 - Porphyrurie
 - Alkoholische Hepatitis
 - Alkoholische Fibrose
 - Alkoholische Leberzirrhose (Transplantation?)
 - Hepatozelluläres Karzinom
 - Aszites, Nierenversagen
 - Portale Hypertension, Umgehungskreislauf, Ösophagusvarizen, Blutung
 - Hepatische Enzephalopathie, Koma durch Ammoniak

Therapie:

- In der Regel begleitend
- Allgemeine Maßnahmen
- Spezifisch
- Interdisziplinär, Konsil
- Verlegung

Abhängigkeit und somatische Begleit- und Folgekrankheiten am Beispiel **Alkohol**

- Gastrointestinale Begleiterkrankungen

- Karzinome der Mundhöhle, Hypopharynx, Pharynx, Larynx, Oesophagus, Colon, Rectum
- Gastroösophagealer Reflux
- Mallory-Weiss-Syndrom
- Hämorrhagische Gastritis und Bulbitis
- Störungen der Zottenmorphologie im Dünndarm
Laktasemangel
- Resorptionsstörungen, Mangel an B1, B6, B12, Zink, Selen
- Pankreatitis
 - Sekundäre exokrine und
 - endokrine Insuffizienz, z.B. Diabetes mellitus

Therapie:

- In der Regel begleitend
- Allgemeine Maßnahmen
- Spezifisch
- Interdisziplinär, Konsil
- Verlegung

Abhängigkeit und **somatische** Begleit- und Folgekrankheiten am Beispiel **Alkohol**

- Kardiologische Begleiterkrankungen
 - Herzrhythmusstörungen
 - Vorhofflimmern
 - Erhöhung des arteriellen Blutdrucks
 - Alkoholische Kardiomyopathie

Therapie:

- In der Regel begleitend
- Allgemeine Maßnahmen
- Spezifisch
- Interdisziplinär, Konsil
- Verlegung

Abhängigkeit und **somatische** Begleit- und Folgekrankheiten am Beispiel **Alkohol**

- Andere
 - Mammakarzinom
 - Gewichtszunahme
 - Mangelernährung
 - Endokrine Störungen
 - Gynäkomastie, weiblicher Behaarungstyp beim Mann
 - Hodenatrophie
 - Alkoholische Embryopathie: ca. 2500 Kinder jährlich

Therapie:

- In der Regel begleitend
- Allgemeine Maßnahmen
- Spezifisch
- Interdisziplinär, Konsil
- Verlegung

Abhängigkeit und **somatische** Begleit- und Folgekrankheiten am Beispiel **Tabak**

- Pathologische Gefäßprozesse
 - Kardiale Infarkte
 - Cerebrale Insulte
 - Periphere Gefäßverschlüsse
- Karzinomerkrankungen
 - Lungenkarzinom
 - Kehlkopf, Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre
 - Bauchspeicheldrüse, Harnblase, Uterus, Leukämie
- Chronisch obstruktive Bronchitis, Asthma
- Lungenemphysem
- Pneumonien
- Hautalterung
- Ca. 90 bis 140 000 Todesfälle pro Jahr

Therapie:

- In der Regel begleitend
- Allgemeine Maßnahmen
- Spezifisch
- Interdisziplinär, Konsil
- Verlegung

Abhängigkeit und **somatische** Begleit- und Folgekrankheiten am Beispiel **Cannabis**

- Chronische Bronchitis, Lungenemphysem
- Karzinome im Respirationssystem
- Reversible Beeinträchtigungen der Spermio-genese
- Risikofaktor für Herzinfarkte und ischämische Insulte

Therapie:

- In der Regel begleitend
- Allgemeine Maßnahmen
- Spezifisch
- Interdisziplinär, Konsil
- Verlegung

Abhängigkeit und **somatische** Begleit- und Folgekrankheiten am Beispiel **Opioide**

- Hepatitis C
- Hepatitis B
- HIV- Infektionen

Therapie:

- In der Regel begleitend
- Allgemeine Maßnahmen
- Spezifisch
- Interdisziplinär, Konsil
- Verlegung

Abhängigkeit und **psychische** Begleit- und Folgekrankheiten am Beispiel **Alkohol**

- Angst- und Panikstörungen (Regier et al. 1990)
 - Bis zu ein Drittel der alkoholabhängigen Männer
 - Bis zu zwei Drittel der alkoholabhängigen Frauen
- Affektive Störungen:
 - durch aktuellen Konsum bedingt in ca. 50 % aller alkoholabhängigen Patienten (Berglund, Nordström 1989)
 - Unabhängig vom aktuellen Konsum bei rund 15 % der Patienten (Schuckit 1994, Brown et al. 1995)
- Lebenszeitrisiko für Suizidhandlungen: 11 bis 15 %
- Suizidrate: 2 bis 4 % (Murphy et al. 1990, Driessen et al. 1998)

Abhängigkeit und **psychische** Begleit- und Folgekrankheiten am Beispiel **Alkohol**

- Persönlichkeitsstörungen
 - Antisozial: 14% (in bis zu 50 % nach Buchholz et al. 2000)
 - Borderlinestörung
- Schizophrenie: 4 %

Abhängigkeit und psychische Begleit- und Folgekrankheiten am Beispiel **Cannabis/“Drogen“**

- Angsterkrankungen: 28 %
- Depressionen: 26 %
- Persönlichkeitsstörungen
 - Antisozial: 18 %
- Aufmerksamkeits-Defizit- Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)
- Schizophrenie: Risiko bis zu 6-mal höher (Täschner 1999) (17 %)

