

„Doppeldiagnosen“

Wolfgang Krüger
ASB Faßbacher Hof gGmbH
24.5.2019
Klausurtagung Faßbacher Hof

1989: Sozialpsychiatrie versus Sucht

- Nach Aufnahme der ersten KlientInnen mit Schizophrenien treffen sozialpsychiatrische und suchtherapeutische Denkweisen und – methoden aufeinander.
- Grundannahme: Symptome psychischer Störungen sind funktional und daher potentiell versteh- und einfühlbar; dies trifft in Grenzen auch auf Symptome schizophrener Psychosen zu. Aktuelle Variante: Stimmenhörer-Bewegung.

- Hypothese: Funktionalität und primäre Sinnhaftigkeit sind ebenso bei Substanzkonsum gegeben. Daraus resultiert Abgrenzung eines Suchtkonzeptes nachdem diese primär biologisch determiniert sei.
- Sucht kann nur im bio-psycho-sozialen Gesamtkontext verstanden werden; ein Teilaspekt davon sind andere psychische Störungen.

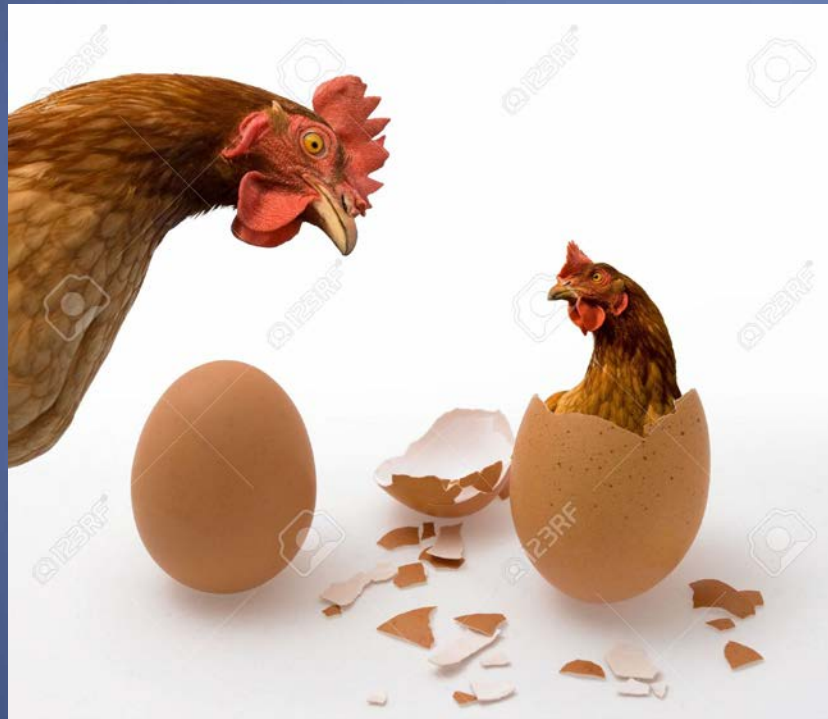
- Angestrebt ist eine Konvergenz sozialpsychiatrischer und suchtspezifischer Denk- und Handlungsansätze und eine Annäherung der therapeutischen Stile, z.B.:
- Eher stützend als konfrontativ
- Eher permissiv als kontrollierend
- Individualisierend, wenig Gruppenzwang.

Hierarchische Klassifizierung versus Komorbidität

- Das System der hierarchischen Klassifizierung bis zur Einführung des ICD10 vernachlässigt tendenziell die Behandlung der als „sekundär“ definierten Störung.
- Verstärkt wird dies durch selektive Wahrnehmungen, die durch das „gespaltene“ Versorgungs- und Behandlungssystem bedingt sind.

