

Lindenhoftagung 2010

Samstag, den 16.01.2010

„Doppeldiagnosen“

Dr. med. Ulrich Kemper

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Ulrich.Kemper@wkp-lwl.org

Was heißt „Doppeldiagnosen“?

Doppeldiagnose:

Gleichzeitiges Vorliegen von zwei Krankheiten

entweder

einer körperlichen und einer psychischen Erkrankung oder
zwei psychischen Erkrankungen

Patienten leiden neben psychischen
Erkrankungen an:

somatischen Erkrankungen

psychischen Störungen

familiären, sozialen, beruflichen und
wirtschaftlichen Problemen

Seit den 90er Jahren
und Sucht Doppeldiagnose = Psychose

„Alte“ Diagnostik bis 1987:

Nur die tiefer liegende Erkrankung wird
diagnostiziert
(Schichten-Modell nach Karl Jaspers)

Seit 1987 (Einführung ICD 10)

Komorbiditätsprinzip:

Alle psychiatrischen Diagnosen werden erfasst,
ggf. unabhängig von der Krankheitsursache.

Um welche psychischen Erkrankungen geht es ?

Life-Time-Prävalenz von psychischen Störungen bei Patientinnen und Patienten mit Substanzmissbrauch/-abhängigkeit

	Affektive Störung	Angststörung	Schizophrenie	Antisoz. Pers.störung
Allgemeinbevölkerung	8,3%	14,6%	1,5%	2,6%
Pat. mit Alkoholismus	13,4%	19,4%	3,8%	14,3%
Pat. mit Drogensucht	26,4%	28,3%	6,8%	17,8%

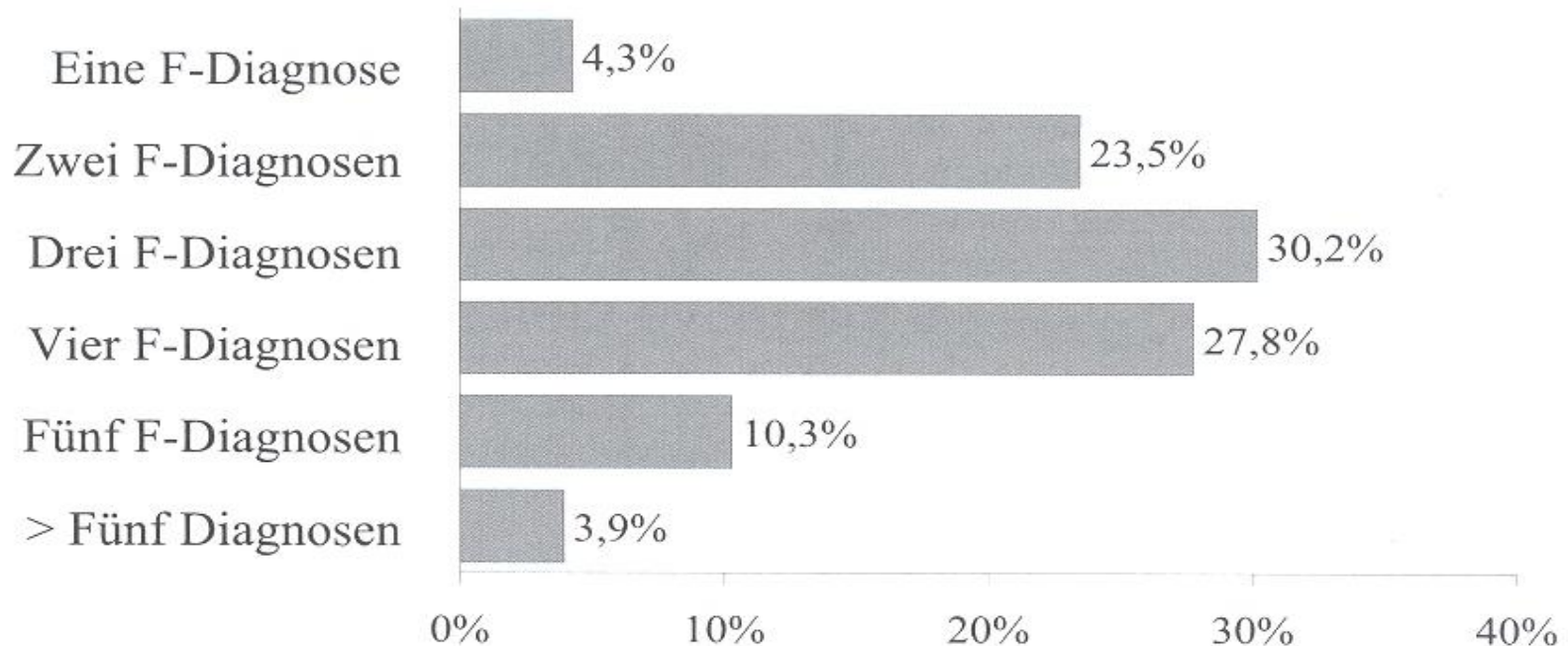
Häufigkeit während des Lebens einen Substanz-
missbrauch oder eine -abhängigkeit zu entwickeln in der

