

Substanzmissbrauch bei Patienten mit Schizophrenie



Mag. Bernadette Winklbaaur (Bild), Mag. Julia Hödlmoser,
Ao. Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer (Bild)

Komorbider Substanzmissbrauch stellt bei Patienten mit Schizophrenien insofern ein erhöhtes Risiko dar, als es während der Intoxikation zu einer Beeinträchtigung kognitiver Funktionen, einer Verschlechterung der psychotischen Symptomatik insgesamt sowie zu einer erhöhten Frequenz an stationären Aufenthalten kommen kann (Winklbaaur et al., 2006). Oft erhalten Patienten mit Doppeldiagnosen jedoch keine adäquate Behandlung, da die Therapie häufig in getrennten Einrichtungen stattfindet und das Personal unzureichend geschult ist.

Einige Follow-up-Studien zeigen, dass nur wenige Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung eine stabile Remission des Substanzmissbrauchs erlangen (Drake et al., 1996).

Epidemiologie

Verschiedene Studien fanden bei 10–70% der schizophrenen Patienten einen komorbiden Substanzmissbrauch (Dixon et al., 1999). Diese Bandbreite an Prävalenzraten lässt sich durch unterschiedliche Diagnosenstellungen der Schizophrenie, die verschiedenen untersuchten Populationen und durch die unterschiedlichen Definitionen von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit erklären. Insgesamt zeigen jedoch immer mehr Studien eine hohe Komorbidität von Substanzmissbrauch bei schizophrenen Patienten. Bis zu 50% der schizophrenen Patienten weisen zusätzlich einen Substanzmissbrauch von illegalen Substanzen oder Alkohol auf, mehr als 70% sind nikotinabhängig (Brady et al., 2005).

In der Epidemiologic-Catchment-Area-Studie (ECA) wurden 20.291 Personen in Institutionen mit Hilfe des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)“ untersucht. Bei 47% der schizophrenen Patienten fand sich zusätzlicher Substanzmissbrauch. Im Vergleich zu Gesunden wiesen schizophrene Patienten dreimal so häufig einen Alkoholmissbrauch und sechsmal so häufig einen Missbrauch anderer Substanzen auf (Regier et al., 1990).

Patienten mit einer Doppeldiagnose sind vorwiegend Männer, sind jünger, weisen einen frühen Beginn der Erkrankung auf, sowie mehr extrapyramidale, positive und depressive Symptome, weniger negative Symptome. Darüber hinaus zeigt sich in dieser Patientengruppe eine geringere Lebensqualität, ein geringeres Bildungsniveau, häufiges aggressives Verhalten, mehr Polizeikontakte, eine erhöhte Suizidalität und insgesamt weniger Compliance bei der Behandlung (Dubertret et al., 2006; Shoval et al., 2007; Thoma et al., 2007). Substanzmissbrauch bei Frauen mit Schizophrenie wird hingegen häufig übersehen, sodass diese oft keine adäquate Behandlung erhalten.

Ursachen für einen erhöhten Substanzkonsum bei schizophrenen Patienten

In den letzten Jahrzehnten gab es viele kontroverse Diskussionen über den Zusammenhang zwischen schizophrener Erkrankung und Substanzmissbrauch, die sich mit der genetischen Vulnerabili-

tät, Nebenwirkungen der Medikation und psychosozialen Faktoren befassen. Die am weitesten verbreitete Hypothese ist jedoch jene der Selbstmedikation. Sie besagt, dass Substanzmissbrauch der Selbstmedikation dient, um Negativsymptomen wie sozialem Entzug, Apathie, Dysphorie und Schlafstörungen sowie den Nebenwirkungen von (klassischen) Antipsychotika entgegenzuwirken. Substanzkonsum führt jedoch auch vermehrt zu Positivsymptomen wie z.B. auditiven Halluzinationen und paranoiden Gedanken bei Alkoholkonsum.

Darüber hinaus tragen verschiedene genetische und Umweltfaktoren zur Entwicklung einer Psychose wie auch einer Suchterkrankung bei. Dabei handelt es sich z.B. um familiäre und soziale Einflüsse, frühe Traumata oder Beeinträchtigungen im Bereich des Frontallappens. Vor allem chronischer Stress spielt eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung von Schizophrenie und Substanzmissbrauch. Epidemiologische Studien zeigen, dass sowohl die erste psychotische Episode als auch der Substanzkonsum und die Entwicklung einer Abhängigkeit in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter auftreten (van Nimwegen et al., 2005).

