

GVS - Jahrestagung 2000, Ev. Akademie Hofgeismar 24.10.00
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe Referat zum Thema
„Mehrfachdiagnosen, dazwischen hin und hergerissen?“
(Abdruck im Partner- Magazin 6/2000)

Welche Erfahrungen macht die Suchtkrankenhilfe damit - aus sucht-diagnostischer Sicht

Harald Sadowski (aus suchttherapeutischer Sicht)

Was wir uns heute zum Thema gemacht haben, ist sicherlich kein leichtes. Es soll ja heute um die Doppeldiagnose „Psychose und Sucht“ gehen. Seit wir an diesem Thema arbeiten, und das sind mittlerweile mehr als fünf Jahre, haben wir den Eindruck gewonnen, dass es sowohl im Suchtbereich als auch im Bereich der allgemeinen Psychiatrie immer wieder starke Berührungspunkte gibt, wenn es um die jeweils andere Diagnose geht. Dafür gibt es sicher sehr unterschiedliche Gründe, die bestimmt nicht in einigen wenigen Sätzen bearbeitet werden können. Ich möchte jetzt auch nicht in erster Linie über Zahlen und Statistiken sprechen, das können Psychologen sicher besser als ich, daher wird Herr Nierstrat sich anschließend in seinem Vortrag dieser Thematik widmen. Als Suchttherapeut habe ich gelernt, immer wieder die Frage nach der Übertragung des Patienten und die der Gegenübertragung durch den Therapeuten zu stellen. Mit Gegenübertragung meine ich das Gesamt unserer Reaktionen auf einen Patienten, also Gefühle und Stimmungen, Phantasien und Handlungsimpulse, die er in uns auslöst, wie König es beschreibt. Aber auch nach Anteilen zu suchen, die man gemeinhin als Vorurteile bezeichnet und die meine Gegenübertragung beeinflussen, bevor ich überhaupt in der Lage bin, die Übertragung des Patienten wahrzunehmen, die mich also ins Agieren verfallen lassen und damit therapeutisches Wahrnehmen verhindern.

Als ich vor vielen Jahren in die Suchtarbeit einstieg, war es noch recht selten, dass mir Menschen mit einer Doppeldiagnose begegnet sind. Es waren exotische Einzelfälle, schien mir damals. Wobei ich nicht berücksichtigte, dass mein Fokus stets bei den Suchtkranken lag, ich kaum über psychiatrische Erfahrung verfügte und jedwedes Setting diametral zu einer psychiatrischen Erkrankung angelegt war. Sobald jemand auftauchte, der psychiatrische Symptome aufwies, war er kurz und gut ein Fall für die allgemeine Psychiatrie. Mich in der Rolle dessen zu sehen, der der Impulsivität und Wahnhaftigkeit eines psychisch erkrankten Menschen ausgesetzt ist, beunruhigte mich sehr und erzeugte in mir relativ archaische und mitunter auch primitive Abwehrmechanismen, wie z. B. den der Verleugnung, eben die gleichen primitiven Abwehrmechanismen, die bei vielen unserer Patienten oder Klienten zu beobachten sind. Im übrigen fehlten mir auch Anhaltspunkte, wie mit dem psychotischen Geschehen umzugehen ist. Mittlerweile sind diese Patienten nicht mehr nur vereinzelt beobachtbar, sie sind zu einer festen Größe in unserem therapeutischen System geworden auch wenn viele das noch nicht wahrhaben wollen, es also immer noch verleugnen. Sie bedürfen dringend größerer Aufmerksamkeit und spezialisierter Behandlungsansätze. Doch wie gehe ich mit Patienten, die an einer Psychose/Sucht-Komorbidität leiden um ?

