

Sucht und Psychiatrische Komorbidität

Der Begriff psychiatrische Komorbidität im Rahmen einer Suchterkrankung beschreibt das Phänomen, dass PatientInnen sowohl an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, wiewohl diese PatientInnengruppe weitere Störung aus dem Gebiet der psychiatrischen Diagnosen aufzuweisen hat. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema wurde erst Anfang der 90-er Jahre des vorigen Jahrhunderts intensiviert um die Relevanz vom gleichzeitigen Auftreten verschiedener Krankheitsbilder und ihre gegenseitige Verknüpfung genauer zu erforschen.

Bei der Betrachtung von Sucht und psychiatrischer Komorbidität existieren verschiedene ätiologische Krankheitsmodelle, anhand derer versucht wird das Auftreten von mehreren psychiatrischen Störungen zur gleichen Zeit zu erklären:

1. *Das Trigger-Modell:*

Die psychische Störung wird als Folge der Abhängigkeit angesehen, wie es, zum Beispiel, bei einer drogeninduzierten Psychose als Folge eines Cannabis- oder auch Kokainkonsums der Fall sein kann.

2. *Drift-Hypothese:*

Der Substanzgebrauch ist eine Folge der psychischen Störung. PatientInnen versuchen sich durch Substanzmissbrauch selbst zu therapieren („Selbstmedikationshypothese“). Beispiele hierfür sind der hohe RaucherInnenanteil bei SchizophreniepatientInnen, die versuchen durch Nikotinkonsum ihre kognitiven Fähigkeiten zu verbessern (ein, wie in jüngeren Publikationen bestätigt wurde, nur äußerst kurzfristiger Effekt) oder der hohe Prozentsatz von Psychosepatientinnen mit regelmäßigem Cannabisabusus. Hier bleibt natürlich die Frage offen, ob man die Psychose als Folge des Cannabismissbrauchs ansieht (Trigger-Modell) oder ob der Substanzabusus im Rahmen eines Versuchs sich selbst zu therapieren vonstatten geht (Drift-Hypothese).

3. *Dopamin-Hypothese:*

Sowohl der Substanzmissbrauch als auch die psychiatrische Erkrankung sind auf eine genetische Störung zurückzuführen, die zu einem Ungleichgewicht im Dopaminhaushalt führt.

Klassifikation der Störungen

Abhängigkeit wie auch psychiatrische Diagnosen sind in der „International Classification of Diseases“, im ICD-10, der 10-ten überarbeiteten Fassung der WHO-Klassifikation, enthalten, und werden ebenfalls im DSM–IV, dem „Diagnostic Statistical Manual“, vierte Revision, der American Psychiatric Association aufgelistet.

Prävalenzdaten

Es gibt viele publizierte Daten, die belegen, dass gleichzeitiges Vorkommen von Suchterkrankungen und anderen psychiatrischen Diagnosen keine Seltenheit darstellen. So konnte eine Untersuchung, die 1997 von Kessler et al. durchgeführt wurde, aufdecken, dass der Prozentsatz an PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit, die an einer zusätzlichen psychischen Störung leiden, sehr hoch ist. So wurde im Rahmen der Studie evident, dass bei 78,3% der befragten alkoholkranken Männer und bei 85% der befragten alkoholkranken Frauen eine zusätzlich psychiatrische Diagnose gestellt werden kann. Hierbei liegt der Anteil der Alkoholiker, die an einer Angststörung erkrankt sind, bei 35,8% als auch bei 60,7% der Frauen mit Alkoholsucht eine Angststörung festgestellt werden kann. Betrachtet man affektive Störungen, so liegt die Prävalenz der männlichen Befragten mit Alkoholabusus bei 28,1% und die Prävalenz der weiblichen Studienteilnehmerinnen mit gleichzeitigen Alkoholproblemen bei 53,5%.

