

# Psychose und Sucht – Sucht und Psychose

Zwei sich gegenseitig fördernde und den Verlauf verschlechternde Störungen  
Dr. med. Dieter Geyer

14. Aktionstag für seelische Gesundheit  
Die Psychose: ein Überblick und Perspektivenwechsel  
Emden 12.10.2022

# Interessenkonflikte

## Zum Thema:

- Keine

## Allgemein

- Als Ärztlicher Direktor der Johannesbad Fachkliniken Fredeburg und Holthäuser Mühle und der Adaption Dortmund Interesse am wirtschaftlichen Wohlergehen der Einrichtungen
- Keine Zuwendungen der Pharmaindustrie
- Keine Beteiligung oder Aktien der Alkohol- und Tabakindustrie

# **Historie aus ganz persönlichem Blickwinkel**

**Suchtkranke als ungeliebte Kinder der Psychiatrie**

**Psychotiker weitgehend unverstanden in der Suchtbehandlung**

## Fall 2

### Frau A, 32 Jahre

- Cannabisabhängigkeit
- Gelegenheitskonsum Amphetamine
- Rehabilitation in der FK Holthauser Mühle 2022

## Fall 3

### Herr Z, 30 Jahre

- Abhängigkeit von Cannabinoiden (THC und künstliche Cannabinoide)
- Schädlicher, riskanter und experimenteller Konsum zahlreicher weitere Drogen.
- In der Jugend erhöhter Alkoholkonsum (F10.1, F10.2 nicht gesichert)

# Sucht und Psychose – Psychose und Sucht

- Ca. 50% der Personen mit einer Störung aus dem schizophrenen Spektrum haben oder entwickeln eine substanzbezogene Störung. Viermal so viele wie die Allgemeinbevölkerung (Bechdorf et al. 2012).
- Ca. 25% der Personen mit einer Störung aus dem schizophrenen Spektrum haben oder entwickeln eine alkoholbezogene Störung (Hunt et al. 2018) Männer deutlich häufiger als Frauen
- Der Anteil schizophrener Menschen mit komorbider substanzbezogener Störung wächst seit Jahren
- Patienten mit einer DD zeigen Vergleich zu Schizophrenen ohne substanzbezogene Störung
  - höhere Rehospitalisierungsraten
  - schlechteres Ansprechen auf neuroleptische Medikation
  - geringe Compliance
  - höheres Suizidrisiko

*Bechdorf et al 2012: Motivationsbehandlung für Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Nervenarzt 83:888-896*

*Hunt et al. 2018: Prevalence of comorbid substance use in schizophrenic spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. Drug and alcohol dependence 191:234-258*

# Leitlinien

## **S3 Leitlinie: “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen” AWMF-Register Nr. 076-001 aktualisierte Version 2020**

### **Psychische Komorbidität**

- PatientInnen mit komorbiden psychischen Erkrankungen und alkoholbezogenen Störungen sollte eine stationäre Behandlung für beide Störungsbilder angeboten werden (KKP / 100%)
- Bei PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit und einer komorbiden psychischen Störung sollte die Behandlung für die beiden Störungen integriert in einem Setting bzw. durch ein Therapeutenteam erfolgen. Wenn das nicht möglich ist, sollte eine Koordination der Behandlung (z.B. durch Case Management) gewährleistet sein (KKP / 95,8%)

# Leitlinien

## **S3 Leitlinie: “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen” AWMF-Register Nr. 076-001 aktualisierte Form 2020**

### **Psychose**

- Bei PatientInnen mit Alkoholkonsumstörungen und Psychose soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden
- Bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und Psychose sollen neben der Psychose bezogenen Behandlung motivationale Interventionen allein oder in Kombination mit KVT angeboten werden (A / 1a / 100%)
- Bei PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und einer Schizophrenie sollen die Psychotherapie bzw. psychosoziale Behandlung mit einer leitliniengerechten Pharmakotherapie kombiniert werden (KKP / 100%)

# Leitlinien

## **S3 Leitlinie: “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen” AWMF-Register Nr. 076-001 aktualisierte Form 2020**

