

Psychose und Sucht

Sebastian Winkelkemper

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Schwarzbachklinik Ratingen

Chefarzt



Vulnerabilitäts-Stress- Bewältigungsmodell



Schichtenregel nach Jaspers/ triadisches System

Psychiatrische Erkrankungen wurden unterteilt in solche, die durch:

1. Morphologisch fassbare Substrate verursacht werden / **Organisch**
2. Bei denen das Substrat bekannt ist oder organische Substrat postuliert, aber noch nicht bewiesen / **endogen**
3. Psychische oder psychosoziale Faktoren verursacht werden / **abnorme Variationen seelischen Wesens / Neurosen**

Organisch	Psychotisch (Wahrnehmungsstörung)	Neurotisch (Verarbeitungsstörung)
Demenzen (F00-F09)	Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20-F29)	Abhängigkeitserkrankungen (F10-F19)
Raumfordernde Prozesse (C70-C71)	Affektive Psychosen (F30-F39)	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
Schädel-Hirn-Trauma (S00-S09)	Schizo-affektive Störungen (F25)	Neurotische, Anpassungs-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F49) Bsp.: Zwangsstörungen, Phobien, PTBS, etc.
Stoffwechselstörungen (E00-E90)		
Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS, F90)		
Drogeninduzierte psychotische Störung (F1X.5)		

Kriterien einer Abhängigkeit

Nach dem ICD 10 soll eine Diagnose "Abhängigkeitssyndrom" nur dann gestellt werden, wenn **während des letzten Jahres mindestens drei** oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, ein Suchtmittel zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums des Suchtmittels.
- Ein Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
- Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Mengen des Suchtmittels erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Mengen erforderlich.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Suchtmittelkonsums und/oder erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (körperlicher, psychischer oder sozialer Art).

Substanztyp	Toleranz	Psychische Abhängigkeit	Körperliche Abhängigkeit
Cannabis	(+)	++	(+)
Stimulantien	+	++	-
Kokain	-?	+++	(+)
Alkohol/Barbiturate	+	++	++
Opiate	++	+++	+++

Nach Pfeiffer-Gerschel et al., 2010, Prävalenz der 18-64 jährigen	Lebenszeitprävalenz	12-Monatsprävalenz
Cannabis %	25,6	4,8
Amphetamine %	3,7	0,7
Kokain %	3,3	0,8
Ecstasy %	2,4	0,4
LSD %	2,4	0,1
Heroin %	0,5	0,1

Kapitel nach ICD10

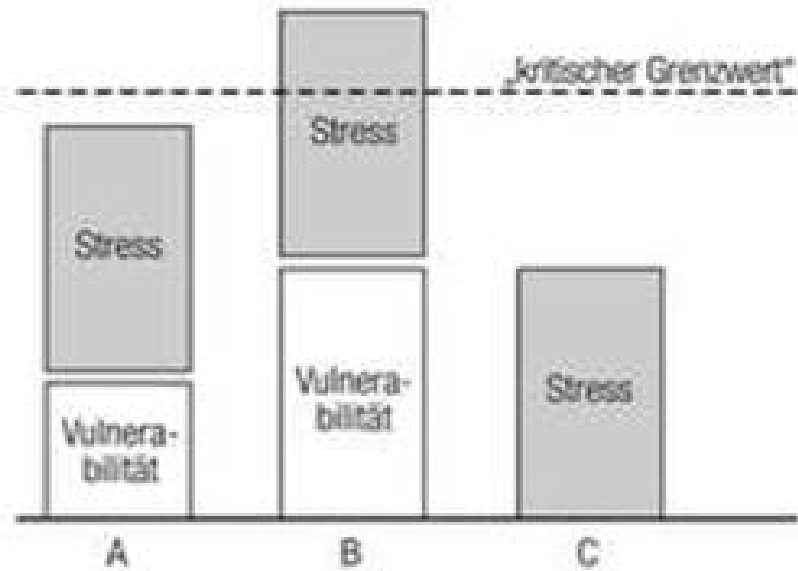
- F10: Alkohol
- F11: Opiate
- **F12: Cannabis**
- F13: Sedativa
- F14: Kokain
- **F15: Stimulantien**
- **F16: Halluzinogene**
- F17: Tabak
- F18: Lösungsmittel
- F19: Polyvalent

- Jede menschliche Leidenschaft kann süchtig entarten!
- Die oben genannten Kriterien der Abhängigkeitserkrankungen werden analog auf jedwede Form der Verhaltenssüchte angewendet.