Es wäre schön, wenn es ihnen besser ginge, bevor sie zu uns kommen. Wie hier beschrieben, ist es bestimmt nicht die geeignete Art, mit diesen Patienten umzugehen. Natürlich ist es notwendig, dass zunächst akute psychotische Positivsymptome psychiatrisch-medikamentös behandelt werden, aber die restlose Beseitigung jeglicher Wahnhaftigkeit gerade in Hinblick auf die Residualsymptome ist bei gleichzeitig Suchtkranken nach unseren Beobachtungen seltener anzutreffen. Hinzu kommt noch, dass die Negativsymptomatik wie Antriebslosigkeit, traurige Stimmungen, Konzentrations- und Auffassungsschwierigkeiten den therapeutischen Prozeß, die Schaffung einer Tagesstruktur und den erfolgreichen Beziehungsaufbau deutlich erschweren. In ergotherapeutischen Maßnahmen sind schon signifikante Störungen der Antizipation im selbst stark strukturierten Handeln erkennbar. D.h. es ist dem Patienten die Folge seines eigenen Handelns durch fehlende Affektdifferenzierung nicht absehbar. Hinzu kommen Einschränkungen durch gewünschte oder ungewünschte Wirkungen von neuroleptischen Medikamenten. Suchttherapeutisch interessant ist natürlich auch die Rolle des Suchtmittels in diesem Zusammenhang. Starke Affektschwankungen zwischen manischer Euphorie und depressiven Verstimmungen und Basissymptomen sollen jeweils durch das Suchtmittel kompensiert werden. Leider führt das eher zu Dekompensationen durch die psychotrope Wirkung des Suchtmittels. Das bringt natürlich eine Menge Probleme in dem therapeutischen Umgehen mit diesen Patienten mit sich, zumindest scheint die Forderung immer offener, dass für eine wirklich wirkungsvolle therapeutische Versorgung und Nachsorge nicht eben mal die zweite Diagnose in Kauf genommen wird, sondern gemeinsam mit der Suchterkrankung, eine neue, gemeinsame Würdigung erfährt, da es sich hier offenbar um eine ganz neue Qualität von Erkrankung handelt, und nicht um eine zusätzliche Erkrankung, es sind interdependente, korrelierende Wirkungen erkennbar. Daher möchte ich noch ein wenig auf die Wirkungen der Psychoseerkrankung auf die Ich-Funktionen, hier besonders auf die Abwehrmechanismen und auf die Affekte eingehen.

Ich Funktionen (Dittert)

- **Affektwahrnehmung (Affektdifferenzierung und Affektsteuerung)**
- **Angsttoleranz (wirkt Angst überwältigend oder als Signal ?)**
- **Frustrationstoleranz (des Umgehens mit Versagung und Enttäuschung)**
- **Antizipation (des vorausschauenden Wahrnehmens von Handlungsfolgen)**

Realitätswahrnehmung (des Unterscheidens von Innen und Außen , der Selbstbilder und Objektbilder (immer bezogen auf personale Zusammenhänge)

- **Leistungskompetenz (Ausgewogenheit zwischen Fähigkeit und Erwartung)**

- **Gestaltung von Objektbeziehungen (Entwicklung vom Partialobjekt zum integrierten Ganzobjekt)**

Bei vielen Suchtkranken sind fast alle Ich-Funktionen defizitär. Schaut man sich diese Aufzählung einmal an und vergleicht sie mit den Beobachtungen an paranoid schizophran Erkrankten, wie man feststellen können, daß bei diesen psychiatrisch Erkrankten selbst bei weitgehend abgeklungener Positivsymptomatik ganz signifikant erhöhte Störungen in den Funktionen erkennbar sind. Die Affektwahrnehmung ist äußerst flach, es sind kaum beziehungsregulierende Affekte ausgeprägt, Die Angsttoleranz ist weitgehend dadurch eingeschränkt, daß sie immer als überflutend erlebt wird, Frustration als Abwertung gesehen wird, was auch mit dem Selbstbild zu tun hat, die Antizipationsfähigkeit, auch im Zusammenhang mit der Leistungskompetenz ist erheblich defizitär, die Schwankungsbreite geht von extrem hoher Selbstüberschätzung bis zur extrem ausgeprägter Antriebsschwäche.