### **Psychose**

- PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und Schizophrenie sollen leitliniengerecht medikamentös antipsychotisch behandelt werden. Präferentiell sollten Präparate mit möglichst wenig anticholinergen und extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen in dieser Patientengruppe zur Anwendung kommen (A / 1a / 96,6%)
- Bei PatientInnen mit Alkoholkonsumerkrankungen und Psychose sollten die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten für die Suchtkomponente in Kombination mit der antipsychotischen Medikation angeboten werden (KKP / 100%)
- Bei einer komorbiden schizophrenen Psychose sollte unter den medikamentösen Möglichkeiten für die Rückfallprophylaxe der alkoholbezogenen Störung Naltrexon der Vorzug gegeben werden (KKP 100%)

# Leitlinien

## S3-Leitlinie Schizophrenie

### AWMF-Register Nr. 038-009 Stand: 15.03.2019

- (3) Bei akut aufgetretenen psychotischen Syndromen soll eine substanzinduzierte Genese mittels Drogenscreening ausgeschlossen werden (KKP /100%)
- (9) Bei einer Erstmanifestation der Schizophrenie sollen folgende Untersuchungen angeboten werden...Obligat: u.a. Drogenscreening im Urin (KKP / 87%)
- (28) Bei einem unzureichenden Behandlungsansprechen trotz ausreichender Behandlungsdauer sollen .... u.a. der Gebrauch von illegalen Substanzen überprüft werden (KKP / 100%)
- (42) Vor Diagnose einer medikamentösen Behandlungsresistenz soll eine Pseudotherapieresistenz ausgeschlossen werden. Hierbei sollen folgende Merkmale beachtet werden...u.a. Gebrauch von illegalen Substanzen (KKP / 100%)

# Leitlinien

## S3-Leitlinie Schizophrenie

### AWMF-Register Nr. 038-009 Stand: 15.03.2019

- (83) Die Symptome der häufigen komorbiden psychischen Störungen bei Menschen mit einer Schizophrenie sollen aktiv erfragt werden. Bei Vorliegen der diagnostischen Kriterien und ggf. weiterer erforderlicher Abklärungen einer solchen Komorbidität soll eine entsprechende leitliniengerechte Behandlung angeboten werden (KKP / 100%)
- (91) Benzodiazepine und Z-Substanzen sollen aufgrund des Abhängigkeitspotentials nur zeitlich begrenzt zur Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt werden (KKP / 100%)

# Leitlinien

## S3-Leitlinie Schizophrenie

### AWMF-Register Nr. 038-009 Stand: 15.03.2019

- (106) Bei Menschen mit einer Schizophrenie soll gezielt nach Substanz- und Drogenkonsum gefragt und dieser ausführlich exploriert werden. Bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen eines zusätzlichen Substanzgebrauchs sollte, wenn möglich, eine toxikologische Untersuchung erfolgen. Bei Menschen mit einer Schizophrenie und komorbider Substanzstörung sollte ein integrativer Therapieansatz gewählt werden, bei dem in einem Setting und durch dasselbe Therapeutenteam angemessene Interventionen für beide Störungen angeboten werden. Wichtig ist eine konstante Betreuungsperson, die ambulant langfristig verfügbar ist und eine niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit zum Versorgungssystem darstellen (KKP / 100%)

# Leitlinien

## S3-Leitlinie Schizophrenie

### AWMF-Register Nr. 038-009 Stand: 15.03.2019

- (107) Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und komorbider Substanzstörung soll eine antipsychotische Behandlung nach individueller Aufklärung über Nutzen und Risiken angeboten werden. Präferentiell sollen Präparate mit möglichst wenig anticholinergen und extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen in dieser Population zur Anwendung kommen. Gleichwertig sollten substanzspezifische psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen angeboten werden und psychosoziale Interventionen angeboten werden (KKP / 97%)
- (108) Unter Berücksichtigung von Akuität und Besonderheiten der Schizophrenie soll Menschen mit einer komorbiden Tabakabhängigkeit prinzipiell dieselben psychotherapeutischen und medikamentösen leitliniengerechten Prinzipien zur Reduktion oder Stopp des Nikotinkonsums angeboten werden wie Rauchern ohne zusätzliche psychische Störung. (KKP / 97%)