Komorbiditäten

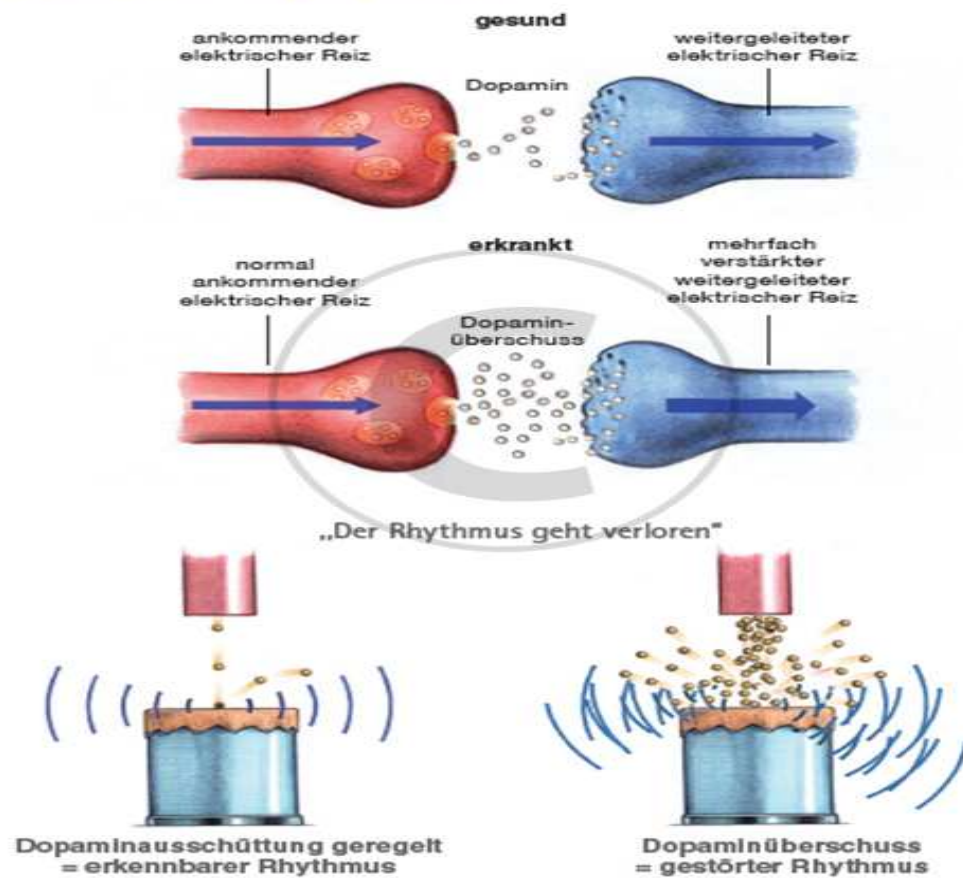
- Fridell, Nilson 2004: es liegen klare empirische Belege für das gemeinsame Auftreten von drogenbedingten und anderen psychischen Störungen vor
- Rund 80% aller Abhängigkeitserkrankten leiden unter mindestens einer psychischen Komorbidität
- Zeitliche Reihenfolge: Bei der Mehrzahl der Untersuchten (je nach Studie zwischen 70 - 90%) trat die psychische Störung vor der Störung durch psychotrope Substanzen auf
- **15 - 20%** komorbide psychotische Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- Anteil an komorbid vorliegenden Persönlichkeitsstörungen wird mit 50 - 90% angegeben

Multifaktorielle Genese der Psychotischen Störungen





Des Guten zuviel – Dopaminüberschuss



Symptomatik nach Bleuler/ die vier großen **A's**

Basissymptome	Akzessorische Symptome
A ssoziationslockerung	Halluzinationen
A ffektstörungen	Wahnideen und inhaltliche Denkstörungen
A mbivalenz	Katatone Symptome
A utismus (sozialer Rückzug und individuelle Zurückgezogenheit in die eigene Gedankenwelt)	Auffälligkeiten von Sprache und Schrift