Allgemeinbevölkerung 17%

Häufigkeit während des Lebens einen Substanzmissbrauch oder eine –abhängigkeit zu entwickeln bei den Diagnosen:

- Dysthymia 31%
- Bipolarer Störung
48 - 61%
- Panikstörung 36%
- Schizophrenie 47%
- Major Depression 27%
- Angststörungen 24%
- Zwangsstörung 33%
- Antisozialer Persönlichkeitsstörung 84%

Häufigkeit von psychiatrischen Mehrfachdiagnosen in der Suchtreaklinik in Münchwies



Quelle: Entlassungsdiagnosen 2008 von N=702 Patienten der Abhängigkeitsabteilung

Erklärungsmodelle für Komorbidität

1. Modelle der durch den Suchtmittelkonsum (mit-) verursachten psychischen Störung
2. Modelle der sekundären Suchtentwicklung (Risikofallmodelle)
3. Bidirektionale und komplexe Modelle (interaktionale Modelle)
4. Modelle der gemeinsamen Ursachen bzw. prädisponierenden Faktoren (Spektrumsmodelle)

Modelle der sek. verursachten psychischen Störung

akut toxisch: Delir, psychotischer Rausch; organisch bedingte affektive Störung
(exogene psychotische Episoden)

konsumbegleitend: Dysphorie und Depressivität
(pharmakogen-metabolisch, aber auch reaktiv aufgrund sozialer Folgen)

chron. toxisch: Persönlichkeits-, Verhaltens- u. anhaltende kognitive Störungen
amnest. Syndrom (z. B. Korsakow-Syndrom) –
Demenz