# Leitlinien

## S3-Leitlinie Schizophrenie

### AWMF-Register Nr. 038-009 Stand: 15.03.2019

- Die Empfehlungen zur Komorbidität alkoholbezogener Störungen und Schizophrenie (111, 112, 113,) sind deckungsgleich mit den entsprechenden Empfehlungen in der S3 Leitlinie zu den alkoholbezogenen Störungen
- (114) Bei Menschen mit einer Schizophrenie und Cannabismissbrauch/-abhängigkeit soll eine Reduktion des Konsums oder Abstinenz zur Reduktion des Risikos von Rezidiven, Reduktion des psychotischen Erlebens und Verbesserung des Funktionsniveaus und zur Verbesserung der Medikamentenadhärenz angestrebt werden. (KKP / 90%)
- (135) Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko soll ein Screening angeboten werden auf depressive Störungen und den Konsum psychoaktiver Substanzen (insbesondere auf noradrenerg und dopaminerg wirksame Drogen wie Amphetamine, Cannabis, Kokain)... (KKP / 95%)

# Sucht und Psychose – Psychose und Sucht

## Zwischenfazit

- Suchterkrankungen und andere psychische Störungen treten gehäuft gemeinsam auf
- Gemeinsames Auftreten verschlechtert die Behandlungsergebnisse
- Substanzbezogene Störungen erhöhen bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen das Suizidrisiko
- Substanzbedingte wie komorbide Störung sind gleichermaßen im Behandlungsplan zu berücksichtigen
- Die Behandlungsregeln jeder Störung sollten beachtet werden
- Arzneimittel mit Missbrauchspotenzial sollten vermieden werden
- Die Akuität der Psychose bestimmt das Setting
- Die substanzbezogene Störung bestimmt die Prognose
- Wenn möglich soll die Behandlung integrativ in einem Setting erfolgen

# Henne oder Ei?

## Thesen zur Ätiologie

- Psychose und Sucht treten unabhängig von einander auf (*Statistisch bei der Häufigkeit beider Störungen natürlich möglich*)
- Sucht ist die Folge der Psychose (*These: Selbstmedikation, z.B. Beeinflussung sog. Negativsymptomatik durch aktivierende Drogen wie Amphetaminen oder Nikotin oder Sedierung bei Unruhe mit z.B. Alkohol, Opiaten und Cannabis*)
- Psychose ist die Folge der Sucht (*Überzufällige Korrelation nachgewiesen für Cannabis, Amphetamine, Kokain, Alkohol, fraglich für Psilocybin, LSD. These: durch noradrenerge und dopaminerge drogeninduzierte Effekte kann Psychose abhängig vom individuellen genetischen Risiko ausgelöst werden*)
- Beide Störungen sind Ausdruck einer gemeinsamen Grundstörung (z.B. ältere psychoanalytische Annahmen)

# Differentialdiagnose

## Drogeninduzierte Psychose versus Schizophrenie

- Unterscheidung von substanzinduzierten und unabhängigen Störungen oft schwierig
- Die Psychopathologie unterscheidet sich nicht eindeutig!
- Diagnostik der einzelnen Störung gemäß den Kriterien der ICD 10 oder DSM 5 R
- „Paranoia-Schieben“, also Verfolgungsängste. Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen während der Konsumphase oder diese kurz überdauernd rechtfertigen keine Schizophreniediagnose

**Die Differentialdiagnostik erfolgt nach der Dauer  
und der Auftretungshäufigkeit der Symptome**

# Diagnostische Einordnung in Abhängigkeit von der Symptombdauer

Erstmanifestation mit sehr langer Dauer  
Wiederholte mehrwöchige Symptomatik  
Exazerbation in der Abstinenz:  
**Schizophrene Psychose**