Diese Ergebnisse zeigen auf, dass beim Vergleich zwischen Männern und Frauen im Bezug auf die Häufung von mehr als einer psychiatrischen Diagnose massive Unterschiede bestehen, und im Rahmen einer individuellen Betreuung dieser PatientInnenpopulation geschlechtsspezifische Behandlungsregime von zentraler Bedeutung sind. Folgende Risikofaktoren sind gehäuft bei der Kombination von 3 oder mehreren Störungen des psychiatrischen Formenkreises zu beobachten:

- Weibliches Geschlecht
- Jüngere Altersgruppe
- Niedriges Einkommen
- Geringer Bildungsstand
- Leben in der Stadt

Im Rahmen der „Seventh European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV-Infection“ in Lissabon im Jahre 1997 der European AIDS Clinical Society zeigten

ForscherInnen auf, dass SchizophreniepatientInnen zu 47% Abhängigkeitserkrankungen aufweisen, 34% die Symptome eines Alkoholabusus zeigen und bis zu 28% von anderen Substanzen abhängig sind; vor allem Nikotinabusus ist im Rahmen einer Schizophrenieerkrankung sehr häufig zu beobachten.

Betrachtet man in weiterer Folge die Opioidabhängigkeit, so ist belegt, dass die Lebenszeitprävalenz einer gleichzeitig vorkommenden komorbiden Störung bei 65% liegt. 37% der PatientInnen, die Opioid-abhängig sind, leiden an einer Persönlichkeitsstörung, 31% haben zeitgleich eine affektive Erkrankung und 32% aller Opioidabhängigen erfüllen die diagnostischen Kriterien einer Angsterkrankung, wobei auch in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden muss, dass opiodsüchtige Frauen in erhöhtem Ausmaß von Angststörungen, Phobien und affektiven Störungen betroffen sind.

Sucht und Depression

Es ist weitgehend bekannt, dass bei manifester Opioidabhängigkeit eine komorbide Depression häufig auftritt. Mehr als 50 % aller Opioidsüchtigen leiden zusätzlich entweder an einer Depressio oder einer Angststörung. Dies kann vor allem nach langjähriger Erhaltungstherapie mit Methadon sowie mit anderen synthetischen Opioiden der Fall sein, aber auch davon unabhängig bzw. vorher auftreten, und sollte in einem individuellen Therapiesetting nicht übersehen werden. Weiters muss in Betracht gezogen werden, dass sich bei schwangeren Frauen, die sich in einer Opioiderhaltungstherapie befinden, nach der Geburt eine postpartale Depression ausbilden kann, die einer speziellen Intervention bedarf, da Schwangerschaft auch für nicht abhängige Frauen eine psychische Belastung darstellen kann und besondere Obacht bei der Behandlung dieser Patientinnenpopulation gelten muss. Hierbei sei hinzugefügt, dass schätzungsweise 50.000 bis 70.000 ÖsterreicherInnen opiodabhängig sind und ungefähr 1/3 davon Frauen im gefährfähigen Alter sind.

Bei der Behandlung der Depression ist zu beachten, dass SSRI (Selektive Serotonin Reuptake Inhibitoren) zu einem Anstieg des Opioidspiegels führen können und somit hierauf besonderes Augenmerk gelenkt werden muss. Außerdem ist wissenschaftlich erwiesen, dass Trizyklische Antidepressiva im weiblichen Organismus langsamer wirken und prämenopausal weniger effektiv sind. Auch Lithium, das im Rahmen einer bipolaren Störung zur Anwendung kommen kann, reichert sich bei Frauen im Blut stärker an und kann dadurch mehr und schwerere Nebenwirkungen verursachen. In diesem Zusammenhang sei auch das

Johanniskraut erwähnt, das häufiger von Frauen eingenommen wird, und dass bei gleichzeitiger Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva („Anti-Baby-Pille“) zu einer verminderten bis aufgehobenen Wirkung der Schwangerschafts-hemmenden Eigenschaften führen kann. Diese Fakten belegen, dass auch in diesem Bereich die geschlechtsspezifische Betrachtung der Krankheits-Phänomene und deren medikamentöse Behandlung von immenser Bedeutung sind.