Aus neurobiologischer Sicht wird der Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen insofern diskutiert, als Schizophrenie einerseits als Folge von neurobiologischen Funktionsstörungen zu sehen ist, andererseits häufiger Substanzkonsum zu biologischen Veränderungen im Gehirn führt. Verschiedene

Neurotransmitter, wie Glutamat und Dopamin, beeinflussen den Beginn und Verlauf von Psychose und Suchterkrankung.

Häufig konsumierte Substanzen

Nikotin, Cannabis und Alkohol gefolgt von Kokain und Halluzinogenen sind jene Substanzen, die von schizophrenen Patienten am häufigsten konsumiert werden (Margolese et al., 2006).

Übereinstimmend zeigen die meisten Studien, dass Patienten mit einer Doppeldiagnose mehr Positivsymptome und weniger Negativsymptome aufweisen (Talamo et al., 2006). Auf Patienten mit Alkoholmissbrauch scheint dies jedoch nicht zuzutreffen (Potvin et al., 2006). Schizophrene Patienten bevorzugen Substanzen, die Negativsymptomen entgegenwirken wie Cannabis, Kokain, Amphetamine und Halluzinogene (Talamo et al., 2006; Shoval et al., 2007). Alkohol wird häufig konsumiert aufgrund der leichteren Zugänglichkeit (Shoval et al., 2007).

Nikotin interagiert mit den dopaminergen und glutamatergen Nervenbahnen im mesolimbischen System, die auch bei Schizophrenie eine Rolle spielen. Einer Studie von Goff et al. (1992) zufolge sind Raucher eher Männer, jünger bei Erstmanifestation einer Psychose, weisen häufiger frühere stationäre Aufenthalte auf und bekommen höhere Dosierungen von Neuroleptika. Weiser et al.

(2004) untersuchten 14.000 Jugendliche über einen Zeitraum von 4–16 Jahren. Bei Jugendlichen die mehr als zehn Zigaretten pro Tag rauchten, zeigte sich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit an Schizophrenie zu erkranken.

Schizophrene Patienten geben Beruhigung (Angstreduktion), Abhängigkeit und Geselligkeit als Gründe für den Nikotinkonsum an (Gurpegui et al., 2007).

In den letzten Jahren gab es zahlreiche Diskussionen über Cannabiskonsum als mögliche Ursache für die Entwicklung einer schizophrenen Erkrankung. Zahlreiche aktuelle Studien haben einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und einem erhöhten Risiko, eine Psychose oder psychotische Symptome zu entwickeln, gefunden (Andreasson et al., 1988; Di Forti et al., 2007; Pollack et al., 2007).

Nach Arsenault et al. (2004) verdoppelt Cannabiskonsum in der Jugend das Risiko im Erwachsenenalter an Schizophrenie zu erkranken. Je früher der Beginn des Cannabiskonsums desto höher scheint die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer psychotischen Symptomatik bei Personen mit erhöhter Vulnerabilität. In den letzten Jahren gab es ein immer besseres Verständnis für die Funktion der Cannabisrezeptoren im Gehirn und deren Zusammenhang mit einer psychotischen Symptomatik.

Insgesamt scheint Cannabiskonsum keine Ursache für die Entwicklung einer Schizophrenie zu sein, die Mehrheit der jugendlichen Cannabiskonsumanten entwickelt keine Schizophrenie. Einige Studien zeigen jedoch, dass Cannabiskonsum das Risiko einer Schizophrenie bei vulnerablen Personen erhöht (Arsenault et al., 2004; Smit et al., 2004).

Komorbider Kokainmissbrauch bei Schizophrenen stellt insofern ein großes Problem dar, als jene Patienten ein erhöhtes Suizidrisiko sowie weniger Compliance bei der Behandlung aufweisen und insgesamt häufiger stationär behandelt werden als Patienten ohne zusätzlichen Kokainkonsum (Sayers, 2005). Dopaminabhängige Mechanismen im Gehirn spielen sowohl eine Rolle bei Schizophrenie als auch bei Kokainmissbrauch. Kokain produziert vermehrt synaptisches Dopamin und verursacht somit eine Blockade der präsynaptischen Dopaminwiederaufnahme. Nach der Selbstmedikationshypothese konsumieren

schizophrene Patienten Kokain um negativen Symptomen, Depression und extrapyramidale Nebenwirkungen der antipsychotischen Medikamente entgegenzuwirken.

Behandlungsziele

Da Schizophrenie und Substanzmissbrauch häufig gemeinsam auftreten, ist der heutige Behandlungsansatz der Wahl ein integrativer.