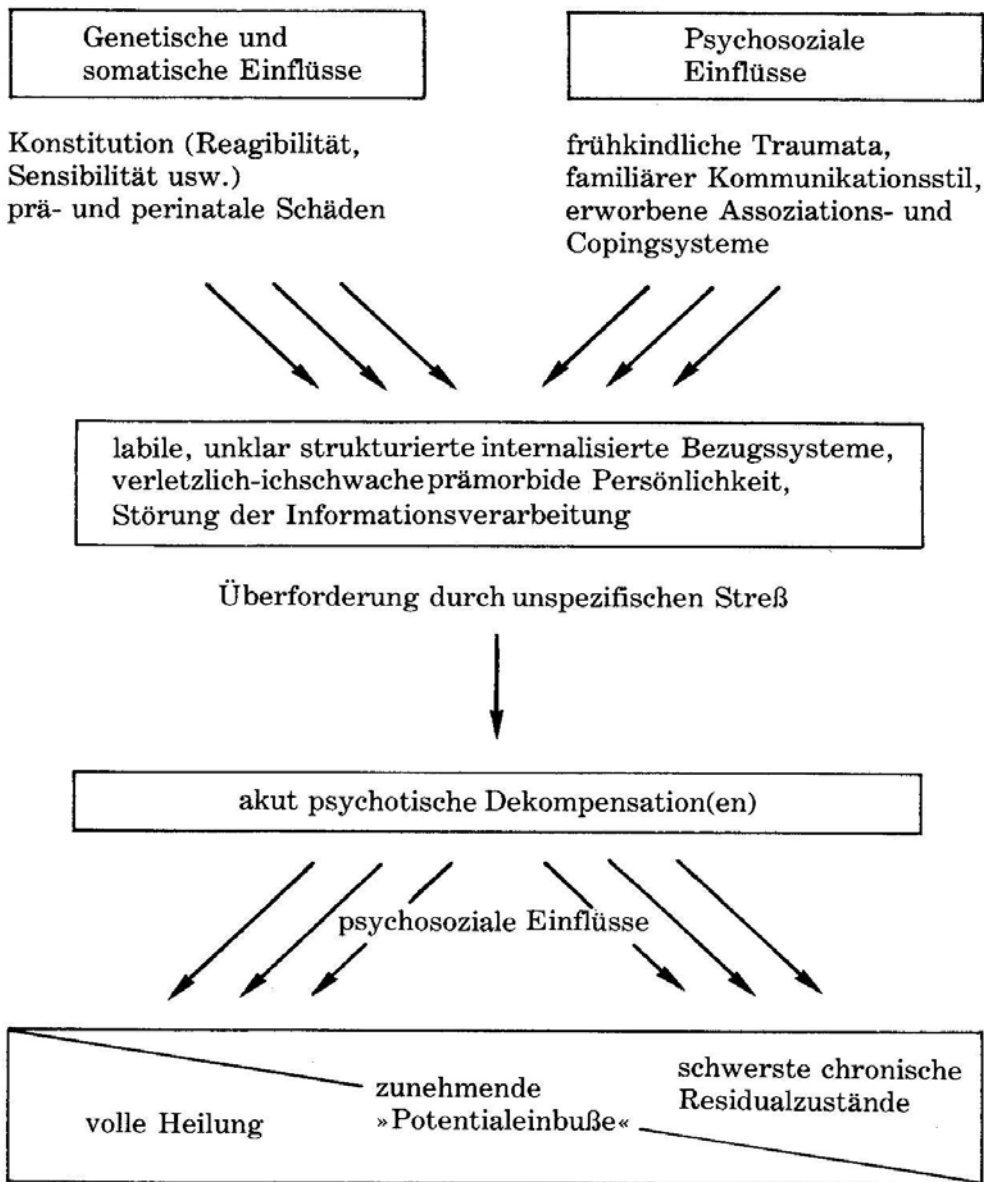
- Die Diagnose von Komorbiditäten öffnet eingeschränkte Sichtweisen, ist aber rein deskriptiv, d. h. sie enthält keine qualitativen Aussagen über die Interdependenzen zwischen verschiedenen Störungen.

Henne und Ei



- ⦿ Die zeitliche Abfolge von „Diagnosen“ ist wenig aussagekräftig.
- ⦿ Dies gilt insbesondere für psychische Erkrankungen mit einem Prodromalstadium.
- ⦿ Phasenmodell der Schizophrenie nach Ciompi:

Synoptische Darstellung der Entwicklung der Schizophrenien in affektlogischer Sicht



Komorbidity: Uni- und bidirektionale Modelle

- Psychische Störung  Substanzstörung
- Psychische Störung  Substanzstörung
- Psychische Störung  Substanzstörung

- Modelle dritter Faktoren

Kritische Betrachtung

- ⊙ Es gibt keine linearen Kausalitäten
- ⊙ Wechselseitige Beeinflussung unterschiedlicher Faktoren (Systemtheorie)
- ⊙ Diagnosen sind empirisch abgesicherte Konstrukte von „Krankheitsentitäten“, aber keine exakten Beschreibungen.
- ⊙ Könnte ein multidirektionales Modell Realität genauer abbilden ?

Symptom

Körper

Hirnfunktionen

Substanz-
einflüsse

Sexualität

Persönliche
Vorstruktur

Traumata

Familien-
system
(heute
und
früher)

Nähere
und
fernere
Beziehungen

Arbeit

Ökosysteme

Dies
und
das

Ausgewählte Ansätze

Folgende Modelle stellen jeweils Partialrealitäten dar:

- ⊙ Modell der Drogeninduktion (z.B. Alkohol- oder Drogenpsychosen)
- ⊙ Modell der Selbstmedikation
- ⊙ Modell der Affektregulation

- Die Modelle Selbstmedikation und Affektregulation sind verwandt, letzteres ist auf die Beeinflussung affektiver Zustände im Rahmen der Störung zentriert.
- Merke: Selbstmedikation schließt Abhängigkeit nicht aus.

Psychose als suchtanaloges Verhalten (E.Wulf).