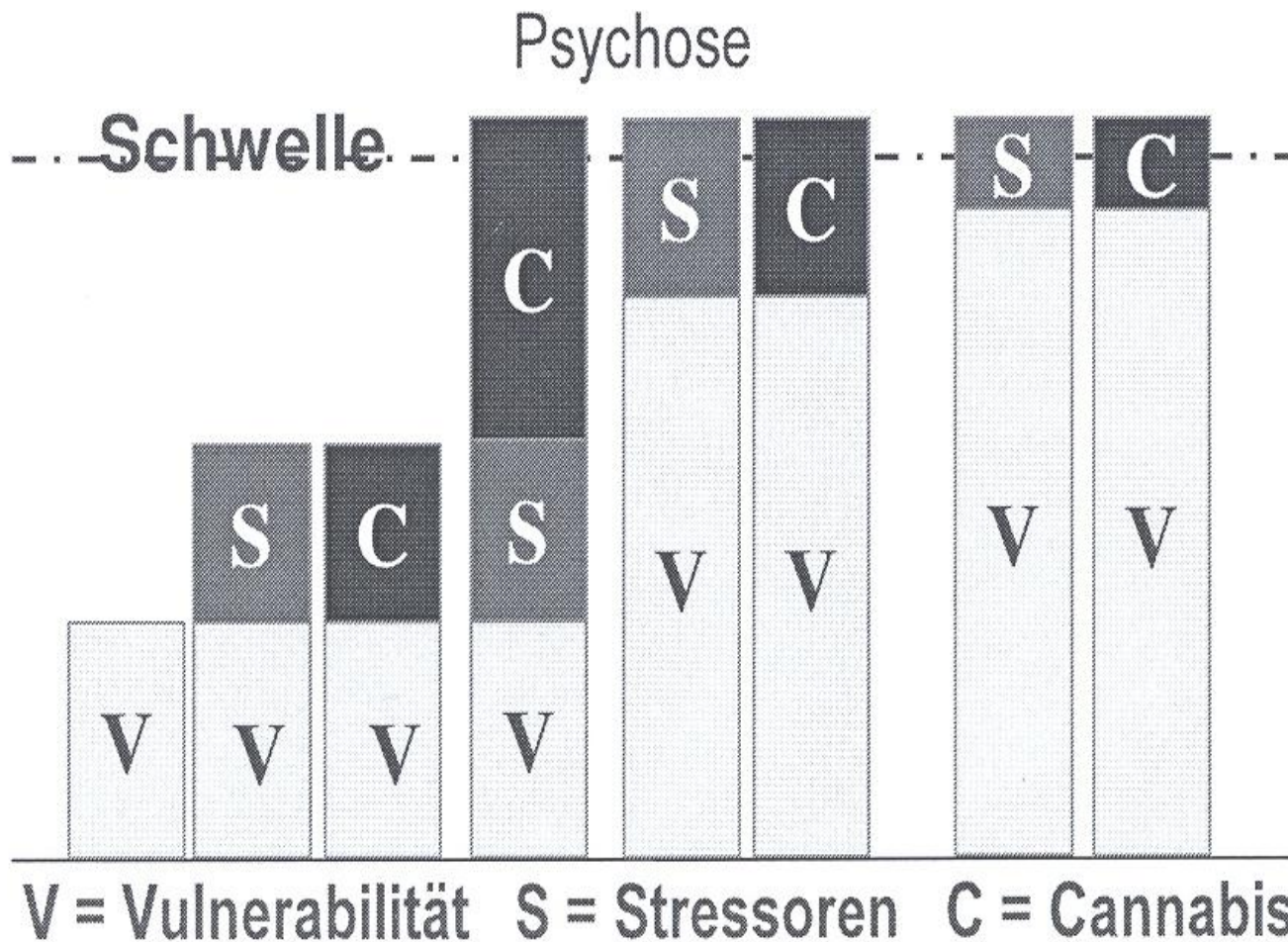
entzugsbedingt: akutes und protrahiertes Entzugssyndrom/
Abstinenzkrisen mit Depressivität, Angst- und
Panikstörungen, Schmerzsyndromen,
Flashbacks

als Konsumfolge: psychotische Störungen (suchtmittelinduziert):