Definition psychotischen Erlebens/ Akzessorische Symptome nach Bleuler

„Dreifaltigkeit der Psychose“



- Subjektive Überzeugung
- Fehlende Objektivierbarkeit
- Unkorrigierbarkeit

Minus versus Plussymptomatik

Minussymptome (Negativsymptomatik)	Plussymptomatik (Positivsymptomatik)
Affektverflachung	Wahn
Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung	Bizarres Verhalten
Alogie (Verarmung der Sprache)	Ich-Störungen
Anhedonie	Positive formale Denkstörungen
Sozialer Rückzug	Halluzinationen
Apathie und Ambivalenz	

Schizophrenie F20.0 bis F20.3

- G1:** Mindestens **eines** der folgenden Symptome über einen Zeitraum von **4 Wochen** (während einiger Zeit an den meisten Tagen)
- **Ich-Störungen:** Gedankenlautwerden, -eingung, -entzug oder -ausbreitung
 - Kontroll-, Beeinflussungswahn, **Gefühl des Gemachten**
Wahnwahrnehmung
 - **Akustische Halluzinationen** in Form von Akoasmen, dialogisierenden, kommentierenden oder imperativer Stimmen
 - Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer und völlig **unrealistischer Wahn** (Wetter kontrollieren, Verbindung zu Außerirdischen etc.)

oder mindestens **zwei** der folgenden Merkmale:

- Anhaltende Halluzinationen jeder weiteren Sinnesmodalität, täglich, mindestens über einen Monat, begleitet von Wahngedanken
- Neologismen, Gedankenabreißen, was zu Zerfahrenheit und Danebenreden führt
- Katatone Symptome: Erregung, Haltungsstereotypien, Flexibilitas cerea, Mutismus oder Stupor, Negativismus
- „negative“ Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte

G2: Ausschlussvorbehalt:

- Wenn die Patienten ebenfalls die Kriterien einer Manie oder Depression aufweisen, lagen die oben genannten Symptome **VOR** der affektiven Störung vor
- Symptome können nicht Folge einer hirnorganischen Störung sein

Unterformen der Schizophrenie

- Störungen von Denken und Wahrnehmung , inadäquate oder verflachte Affekte. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten.
- **F20.0: Die paranoide Schizophrenie** ist durch beständige Wahnvorstellungen gekennzeichnet, meist begleitet von akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen. Störungen der Stimmung, des Antriebs und der Sprache, katatone Symptome fehlen entweder oder sind wenig auffallend.
- **F20.1: Hebephrene Schizophrenie** → Psychose der Adoleszenz. Affektive Veränderungen im Vordergrund stehen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen flüchtig , das Verhalten verantwortungslos und unvorhersehbar ist und Manierismen häufig sind. Die Stimmung ist flach und unangemessen. Das Denken ist desorganisiert, die Sprache zerfahren. Soziale Isolation. Schnelle Entwicklung der Minussymptomatik, besonders (Affektverflachung und Antriebsverlust) , Prognose zumeist schlecht.
- **F20.2: katatone Schizophrenie:** im Vordergrund stehen psychomotorischen Störungen, die zwischen Extremen wie Erregung und Stupor sowie Befehlsautomatismus und Negativismus alternieren können. Zwangshaltungen und -stellungen können lange Zeit beibehalten werden. Episodenhafte schwere Erregungszustände können ein Charakteristikum dieses Krankheitsbildes sein. Die katatonen Phänomene können mit lebhaften szenischen Halluzinationen verbunden sein.

Unterformen der Schizophrenie II

- **F20.3: Undifferenzierte Schizophrenie:** Diese Kategorie soll für psychotische Zustandsbilder verwendet werden, welche die allgemeinen diagnostischen Kriterien der Schizophrenie ([F20](#)) erfüllen, ohne einer der Unterformen von [F20.0-F20.2](#) zu entsprechen.
- **F20.4 Postschizophrene Depression:** Eine unter Umständen länger anhaltende depressive Episode, die im Anschluss an eine schizophrene Krankheit auftritt. Einige "positive" oder "negative" schizophrene Symptome müssen noch vorhanden sein, beherrschen aber das klinische Bild nicht mehr. Diese depressiven Zustände sind mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden.
- **F20.5 schizophrenes Residuum:** Langandauernde Symptome wie psychomotorische Verlangsamung, verminderte Aktivität, Affektverflachung, Passivität und Initiativemangel, qualitative und quantitative Sprachverarmung, geringe nonverbale Kommunikation durch Gesichtsausdruck, Blickkontakt, Modulation der Stimme und Körperhaltung, Vernachlässigung der Körperpflege und nachlassende soziale Leistungsfähigkeit.
- **F20.6 Schizophrenia simplex:** schleichende Progredienz von merkwürdigem Verhalten, mit einer Einschränkung, gesellschaftliche Anforderungen zu erfüllen und Verschlechterung der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Die charakteristische Negativsymptomatik des schizophrenen Residuums (Affektverflachung und Antriebsminderung) entwickelt sich ohne vorhergehende produktive psychotische Symptome.