Aktuelle Studien untersuchen psychologische, kognitiv behaviorale Interventionsformen wie Familientherapie, Fertigkeitentraining, Kognitive Therapien und das Üben von Ablehnung der Substanzen. (Graham et al., 1998; Kavanagh et al., 2004; Tiet et al., 2007) Interventionsformen, die einerseits auf die Stabilisierung der psychotischen Symptomatik abzielen, andererseits den Substanzmissbrauch verändern und die das Erlernen von sozialen Fertigkeiten und den Umgang mit den eigenen Emotionen unterstützen, haben sich als effektiv erwiesen.

Antipsychotische Medikamente der zweiten Generation, wie Risperidon, Clozapin und Olanzapin wurden eingeführt und haben sich als mindestens so wirksam wie die typischen Antipsychotika erwiesen. Atypische Neuroleptika verursachen darüber hinaus weniger extrapyramidale Nebenwirkungen und weisen insgesamt ein geringeres Risiko von tardiven Dyskinesien auf (Casey, 1999; Falkai et al., 2005).

Clozapin wurde bei komorbidem Substanzmissbrauch am häufigsten untersucht und hat sich als gleich wirksam bei behandlungsresistenten Patienten mit und ohne Substanzkonsum erwiesen (Harvey et al., 2004; Green et al., 2007). Patienten, die mit atypischen Neuroleptika behandelt werden, zeigen auch bessere neurokognitive Leistungen. Dies ist insofern von Bedeutung, als kognitive Fertigkeiten für die Planung von Strategien im Umgang mit Substanzmissbrauch von Bedeutung sind.

Insgesamt scheinen atypische Neuroleptika den Substanzmissbrauch bei schizophrenen Patienten zu verringern, es existieren jedoch bisher wenige randomisierte Kontrollgruppenstudien (Brady et al., 2005). Da die neuen Antipsychotika der zweiten Generation auch Nebenwirkungen verursachen können, ist es wichtig, wie z.B. Dysphorie und Anhedonie verursachen können, ist es wichtig, auch



die subjektiven Erfahrungen der Patienten bei der Optimierung der neuroleptischen Medikation miteinzubeziehen.

Zur Reduktion des Drogenverlangens (Craving) können bei kokainabhängigen Patienten mit Schizophrenie auch trizyklische Antidepressiva wie z.B. Desipramin oder Imipramin zusätzlich zur neuroleptischen Erhaltungstherapie eingesetzt werden (Wobrock et al., 2007).

Conclusio

Obwohl schizophrene Patienten häufig eine komorbide Suchterkrankung aufweisen, fehlen derzeit noch immer adäquate Interventionen. Patienten mit Doppeldiagnose haben spezifische Probleme, die einer speziellen Behandlung bedürfen, die wiederum die Compliance der Patienten erhöhen würde. Viele Einrichtungen haben jedoch noch wenige Erfahrungen mit der Doppeldiagnose, sodass in Suchtkliniken, die Behandlung der Schizophrenie vernachlässigt wird, und in Psychiatrischen Kliniken die Behandlung des Substanzmissbrauchs.

Patienten mit einer Schizophrenie sind einem rein suchtzentrierten Setting mit eher konfrontativem Interaktionsstil, hoher Eigenverantwortlichkeit und der beständigen Selbstmotivation besonders bei bestehenden kognitiven Defiziten oft überfordert (Wobrock et al., 2007). Diese inadäquate Behandlung bringt schlechtere Ergebnisse und höhere Kosten.

Bei schizophrenen Patienten sollte zu Beginn der Behandlung immer ein möglicherweise bestehender Substanzkonsum exploriert werden sowie in weiterer Folge eine toxikologische Untersuchung erfolgen.

Die Kombination von psychosozialer Betreuung und medikamentöser Behandlung hat sich als sehr wirksam erwiesen. Dabei werden immer häufiger neue atypische Neu-

roleptika eingesetzt. Sie haben weniger extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen und die Patienten zeigen eine Reduktion des Substanzkonsums und eine Verbesserung der klinischen v.a. der Negativsymptomatik.

Insgesamt trägt eine adäquate Diagnostik komorbider Erkrankungen sowie eine Sensibilisierung für die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe zu verbesserten therapeutischen Interventionen bei. Weitere Studien sind jedoch notwendig um eine optimale psychologische sowie medikamentöse Therapie für

schizophrene Patienten mit komorbidem Substanzmissbrauch zu etablieren.

Literatur bei der Verfasserin

*Mag. Bernadette Winklbaaur,
Mag. Julia Hödlmoser,
Ao. Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer
Univ.-Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien
Tel.: 01/40 400-35 47
bernadette.winklbaaur@meduniwien.ac.at
www.sucht-addiction.info*