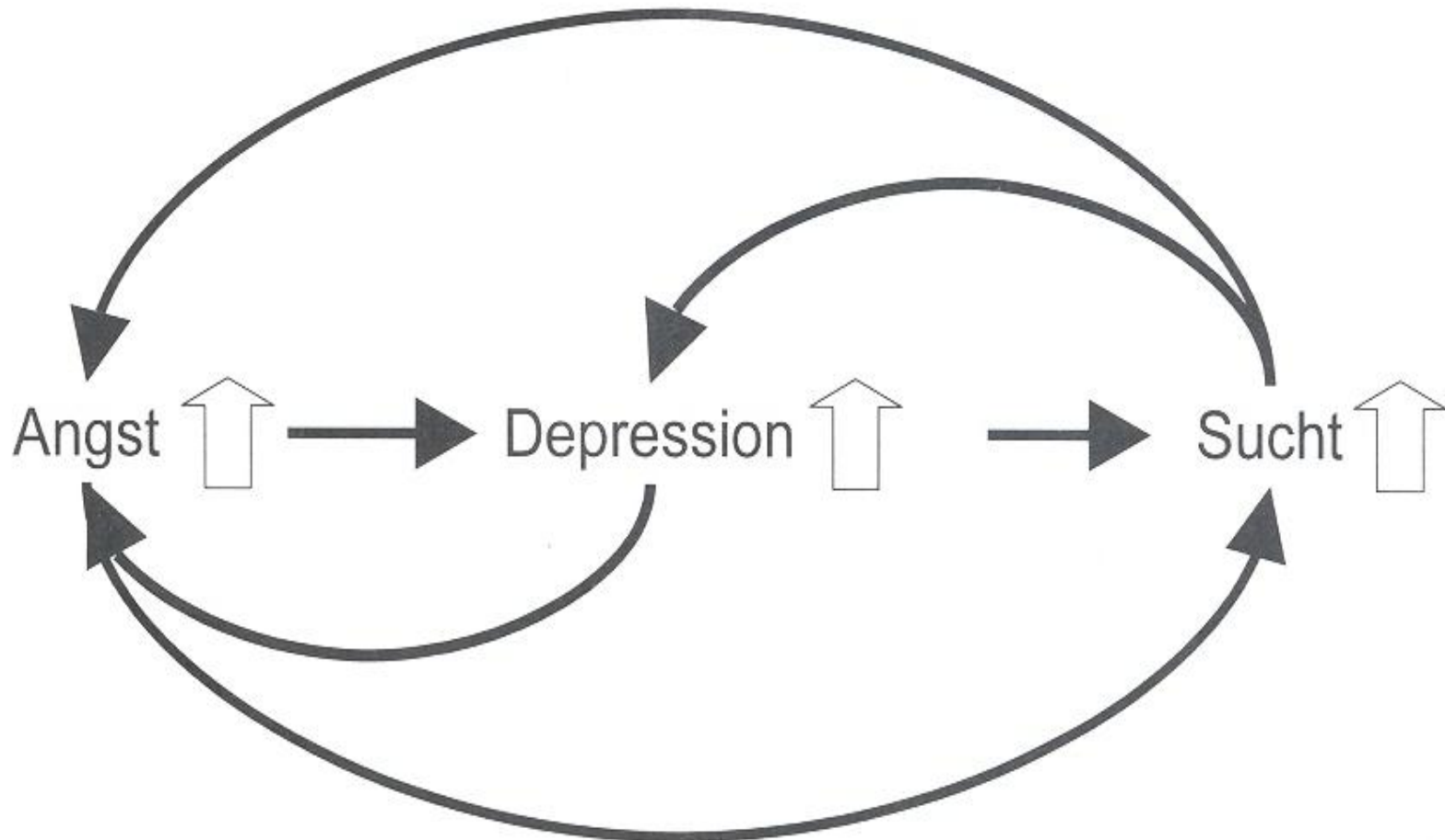
- zumeist halluzinatorisch, wahnhaft o.
schizophreniform, seltener affektiv (häufiger
depressiver als manischer Färbung)
- von der Alkoholhalluzinose bis zur chroni-
fizierten drogeninduzierten (mobilisierten,
ausgeklinkten, getriggerten) schizophrenie-
formen Psychose

Risikofaktormodell

eine bestehende Störung erhöht das Risiko für das Auftreten einer zweiten Störung



Interaktionales Modell



Spektrumsmodelle

Biologische Grundlagen der Schizophrenie



Schizophrene Symptomatik



Vulnerabilität für Sucht

Wann haben Sie angefangen sich mit
Komorbidität zu beschäftigen ?