Zur Funktion der Realitätswahrnehmung kann man sagen, daß gerade an der Grenze zu wahnhaftem Erleben nicht nur eine Verschiebung der Wahrnehmung zu Lasten der Realitätswahrnehmung erfolgt, sondern auch zum Wechsel der Realität selbst. Wahnhaft Erlebtes wird hier zu einer eigenen Realität , die vor der eigentlichen Realität schützt. Der Wahnhafte weiß nichts von seinem Wahn, er erlebt ihn, trotz allen Leides ,wie das Hören von Stimmen, das Erleben von Verfolgung, immer noch weniger bedrohlich als die Realität in sich und in seinem Umfeld. Wenn man dies aus der Sicht der Abwehrmechanismen betrachtet, so könnte man sagen, daß am Ende erfolgreicher Abwehr eines Konfliktes die Verdrängung steht. Primitive Abwehrmechanismen wie z.B. der der Verleugnung, können nur dann wirken, wenn es gelingt, einen Konflikt " auszublenden". Der Wahnhafte erlebt eine andere Realität. Deutlich wird dies in der Aussage einer Frau, die mir kürzlich sagte, als ich ihr wahnhaftes Erleben kommentierte: "Sie können wir sagen was sie wollen, sie können versuchen, mich zu überzeugen, das ist für mich Realität, und wenn ich Ihnen noch mehr erzähle, halten sie mich bestimmt für verrückt!"

Ich möchte das unter Hinzunahme einer Kasuistik etwas anschaulicher machen. Ich spreche hier von Jürgen Schmitt (Name geändert), der vor ca. sechs Monaten in unsere Einrichtung gekommen ist. Herr Schmitt ist 34 Jahre alt und kam aus einer Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie zu uns, nachdem er zum zweiten Mal in 2 Jahren sich dort einer jeweils dreimonatigen Entwöhnungsbehandlung unterzogen hatte. Zuletzt war Herr Schmitt in einer Einrichtung nach § 72 BSHG untergebracht, weil eine direkte Verlegung zu uns noch nicht möglich war. Zur sozialen Anamnese kann man noch sagen, daß er seit einigen Jahren geschieden ist und wegen Eigentumsdelikten einsaß. Zur psychiatrischen bzw. Suchtdiagnose: Paranoide Schizophrenie/paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, durch multiplen Substanzgebrauch bedingtes Abhängigkeitssyndrom/Politoxikomanie einschließlich des Morphin -Typs. Herr Schmitt gebrauchte Heroin intravenös. Es bestehen außerdem Methadonsubstitution bei 30 mg und die Hepatitis B+C. Seit dem 16.Lj. konsumierte er Alkohol und Cannabis, ab dem 18 Lj. kamen morphine Drogen sowie Kokain hinzu. Die neuroleptische Medikation war Risperdal und Dipiperon, die er aber wegen, wie er angab, fehlender Compliance, also Verträglichkeit, im Oktober 1999 selbstständig absetzte. Herr Schmitt blieb zunächst, was die Psychose anbetrifft, nahezu symptomfrei. Gelegentlicher Alkoholkonsum sowie seltener Gebrauch von Cannabis konnte bei uns positiv nachgewiesen werden. Seine Substitution erfolgte erfolgreich auf Placebobasis. Wenn man diese große Menge von psychiatrischen und Suchtdiagnosen anschaut, kann man sich vorstellen, wie klein das Raster sein muß, in das dieser Herr Schmitt noch hineinpaßt.