Allerdings findet man auch bei anderen Suchtformen, sei es bei der Substanz-abhängigen wie auch im Rahmen einer Substanz-unabhängigen Suchterkrankung das gehäufte Auftreten von Depressionen. So zählen sowohl Alkoholabhängigkeit als auch depressive Störungen zu den häufigsten Störung des psychiatrischen Formenkreises der Allgemeinbevölkerung. So weist Kampfhammer in einer Publikation aus dem Jahre 2004 darauf hin, dass das Auftreten von einer der beiden Störungen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der anderen Störung um das 2- bis 3-fache erhöht. Gleichmaßen findet man auch im Rahmen einer Stoff-unabhängigen Suchterkrankung wie beispielsweise Spielsucht, Internetsucht, Arbeitsucht, etc. ein prozentuell erhöhtes Vorkommen von depressiven Störungen. Hierbei spielen sicherlich auch soziale, berufliche, familiäre Probleme, die im Rahmen jeder Sucht auftreten eine gewichtige Rolle. Insgesamt ist zu festzustellen, dass Depression bis hin zu gesteigerter Suizidalität bei Abhängigkeitserkrankungen zu den häufigsten komorbiden Störungen zählen.

Sucht und Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen, wie narzisstische, histrionische, zwanghafte, Borderline-, selbstunsichere und abhängige Persönlichkeitsprofile, sind ebenfalls sehr häufig mit Suchterkrankungen assoziiert; so nimmt man an, dass bis zu 40% aller SuchtpatientInnen eine Persönlichkeitsstörung aufweisen, wobei eine Theorie besagt, dass das Auftreten von pathologischen Persönlichkeitsmerkmalen zu einer Störung von intrapsychischen und interaktiven Funktionen führen kann, der/die Betroffene oftmals an Schwierigkeiten mit seiner/ihre Umwelt leidet, wie auch diese Symptome häufig in eine Suchtproblematik umschlagen. Typisch für diese PatientInnenpopulation sind häufige Therapieabbrüche, eine belastete therapeutische Beziehung, die zwischen Bewunderung und Ablehnung für den/die BetreuerIn wechselt, als auch Probleme mit MitpatientInnen wie auch mit dem Behandlungsteam ebenfalls keine Seltenheit darstellen. Insgesamt gesehen, haben

suchtkranke PatientInnen, die eine komorbide pathologische Persönlichkeitsstruktur aufweisen, eine eher ungünstige Krankheitsprognose. Verhaltenstherapeutische Behandlungsregime sowie das Training und die Förderung von sozialen Kompetenzen sowie Fähigkeiten im Erlebnis- und im Verhaltensbereich im Rahmen einer Einzel- oder Gruppentherapie stellen geeignete Behandlungssettings zur Therapie der Persönlichkeitsstörung dar.

Sucht und Schizophrenie

Schätzungen zufolge leiden ungefähr 10 bis 40 Prozent aller PatientInnen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, gleichzeitig an einer Suchterkrankung. Hierbei handelt es sich Statistiken zufolge hauptsächlich um jüngere Männer aus unteren sozialen Schichten. Vorsicht ist geboten bei der Diagnosestellung, da eine primäre Psychose von einer psychotischen Symptomatik, die durch einen psychotropen Stoff hervorgerufen wird, abgegrenzt werden muss. So kann eine primäre Schizophrenie durch Einnahme von bestimmten Stoffen getriggert werden, indem die endogene Psychose demaskiert wird, und der weitere Verlauf der Erkrankung unabhängig vom weiteren Drogenkonsum ist. Im Gegensatz dazu ist die „klassische Drogenpsychose“ an die Einnahme von psychotropen Stoffen gebunden, wobei die Symptomatik nach Abklingen der Substanzwirkungen ebenfalls abnimmt.