Diagnosen dienen der Kommunikation

- das Verhalten ist durch die Abhängigkeitserkrankung nicht ausreichend erklärt:

Erkenntnisinteresse

Die alleinige Behandlung der Abhängigkeit reicht nicht aus

Behandlungsinteresse

- Ansprüche an das Therapeutische System
- Ansprüche an das (Sozial)Leistungssystem

Die Behandlungsbereitschaft des Patienten reicht nicht aus:

Kommunikation mit dem Patienten soll verbessert werden

„Gründe“ auf Komorbidität zu achten:

- weil die Krankenkasse dann einen längeren Aufenthalt bezahlt
- weil „Therapieversagen“ dann leichter auszuhalten ist
- Patient und Patientin für den Rückfall nicht mehr alleine verantwortlich ist

- sich leichter Medikamente verordnen lassen
- die „moralische Komponente“ der Sucht entkräftigt wird
- Die Patienten besser ins medizinische Modell passen
- Patienten leichter störungsspezifischen Therapieprogrammen zuzuordnen sind.

Beachte:

Nicht jede Auffälligkeit rechtfertigt die Diagnose einer
komorbiden
Störung!

**Sorgfältige Diagnostik auch in Hinblick auf die
therapeutische Relevanz ist geboten!**

Was bedeutet das für die Therapie ?

Muß es eine Hierarchie in der Behandlung geben ?

Behandlung der Abhängigkeit vorrangig vor der psychischen Störung oder umgekehrt ?

Nur eine koordinierte/kombinierte Therapie
verspricht dauerhaften Erfolg !

Bspl.: „Doppeldiagnose“ = Psychose und Sucht

Suchttherapie

konfrontierend

fordernd

Realitätsnähe

gruppenorientiert

Verzicht auf Medikamente

Psychotherapie

Gewährend beschützend

fürsorglich

Schutz vor Überforderung

individuell

Langfristige Neuroleptika-
therapie

Suchttherapie

Abstinenz voraussetzend bzw.
Abstinenzforderung

systemat. Überwachung
bezügl. Karenz

Selbstverantwortung

Psychotherapie

Abusus als Nebenthema
Langzeitiges Tolerieren von
Abusus

Sporadische Kontrollen oder
Tolerierung

Hilfe bei alltäglichen und
sozialen Belangen

Umso schwerer die Erkrankungen, umso mehr wird der Übergang von Koordination zu Kombination nötig.

Bspl: Abhängigkeit und Angststörung kann in der stat. Reha durch Indikationsgruppen behandelt werden.

Komorbidity von schweren Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen und Suchterkrankungen verlangt eine grundsätzliche Änderung des Settings.

Die Geschichte vom Wasserträger

Die Patientin steht in der Hölle, in einem tiefen schwarzen Loch, auf glühenden Kohlen. Sie schreit laut um Hilfe. Die Therapeutin sitzt hoch oben, am Rande des Ausgangs, den weiten blauen Himmel über sich. Sie läuft und holt Wasser, klettert mit dem Kübel ein Stück die dort hängende Leiter hinunter und schüttet kühlendes Wasser auf die brennenden Füße der Patientin.

Nach kurzer Zeit schreit diese immer lauter um Hilfe, um Wasser.

Warum helfen Sie mir nicht? Sehen Sie nicht, wie ich leide?

Lässt Sie das total kalt? So helfen Sie mir doch, es tut so weh!

Die Therapeutin holt Kübel um Kübel und klettert auf und ab, bis sie nicht mehr kann...

nach Marsha Linehan

Störungsspezifische Therapiemanuale:

KomPAkt Psychose und Sucht

DBT-S Borderline-Störung und Sucht

Seeking safety Posttraumatische Belastungs-
störung und Sucht

Dual focus schema therapie Persönlichkeitsstörung
und Sucht

Schlußfolgerungen:

- an Komorbidität denken
- die Diagnosestellung hinterfragen (wofür?)
- eigene Vorstellungen hinterfragen
- das Setting überprüfen
- koordiniert/integriert behandeln
- den Patienten, nicht die Störung behandeln