Insgesamt zeigte Herr Schmitt sich von Anfang an als recht kooperativ, nahm aktiv an den suchtttherapeutischen Gruppensitzungen teil, das gleiche galt für die Einzelgespräche und die Ergotherapie. Außerdem arbeitete er drei Mal wöchentlich für mehrere Stunden in einem Zweckbetrieb für Renovierungen. Obwohl es uns aus keiner bisher gestellten medizinischen Diagnose bekannt war, sprach Herr Schmitt immer wieder davon, daß ihm bei einem Klinikaufenthalt mitgeteilt wurde, daß er an einer fortgeschrittenen Leberzirrhose leiden würde. Er dürfe auf keinen Fall mehr trinken, sonst wäre es bald mit ihm zu Ende. Immer, wenn er davon sprach, sackte er in sich zusammen und wurde äußerst klagsam. Er erhielt, wie erwartet, von allen Zuhörern in der Gruppe stets schweigende Anteilnahme erteilt. Zunächst schien diese Diagnose ihm auch dabei zu helfen, weitgehend abstinenz zu bleiben. Jeder Rückfall wurde von ihm in der Gruppe sofort offengemacht und depressiv ausgelebt. Bei einem Routinebesuch bei einem Hausarzt wurde ein Blutbild angelegt, bei dem sich herausstellte, daß seine Leberwerte nicht der einer Leberzirrhose entsprachen. Der Arzt schloß eine Leberzirrhose definitiv aus. Entgegen aller Erwartungen war Herr Schmitt nicht froh über diese neue Diagnose, sondern er klagte sehr verbittert über das Personal der Klinik, das ihm diese Diagnose gestellt hatte. An dieser Stelle hatten wir erste Vermutungen, daß es sich bei der

Diagnose, von der er sprach, um eine wahnhaftige Verschiebung der Realität handeln könnte. Wenige Tage später folgte die Exacerbation, Herr Schmitt zeigte die volle Symptomatik seiner halluzinatorisch-paranoiden Psychose. Diese Psychose erlebte er als Gott, der auf diese Welt gekommen ist, um sie zu richten aber auch zu erlösen und er würde dann wieder in den Himmel aufsteigen. Mehr und mehr klang die depressive Stimmung ab, er begann Botschaften zu schreiben und wirkte eher entlastet und heiter. An dieser Stelle schien seine Psychose den entlastenden Charakter zu bekommen, den ich zuvor beschrieben habe, in dem ein Wechsel in eine andere Realität stattfand. Dann begann er mit seinen heilenden Händen, so beschrieb er es selbst, Essen und andere Sachen zu reinigen. Erst dann folgte ein massiver Alkoholrückfall. Er zeigte sich nicht bereit, klinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, erst mit einer Ordnungsverfügung konnte er stationär untergebracht werden. Mittlerweile ist Herr Schmitt nicht mehr geschlossen untergebracht, er besucht die Einrichtung täglich, zeigt aber weiterhin wahnhaftige Symptome. Die Gegenübertragung des therapeutischen Teams war zunächst Angst vor der Nichtvorhersehbarkeit seines Handelns, dann Humor und schließlich nachsichtiges Umgehen mit seinen Symptomen. Was jedoch immer blieb, war das Gefühl einer kalten Hand, die nach einem greift, und das Unheimliche hinter seinen wahnhaften Phantasien, unheimlich deshalb, weil es für ihn erlebte Realität ist. Ich würde diesen Fall als einen Klassischen bezeichnen, der die enge Verknüpfung der beiden Diagnosegruppen deutlicher wie kaum ein anderer zeigt. Einerseits ist im Zusammenhang mit seinen Abstinenzversuchen die Rolle der wahnhaften Verschiebung der Realität gut erkennbar, andererseits nährten seine Rückfälle die depressive Vorstellung von seinem baldigen Ende.

Doch wie gehen wir mit diesen beiden Diagnosen um: Das Rezept scheint hier nicht bekannt zu sein. Zu unterschiedlich sind die Auswirkungen der Symptomgruppen auf die Anforderungen an das Setting. Eine Hamburger Komorbiditäts-Forscherguppe unter Dirk Schwoon hat einmal versucht eine Zielhierarchie zu formulieren. Zielhierarchie nach Schwoon:

- 1. Sicherung des Überlebens**
- 2. Sicherung des gesunden Überlebens**
- 3. Sicherung der Umgebung gegen Beeinträchtigung**
- 4. Ermöglichung längerer Abstinenzphasen**
- 5. Einbeziehung von Rückfällen**
- 6. Festlegung individueller Ziele**
- 7. Ermöglichung dauerhafter Abstinenz**