Erstmanifestation, über drei Wochen  
**Drogeninduzierte Psychose, Verdacht schizophrene Psychose**

Bis 3 Wochen:  
**Drogeninduzierte Psychose**

Bis max; 3 Tage:  
**Protrahierte Drogenwirkung**

# Ätiologische Aspekte

- Sowohl bei der Entwicklung von Suchterkrankungen wie bei primären Psychosen (schizophrener Formenkreis) spielen genetische Faktoren eine wichtige Rolle. Varianzerklärung 60-80% für Schizophrenie, ca. 50% für Alkoholabhängigkeit!
- Für die Schizophrenie konnten bislang 120 spezifische Gene identifiziert werden (Trubetskoy et al. 2022)
- Auch für die Alkoholabhängigkeit konnten zahlreiche Kandidatengene identifiziert werden, die in ganz unterschiedlichen Bereichen ihre Wirkung entfalten (Kiefer et al. 2010)
- Epigenetische Phänomene spielen eine erhebliche Rolle

- *Trubetskoy V et al. 2022 Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia. Nature: 604; 502-508*
- *Kiefer F et al 2010: Genetik der Alkoholabhängigkeit. In: Singer et al: Alkohol und Tabak : Thieme, Stuttgart*

# Risikofaktoren Schizophrenie

## Risiko für die Entwicklung eine Schizophrenie

- Genetische Belastung
- Lebensalter (Übergang Jugend-Erwachsenenalter)
- Psychotraumata
- Mangelnde Stressverarbeitung
- Drogenkonsum
- Auch: Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum während der Schwangerschaft (Zammit et al. 2009)

- *Zammit S et al. 2010: Maternal tobacco, cannabis and alcohol use during pregnancy and risk of adolescent psychotic symptoms in offspring. Brit. J. of Psychiatry: 195; 294-300*

# Psychoedukation

## Krankheitslehre

- Diagnose
- Prognose
- Frühwarnzeichen
- Plusssymptomatik
- Minussymptomatik
- Postpsychotische Depression
- Persistierende Symptomatik
- Lebensstil

*Literaturempfehlung: Bäuml J, Pitschl-Walz G (Hrsg): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. 2. erw. Auflage. Stuttgart, Schattauer 2007*

*Siehe auch: DGPE, Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e.V. [www.dgpe.de](http://www.dgpe.de)*

# Psychoedukation

## Krankheitskonzept

- Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell (Zubin & Spring 1977; Nuechterlein 1987)
- Informationsverarbeitung („Filterstörung“) (Ciompi 1985; Suslow & Arolt 1996; Braff & Light 2004)
- Dopamin Hypothese (Van Rossum 1966; Henn 1978)
- Bedeutung psychosozialer Faktoren (Wobrock et al. 2004)
- Risikofaktor Drogenkonsum

- Zubin j & Spring B (1977) *Vulnerability – a new view of schizophrenia. J Abnorm Psycholog* 86; 102-126
- Nuechterlein KH (1987) *Vulnerability models for schizophrenia: State of the art. In: Häfner et al: search for the causes of schizophrenia. Springer Bedrlin, 298-316*
- Ciompi L ( 1985) *Schizophrenie als Störung der Informationsverabeitung. Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie In: Stierlin, H. (Hrsg.) Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-69892-7\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-642-69892-7_6)*
- Suslow T & Arolt V (1996) *Störungen der frühen Informationsverarbeitung und der Vigilanz als Vulnerabilitätsmarker für Schizophrenie. Fortschr Neurol Psychiatr* 64(3); 90-104
- Braff DL & Light GA (2004) *Preattentional and attentional cognitive deficits as targets for treating schizophrenia. Psychopharmacology* 174; 75-85
- Van Rossum JM (1966) *The significance of dopamin-receptor blockade for the mechanism of action of neuroleptic drugs. Arch Int Pharmacodxn Ther* 160(2); 492-294
- Henn FA (1978) *Dopamin and schizophrenia. A theory revisited and revised. Lancet* 11: 293
- Wobrock T et al. (2004) *Schizophrenie. Fortschr Neurol Psychiatr* 72(„); 98-113