Die Ursache für das gehäufte Vorkommen von Schizophrenie und Suchterkrankung liegt einerseits daran, dass es im Rahmen einer Selbstmedikation zur Entwicklung einer Abhängigkeit kommen kann, da die Betroffenen versuchen psychotische Symptome durch Einnahme von Substanzen wie beispielsweise Alkohol, Nikotin und/oder Cannabis zu dämpfen, wiewohl auch ein gesellschaftlicher Abstieg aufgrund der psychiatrischen Diagnose mit damit verbundener möglicher sozialer Isolation, beruflicher Problematik sowie dadurch bedingte finanzielle Nöte die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit fördern können. Auch wird häufig versucht durch Einnahme von psychogenen Stoffen die Nebenwirkungen von verschriebenen Neuroleptika zu reduzieren.

Der enge kausale Zusammenhang zwischen dem gleichzeitigen Auftreten der Schizophrenie und einer Suchterkrankung lässt sich durch die Bedeutung, die das dopaminerge System für beide Erkrankungen spielt, erklären. Diese Erkenntnisse sind auch für die Festsetzung von

Therapieregimen von Bedeutung, da durch Blockade von Dopaminrezeptoren nach Einnahme von Neuroleptika einerseits unangenehme extrapyramidale Nebenwirkungen hervorgerufen werden können, andererseits durch psychogenen Substanzen vermittelte als angenehm empfundene Belohnungseffekte abgeschwächt werden, was zu einer geringeren Compliance der Betroffenen bis hin zur Nicht-Einnahme von verschriebenen Medikamenten führen kann. Aufgrund dieser Fakten werden als Mittel der ersten Wahl bei dieser PatientInnengruppe vor allem nebenwirkungsarme atypische Neuroleptika zum Einsatz gebracht. Allerdings sei auch hier erwähnt, dass zufrieden stellende Therapieerfolge nur im Rahmen einer diversifizierten, individuellen Langzeitbehandlung erzielt werden können, die pharmako-, psycho- sowie sozialtherapeutische Anteile enthalten.

Sucht und Angststörung

Alkohol als auch Beruhigungsmittel wie Benzodiazepine oder Barbiturate werden oftmals von AngstpatientInnen eingenommen um Angstgefühle zu unterdrücken und um sich zu entspannen. Angststörungen können verschiedene Ausprägungen aufweisen, so unterscheidet man bei der Diagnosestellungen die generalisierte Angststörung, die für den/die Patienten/in jederzeit als gegenwärtig empfunden wird und im Rahmen derer PatientInnen ständig ängstlich sind, von einer Panikattacke, die überfallsartig, „aus heiterem Himmel“ den/die Betroffenen/e befällt und meist nach einigen Minuten bis einer halben Stunde genauso schnell wieder abklingt. Auch phobische Reaktionen gehören zu diesem Krankheitsbild; hierbei ist z.B.: die Angst vor Spinnen oder Insekten sowie vor Schlangen sehr verbreitet. All diese Ausprägungen einer Angststörung können dazu führen, dass die Betroffenen sich sehnlich wünschen diese negativen Angstgefühle endlich nicht mehr verspüren, was in manchen Fällen zum Missbrauch von Sedativa führen kann. Das Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen beispielsweise ist beträchtlich, und bei regelmäßiger Einnahme kann sich schnell eine Medikamentensucht entwickeln. Auch Alkoholabusus ist bei dieser Form der psychiatrischen Störung häufig anzutreffen, da die dämpfenden Komponenten von Ethanol ebenfalls zu einem Abklingen der Angst-Symptomatik führen können. Aufgrund dieser Tatsachen ist die Rate von komorbiden Angststörungen bei SuchtpatientInnen recht hoch und die spezifische Behandlung, die ein langsames Ausschleichen der Beruhigungsmittel sowie ein psychotherapeutische Interventionen zur Besserung der Angststörung beinhaltet, ist von immenser Bedeutung.