Ich möchte sie nicht umfassend kommentieren, aber der Beginn der Hierarchie zeigt etwas von der Dramatik, der sich in der Suchtkrankenhilfe so mancher stellen muß. Die Forderung nach der letzten Zielformulierung habe ich bewußt ein wenig entfernt gesetzt, so etwa wie schwer erreichbar. Mit meinen Worten formuliert ist es, schlicht gesagt, der Spagat zwischen der Forderung nach einer Struktur, sei es eine Tagesstruktur, eine Therapiestruktur, eine soziale Struktur, eine Handlungsstruktur u.s.w und dem Halten durch ein weitgehend, der Heterogenität dieses Personenkreises entsprechendes individualisiertes Setting. Ich will es mal so ausdrücken: Bedingungen, die geeignet sind, ein individualisiertes Hilfe- und Behandlungsangebot zu ermöglichen, es sie aber noch nicht gibt, müssen dann eben entwickelt werden, die Frage, ob ein Patient oder Klient in die vorhandenen Angebote "passt", stellt sich irgendwann nicht mehr.

Bevor ich an meinen Kollegen, Herrn Niestrat weitergebe, der sich in seinem Vortrag auch der Frage der Vereinbarkeit der beiden Grundhaltungen aus Suchttherapie und Psychosebehandlung zuwenden wird, möchte ich noch mit einem Appell zusammenfassen: Welche Behandlungs- und Betreuungsformen am Ende für den Einzelnen gewählt werden, es geht nicht darum, die passenden oder unpassenden Patienten oder Klienten in bestehende Konzepte zu integrieren, oder bestehende Konzepte zu modifizieren, es geht vielmehr darum, die Frage zu stellen, welche neuen Wege zu beschreiten sind, diese neue Qualität von Erkrankung adäquat individualisiert zu behandeln.

Literaturverzeichnis

Bachmann, K.M., Moggi, F., Wittig, R., Donati, R., Brodbeck, J., Hirsbrunner, H.P., Brenner, H.D. (im Druck): Doppeldiagnose-Patienten (Schizophrenie & Sucht). In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.) Behandlung schizophrener Psychosen. Stuttgart: Enke. Freyberger, H.J.; Dilling, H. (Hrsg.) 1993: Fallbuch Psychiatrie, Kasuistiken zum Kapitel V (F) der ICD-10, Verlag Hans Huber Grawe, K., 1995: Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40, 130-145. Hambrecht, M, Häfner, H, 1997: Alkoholmißbrauch bei schizophrenen Patienten. In: TW Neurologie Psychiatrie 11, 43-47, 1997 Kerbe - Die Fachzeitschrift der Sozialpsychologie, 4/95, zum Schwerpunkt Doppeldiagnosen Moggi, F., Hirsbrunner, H.-P., Wittig, R., Donati, R., Brodbeck, J., Bachmann, K.M., 1996: Stationäre Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen. Verhaltenstherapie 6, 201-209. Regier, D.A., Farmer, M.E., Rea, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K., 1990: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. J.A.M.A. 264, 2511-2518. Regier, D.A., Narrow, W.E., Rea D.S., Manderscheid, R.W., Locke, B.Z., Goodwin, F.K., 1993: The de facto US mental and addictive disorder service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rate of disorders and services. Arch. Gen. Psychiatry 264, 85-94. Reinert, Thomas, 1999, Impulsreferat zum Thema Doppeldiagnosen in Düsseldorf Saß, H.; Wittchen, H.; Zaudig, M.; 1996: DSM-IV, Hogrefe Schwoon, D, Krausz, M, (Hrsg.) 1994: Psychose und Sucht, Krankheitsmodelle, Verbreitung,

therapeutische Ansätze. Wienberg, G.; Schünemann-Wurmthaler, S; Sibum, B, 1996:
Schizophrenie zum Thema machen, Psychoedukative Gruppenarbeit, Pegasus, Psychiatrie-
Verlag. K.W. Biliza (Hg.) Suchttherapie und Sozialtherapie, Vandenhoeck/Ruprecht, 1993
Mentzos,Stavros, Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie Vandenhoeck/Ruprecht1991
König,Karl , Kleine psychoanalytische Charakterkunde V&R, 1995 Rechte bei den Verfassern
Essen 2002