# Motivationale Interventionen

## Ziele:

- Krankheitseinsicht für beide Störungen
- Behandlungsbereitschaft für beide Störungen bezüglich
  - integrierter Behandlung
  - psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen
  - psychopharmakologischer Behandlungen

## Technik:

- Motivational Interviewing (Wirksamkeitsnachweis für Patienten mit der DD Psychose und Sucht: z.B. Bechdolf et al. 2012)
- *Bechdolf et al 2012: Motivationsbehandlung für Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Nervenarzt 83:888-896*

# Behandlung

## Zur Erinnerung:

- Die Akuität der Psychose bestimmt das Setting
- Die Suchterkrankung bestimmt die Prognose
- Leitliniengerecht ist eine integrierte Behandlung, in der beide Störungen gleichzeitig adressiert werden, zu bevorzugen

# Behandlung

## Herausforderungen im Sucht-Setting

- Überforderung des mit schweren psychiatrischen Störungen unerfahrenen Personals durch die Dynamik der psychotischen Symptomatik oder das Ausmaß der Minussymptomatik (Dynamische Entleerung nach Janzarik (1959)) oder der postpsychotischen Depression
- Überforderung der Patienten\*innen durch zu hohe zeitliche und inhaltliche Ansprüche durch das Behandlungsteam

## Herausforderungen im psychiatrischen Setting

- Der stützend-fürsorgliche Charakter der psychiatrischen Arbeit läuft bei wiederholtem oder fortgesetzten Konsum leer.
- *Janzarik W (1959) Die dynamische Entleerung. In: Janzarik W: Dynamische Grundkonstellationen in Endogenen Psychosen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie. Vol. 86, Springer, Berlin, Heidelberg, 58-66*

# Behandlung

## Integrierte Behandlung

- Fachärztliche Kompetenz und Mitbehandlung unabdingbar
- Psychopharmakologische Behandlung i.d.R. erforderlich
  - Aufklärung der Patienten\*innen und des nicht psychiatrischen Personals über die Ziele, die gewünschte Wirkung, Nebenwirkungen und anzustrebende Einnahmedauer
  - Akut- und prophylaktische Behandlung (Dauer? Empfehlung: Erstmanifestation Psychose bei Drogenkonsum: 3-6 Mo über Symptombefreiheit hinaus, bei Exacerbationen länger, je nach Ausmaß der Symptomatik und Compliance)

# Behandlung

## Psychotherapeutische Interventionen der Suchtbehandlung

- Abstinenz ist das zu präferierende Behandlungsziel. In der Klientel der DD öfter nicht realistisch zu erreichen.
- Erhöhung der Abstinenzmotivation // Konsummengenreduktion
- Verbesserung der Abstinenzfähigkeit // Punktabstinenz etc.
- Ablehnen können (Verhaltenstrainings, auch z.B.: virtuelle Trainings wie AAT)
- Verbesserung der Selbstwirksamkeit
- Konsumvermeidungs bzw. Rückfallvermeidungsstrategien wie alternative Verhaltensweisen bei Craving

# Behandlung

## Psychotherapeutische Interventionen Psychose

- Verbesserung der Compliance
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Familientherapie / trialogischer Ansatz
- Techniken der Realitätsüberprüfung
- Bei persistierender Symptomatik:
  - an die psychische Leistungsfähigkeit angepasste Belastung. Grenzen akzeptieren lernen!
  - Mit Stimmen leben lernen

## Psychosoziale Interventionen

- Tagesstrukturierende Maßnahmen
- Ambulante Betreuung
- Psychiatrische und suchtherapeutische Nachsorge und Unterstützungsmöglichkeiten

# Behandlung

## Weitere Behandlungsangebote

- Entspannungstherapie (Vorsicht in der Akutphase! Kritisch sind „Reisen ins Innere“, auch Autogenes Training kann problematisch sein, eher PMR)
- Sport (besonders Ausdauersport)
- Kreativtherapie
- Arbeitstherapie