- Phasen nach **Conrad**:
- **Trema**: Entwicklung eines inneren Drucks, einer Anspannung. Zustand, der den Zufall ausschließt. Das Umfeld erhält einen befremdlichen Zug, den es bis dato noch nicht inne hatte.
- **Apophänie**: bezeichnet die Erfahrung, Muster und Beziehungen in zufälligen, bedeutungslosen Einzelheiten der Umwelt wahrzunehmen.
- „grundloses Sehen von Verbindungen, begleitet von einer abnormen Bedeutsamkeit“, Entwicklung von Beziehungsideen, Wahnwahrnehmungen, Deja-Vu- und Entfremdungserlebnissen, Erlebnisse der Omnipotenz und Anastrophé (alles dreht sich um mich), ersten Ich-Störungen mit Gedankeneingebung, -ausbreitung, -entzug, Gedankenlautwerden, Gefühl des Gemachten
- Urteile bezüglich des Wahns können nun nicht mehr verändert werden und Patient entwickelt die Überzeugung, alles drehe sich um ihn.

- **Phasen nach Conrad II**
- **Apokalyptik:** Akute Phase mit Erleben von schwerster Angst, manchmal rauschhaft gehobener Stimmung, akuten Halluzinationen, Sprach- und Denkerfall und eventuell Entwicklung einer Katatonie.
- **Konsolidierung:** Patient leidet zwar mitunter noch Wochen/Monate unter apophänem Erleben, dies verliert aber an Aktualität und Floridität, es kommt zur „kopernikanischen Wende“, hierbei kommt es aber im Verlauf der Zustandsverbesserung wiederholt zum „Hin- und Herkippen“ zwischen apophänem und nicht apophänem Erleben.
- **Residualzustand:** Heilung nicht ad integrum, d.h. nicht ohne Funktionsverlust. Persistierende Wesensveränderung nach erstem Schub, der am Einfachsten als ein Zustand der Apathie und Minussymptomatik beschrieben werden kann.

Behandlung der Psychosen/ Plussymptomatik

- Eine Behandlung der Psychotischen Störungen ohne Medikation ist **nicht** möglich
- Besonderheit drogeninduzierter psychotischer Störungen(**F1X.5**): Symptome sistieren spätestens nach 28 Tagen unter Drogenkarenz, allerdings wird eine Neuroleptie für 6 bis 12 Monate in den Leitlinie (**EBM**) empfohlen

Medikamentöse Behandlungsstrategien

Sedierend	Aktivierend	Neutral/ vor allem Dopaminrezeptor- antagonisten
Olanzapin (Zyprexa)	Aripiprazol (Abilify)	Risperidon (Risperdal)
Quetiapin (Seroquel)		Amisulprid (Solian)
Clozapin (Leponex, Mittel der Reserve)		Flupentixol (Fluanxol)
Zotepin (Nipolept)		Perazin (Taxilan)
Zuclopenthixol (Ciatyl-Z)		Perphenazin (Decentan)
		Ziprasidon (Zeldox)

Behandlung Minussymptomatik

- Eine medikamentöse Behandlung der Minussymptomatik ist nicht bekannt.
- Hier ist vor allem eine aktivierende Behandlung (Sport- und Bewegungstherapie, Arbeits- und Ergotherapie, handlungsorientierte Psychotherapie und sozialarbeiterische Betreuung, etc. zielführend.
- Bei komorbider Abhängigkeitserkrankung ist gerade eine medizinische Rehabilitation im Sinne einer Entwöhnungsbehandlung in einem multiprofessionellem Setting mit einer 26wöchigen Behandlungsdauer dem TAU (Treatment as usual) überlegen!