Implikationen für die Therapie

Die Behandlung von AbhängigkeitspatientInnen ist durch das Vorhandensein einer komorbiden Erkrankung erschwert, da man bei dieser Gruppe von Kranken spezielle Aspekte in der Therapie beachten muss. So werden PatientInnen, bei denen sowohl eine Abhängigkeit als auch eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen zu finden sind, oftmals durch das Setting der Therapie überfordert. Sie werden deshalb auch des Öfteren als „ProblempatientInnen“ bezeichnet, da sie durch Unzuverlässigkeit, häufige Therapieabbrüche und Probleme bei der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld auffallen. Oftmals werden Verhaltensauffälligkeiten von TherapeutInnen fehlgedeutet, im Sinne einer bewussten Verweigerung der Behandlung durch den Patienten/die Patientin.

So kann man bei einer gleichzeitig vorkommenden depressiven Störung häufig eine allgemeine Verlangsamung des Patienten/der Patientin finden, im Sinne einer gedanklichen und motorischen Hemmung. Dies muss in weiterer Folge natürlich in der Behandlung berücksichtigt werden, da Medikationspläne und das weitere Vorgehen bezüglich der Therapie in manchen Fällen nicht aufgrund von bewussten Entscheidungen des Patienten/ der Patientin boykottiert werden, sondern im Rahmen der psychiatrischen Gesamtsituation zu beurteilen sind. Auch eine Persönlichkeitsstörung birgt Schwierigkeiten im Umgang mit der betroffenen Person, da diese spezielle PatientInnengruppe ebenfalls, bedingt durch diese komorbide Störung, Probleme mit der Einhaltung von Regeln hat, und die Tendenz zum Kontrollverlust besteht. Bei Psychoseerkrankten stehen oftmals eine wahnhafte Erlebnisverarbeitung und eine autistische Neigung im Gegensatz zur Einhaltung von Behandlungsregeln. Bei PatientInnen mit hirngorganischer Schädigung, die beispielsweise die Folge eines jahrelangen Substanzabusus von Benzodiazepinen sein kann, kommt es aufgrund der medikamentösen Schädigung zu einem Intelligenzmangel sowie eine affektive Labilität häufig zu beobachten ist. All diese Aspekte machen deutlich, dass dieses PatientInnenkollektiv einer besonders intensiven, umfassenden und vor allem individuellen Behandlung bedarf, damit es in allen Erkrankungsbereichen zu einer Besserung kommen kann.

Je nachdem ob die psychiatrische Störung als Grunderkrankung oder als Folgeerkrankung der Abhängigkeit angesehen wird, gilt es als erstes die primäre Störung zu therapieren, wobei vor allem konfrontative Behandlungssettings unbedingt zu vermeiden sind. Bei der pharmakologischen Therapie ist unbedingt darauf zu achten, dass Nebenwirkungen so weit

wie möglich vermieden werden, da diese PatientInnengruppe ein eher geringes Toleranzpotential bezüglich unerwünschter Medikamenteneffekte besitzt, sowie beispielsweise bei einer Opioid-Erhaltungstherapie keine Entzugssymptome auftreten sollten um einem möglichen Rückfall so weit wie möglich vorzubeugen.

Bei der Behandlung von SuchtpatientInnen mit gleichzeitig vorkommenden psychiatrischen Störungen haben sich psychotherapeutischen Settings als sehr vorteilhaft erwiesen. So scheinen Motivationsförderung, Verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlungen sowie systemische Therapieansätze vorteilhafte Auswirkungen auf den Behandlung-Outcome zu besitzen.

Literatur:

1. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 313–21.
2. Veldkamp AI, Hoetelmans RMW, Beijnen JH, et al. High exposure to nevirapine is associated with a higher initial HIV-1 clearance rate, a higher likelihood to reach undetectability and prolonged suppression of HIV-1 replication [abstract 239]. In: Program and abstracts of the Seventh European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV-Infection (Lisbon). Belgium: European AIDS Clinical Society (EACS), 1999
3. Kampfhammer HP. Alkohol und Depression in der Konsultation-Liaison-Psychiatrie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 2004; 5(3):30-36