Abhängigkeit und **psychische** Begleit- und Folgekrankheiten am Beispiel **Amphetamine**

- Schizophrenie: in bis zu 25 % (Gouzoulis-Mayfrank 2003)
- Induzierte Psychosen
- Bipolar affektive Störungen
- Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- ADHS

Psychische Erkrankung und Abhängigkeit

- am Beispiel **Persönlichkeitsstörung (antisozial)**
 - Alkohol: 74 %
 - Drogen: 42 %
- am Beispiel **Angststörungen, besonders soziale Phobie**
 - Alkohol: 6 – 20%
- am Beispiel **affektive Störungen**

		LZP für Alkohol
– Alkohol: 22 %	Major Depression	10-28%
– Drogen: 19 %	Dysthymie	11-30%
	Bipolare Störung	45-71%

(Marneros 1999)

Behandlung komorbider Störungen im engeren Sinn: generell

- Suchtbedingte und komorbide Störung(en) sind gleichermaßen zu berücksichtigen
 - Sequentiell, parallel, integrativ
- Psychiatrische Mitbehandlung ist anzustreben bzw. doppelte Kompetenz ist vor zu halten
- Cave Einsatz von Medikamenten mit Missbrauchpotential

Behandlung komorbider Störungen im engeren Sinn: speziell bei

- Angststörungen
 - Primär Alkoholismus kognitiv-behavioral behandeln (Randall et al. 2001)
 - Paroxetin (Randall et al. 2001)
- Affektive Störungen
 - Remission der Intoxikations- und Entzugssymptome unter Abstinenz abwarten
 - Trizyklische AD, weniger SSRI (Nunes et al. 2004)
 - Kognitiv-behaviorale Ansätze (Brown et al. 1997)
- Bipolare Störung
 - Zusätzliche Gabe von Valproat neben Standardtherapie z.B. mit Lithium ist nützlich (Salloum et al. 2005)
- Persönlichkeitsstörungen
 - Bei Borderline: Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (Stuppe 2002; Mayer-Bruns et al. 2005)

Psychische Erkrankung und Abhängigkeit

- am Beispiel **Schizophrenie**
- allgemein für Substanzmissbrauch 15 - 69% (Mueser et al 1990)
- speziell für
 - Alkohol: 34 % (LZP 10% bei Regier et al. 1990, 40% bei Soyka 1995), im stationären Setting bis 71% (Kovaszny et al. 1997)
 - Drogen: 28 %, meist Cannabis, meist multipler Gebrauch
 - Nikotin ca. 50 %
- Risiko für Abhängigkeit ist 4,6-fach höher als in der Allgemeinbevölkerung (Regier et al. 1990)

Schizophrene Patienten mit Substanzkonsum haben im Vergleich zu Patienten ohne Substanzkonsum

- Niedrigerer sozioökonomischer Status
- Reduzierte psychosoziale Funktionen
- Höhere Rehospitalisationsrate
- Höheres Suizidrisiko
- Erhöhte Kriminalität
- Höhere Rückfallrate
- Geringere Behandlungseinbindung
- Höhere Rate an HIV-Infektionen
- Eine höhere Belastung der Angehörigen
- Höheres Maß an Aggressivität

Behandlung komorbider Störungen im engeren Sinn: speziell bei **schizophrenen Psychosen**

- Integrativer Ansatz (ein Setting, ein Therapeutenteam, angemessene Interventionen für beide Störungen)
- Konstante Bezugspersonen
- Niedrigschwelliger Zugang zum Versorgungssystem
- Langzeitbehandlung (ambulant und stationär/teilstationär)
- Vermeidung von Überforderung durch Konfrontation, Ansprüche an hohe Eigenverantwortung und Selbstmotivation (cave kognitive Defizite)
- Psychoedukative Verfahren (Einsicht und Therapieverständnis)
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Familieninterventionen
- Lebensumfeld einbeziehen

Behandlung komorbider Störungen im engeren Sinn: speziell bei **schizophrenen Psychosen**

- Antipsychotika mit hoher Potenz und niedriger anticholinergischer Begleitwirkung z.B. Haloperidol und Flupentixol um die Verstärkung anticholinergischer Drogenwirkung zu vermeiden
- Atypische Antipsychotika wie Olanzapin und insbesondere Clozapin (Drake et al. 2000; Green et al. 2003), ev. weil das Belohnungs-System dadurch weniger beeinträchtigt wird (Chambers et al. 2001); sollen auch Substanzkonsum und Craving reduzieren, Rückfallraten senken
- Bei andauernden depressiven Syndrom nach der Detoxifikation trizyklische Antidepressiva wie Imipramin und Desimipramin (150-200mg/d); soll auch den Substanzkonsum reduzieren insbesondere bei Kokain; cave Exacerbation der psychotischen Symptomatik
- Frühzeitig Gabe von Antiparkinson-Mitteln wie Biperiden
- Flupentixoldecanoat reduziert ev. das Craving bei komorbider Alkoholabhängigkeit
- Cave Disulfiram, da psychotogen
- Für den Einsatz von Acamprosat gibt es keine Studien

Problemfeld „Doppeldiagnose“

- Bedeutet für den **Patienten**:
 - doppelt „gestört“, doppeltes Leiden
 - doppelte Verleugnung
- Bedeutet für den **Therapeuten**:

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit

- Bedeutet für die **Gesellschaft**:
 - Doppelung der Versorgungssysteme ?
 - doppeltes Stigma ?

Double trouble ?