- ◉ Warum rufen Menschen mit Psychosen häufig mehr oder weniger bewusst akute Symptome hervor?
- ◉ Was kann an der Psychose vergleichbar mit manchen Rauschformen positiv erlebt werden?

Nicht psychotische Störungen und Substanzkonsum

- Die diskutierten Modelle wurden überwiegend am Thema Psychose und Sucht entwickelt.
- Die grundlegenden Mechanismen sind nach heutigem Kenntnisstand ähnlich bei affektiven Störungen (Angststörungen, Depressionen, Manien, bipolaren Störungen)

- ◎ ...und Persönlichkeitsstörungen wie der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung)
- ◎ Eine Sonderstellung scheint die antisoziale Persönlichkeitsstörung zu haben (geringer Selbstmedikationsaspekt)

Ambivalenz von Drogenwirkungen

Alle Substanzen können Störungsbilder und allgemeines Befinde POSITIV UND NEGATIV beeinflussen.

Was wissen wir in diesem Zusammenhang über:

- ⦿ Alkohol
- ⦿ Heroin
- ⦿ Methadon und andere Substitute
- ⦿ Benzodiazepine
- ⦿ Cannabis
- ⦿ LSD und Psilocybin
- ⦿ Kokain
- ⦿ Amphetamine, Stimulanzien
- ⦿ Nikotin

Beispiel Alkohol

Verbesserung von Stimmungen / Vermeidung von Unlustgefühlen	Tendenz zur Eskalation Körperliche und psychische Abhängigkeit
Erleichterung von Kontakt	Enthemmung bei sexuellen und aggressiven Impulsen
Meist geringe Auswirkungen auf psychotische Symptome	Alkoholpsychosen, Alkoholhalluzinose
	Gravierende körperliche Folgen
	Hirnabbau (Alkoholdemenz)
.....

Beispiel Cannabis

Entspannung	Störungen der Hirnentwicklung (nur im Jugendalter)
Stimmungsaufhellung (z.B. bei Negativsymptomatik)	Möglichkeit der Psychoseinduktion
Keine körperliche Abhängigkeit	Evtl. psychische Abhängigkeit
Keine gravierenden somatischen Schäden	
.....

Beispiel Heroin / Opiate

Glücksgefühl	Hohes Abhängigkeitspotential
Keine Psychoseinduktion	Hohes Gesundheitsrisiko bei Mischkonsum und Fehldosierungen (Atemdepression)
Dämpfung psychotischer Akutsymptome	Negativsymptomatik durch dämpfenden Effekt (auch chronisch)
Geringe körperliche Folgen bei safer use	
Keine gravierenden hirnorganischen Schäden	
.....

Beispiel LSD / Psilocybin

Aktivierung von Hirnfunktionen	Psychoseinduktion, u.a. durch Reizüberflutung
Erweiterung von Wahrnehmungen durch Aktivierungen sonst unzugänglicher Bewusstseinsinhalte (Psychotherapie)	Aktivierung negativer (traumatischer) Erfahrungen
Erhöhte Kreativität durch „Neuordnung“ verdrängter Bewusstseinsinhalte	Chronische Halluzinosen
Erhöhte Leistungsfähigkeit bei angemessener Dosierung	Burn Out
.....

Einige therapeutische Schlüsse

Sequentielle versus integrative Behandlung und Betreuung

- Das frühere sequentielle Konzept (erst Abstinenz ermöglicht die Behandlung der psychiatrischen Grundstörung) findet nur noch wenige Unterstützung, da es unrealistisch ist.

Abstinenzparadigma bei Menschen mit Doppeldiagnose?

- ⊙ Essentiell erscheint bei allen Störungen die enge Verknüpfung von Konsum und Affektregulation (Selbstmedikation)
- ⊙ Dies dürfte der tiefere Grund dafür sein, dass bei chronisch Erkrankten eine dauerhafte Abstinenzperspektive nur selten trägt.
- ⊙ Hierfür sprechen auch die tatsächlichen Ergebnisse unserer langfristigen Betreuungsverläufe.

Ziele

- Oberstes Ziel ist die subjektive Lebenszufriedenheit trotz (chronischer) Doppel - oder Mehrfacherkrankungen
- Grundvoraussetzung dafür ist die Linderung der psychiatrischen Symptomatik so weit diese negativ empfunden wird.

Unser subjektiver Zugang

- Substanzfixierte Denkweisen (Abstinenzfixierungen im Personal) können den Zugang zum Klienten erschweren, manchmal unmöglich machen.
- Wir sollten dem Selbstverständnis von Klienten als „nur“ suchtkrank misstrauen und einen Zugang zur psychischen Störung öffnen.

- ⦿ In der Praxis sollte der Focus häufig auf die psychiatrische „Grundstörung“ gelegt werden.
- ⦿ Dann sind auch (graduelle) Veränderungen im Substanzkonsum möglich.

Danke!

