

Komorbidität und Therapie der polyvalent - stoffgebundenen Abhängigkeit

1. Einleitung

Die Polyvalente substanzgebundene Abhängigkeit wirft im klinischen Alltag vielfältige Schwierigkeiten auf. Beginnend mit der korrekten Diagnosestellung, über die Einschätzung der Komorbidität bis hin zur Therapieplanung entstehen für die behandelnden Ärzte immer wieder Unschärfen, die nur durch eine sorgfältige Differentialdiagnostik und eine entsprechende Anamnese zu beseitigen sind. Gemäß der Logik des ICD10 kann die F19.2 als singuläre Diagnose gestellt werden. In der klinischen Realität handelt es sich aber meist um eine Erkrankung, die sich auf dem Boden einer anderen psychischen Erkrankung entwickelt. Sehr häufig anzutreffen sind Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen und Psychosen.

2. Diagnostik

Der ICD10 empfiehlt die Kategorie F19x beim Konsum von zwei oder mehr psychotropen Substanzen zu verwenden, wenn nicht entschieden werden kann, welche Substanz die Störung ausgelöst hat. „Die Kategorie ist außerdem zu verwenden, wenn nur eine oder keine der konsumierten Substanzen nicht sicher zu identifizieren oder unbekannt sind, da viele Konsumenten oft selbst nicht genau wissen, was sie einnehmen.“ Das DSM IV hingegen fordert für die Diagnose den wiederholten Gebrauch von Stoffen aus mindestens drei Substanzgruppen (unter denen sich nicht Nikotin und Koffein befinden dürfen) über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten, wobei die Abhängigkeitskriterien für die Gesamtheit der Substanzen, nicht aber für eine spezifische Gruppe, erfüllt sein müssen. Im klinischen Alltag ist die Wahrnehmung der Komorbidität inzwischen eine Selbstverständlichkeit, so dass nur noch selten die Diagnose einer Polytoxikomanie als einzige F- Diagnose nach ICD10 bei einem Patienten gestellt wird. Als Zweitdiagnose werden häufig Persönlichkeitsstörungen (gehäuft Borderline-PS und dissoziale PS), aber auch Diagnosen aus dem F2x- und F3x-Spektrum gestellt. Dieser Aspekt erschwert dann auch die resultierenden therapeutischen Fragestellungen.

3. Ätiologie und Genese

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung gehorcht einem anerkannten multifaktoriellen Modell, das psychologische, biologische und soziale Faktoren integriert. Die Verwendung von Lernmodellen, psychodynamischen Aspekten, dem aktuellen Stand der genetischen Forschung und die Analyse der sozialen Faktoren des Individuums und seines Umfeldes haben sich bewährt, um eine Vorstellung von der Entwicklung des individuellen Krankheitsbildes zu entwickeln.

Seit etwa 40 Jahren wird eine zunehmende Anzahl von Konsumenten beobachtet, die den Konsum nicht auf eine Substanz beschränken, sondern 2 oder mehr Substanzen regelmäßig miteinander kombinieren, mit dem Ziel die psychotropen Effekte zu potenzieren. Bis heute kommt der Mischkonsum von Alkohol und Cannabis statistisch am häufigsten vor. Seit den 90er-Jahren wird aber jedes Jahr mit dem Auftauchen von neuen synthetischen psychotropen Substanzen eine Zunahme der Kombination mehrerer Substanzen festgestellt. Dies führt zu einer wachsenden diagnostischen Unsicherheit in Notfallsituationen, in denen delirante Syndrome nicht substanzspezifisch zugeordnet werden können und eine gezielte

Therapie erschweren. Mischintoxikationen unter Beteiligung von GHB (Gamma-hydroxy-Buttersäure) haben sich bspw. in 2008 und 2009 als „Blackbox“ der ersten Hilfe erwiesen und fanden Berücksichtigung sowohl im REITOX-Bericht der DHS als auch im Bericht der Bundesdrogenbeauftragten.

Gleichfalls schwierig erweist sich in diesen Situationen die Differentialdiagnostik einer drogeninduzierten Psychose von der Erstmanifestation einer Schizophrenie.

4. Therapie

Sowohl die Akutbehandlung (in der Regel eine qualifizierte Entzugsbehandlung) als auch die Postakutbehandlung (Entwöhnungsbehandlung nach dem SGB VI) der polyvalenten Abhängigkeit sind geprägt von einem typischen Komplikationsmuster. In der Akutbehandlung stehen die behandelnden Mediziner vor Patienten, die eine Vielzahl von Stoffen konsumiert haben und sehr unterschiedliche Entzugssymptome aufweisen können. Entsprechend aufwendig gestaltet sich der Nachweis der einzelnen Substanzen aus Proben unterschiedlicher Körperflüssigkeiten (z.B. Blut, Urin, Speichel, Schweiß und Haaren).

Nachdem ein möglichst vollständiger Blick auf die konsumierten Stoffe erfolgt ist, wird orientiert an den jeweiligen Entzugssymptomen meist ein Entgiftungsschema mit der Gabe von Medikamenten gewählt. Durch die Wechselwirkung der Substanzen und unterschiedliche Serumhalbwertszeiten entstehen dabei gehäuft unübersichtlichen klinische Situationen, die wiederholt die Anpassung des gewählten Schemas notwendig machen. Zum Einsatz kommen in dieser Phase der Entgiftung in der Regel Benzodiazepine, Clomethiazol, Antihypertensiva, Antikonvulsiva, Antidepressiva und bei der Entgiftung von Heroin in einigen Kliniken auch die zugelassenen Substitutionspräparate (Methadon, L-Polamidon, Buprenorphin). Wird vom Patienten der Konsum einer relativ neuen synthetischen Substanz bei der Aufnahme verschwiegen und dann auch im Rahmen des Drug-Screenings nicht erfasst, können unter Umständen auch durch die verordneten Medikamente lebensbedrohliche Zustände wie ein Delir hervorgerufen werden. Es empfiehlt sich daher eine sehr genaue Anamnese und eine kritische Gabe von Medikamenten mit einer gut steuerbaren Pharmakodynamik. Leitlinien sind für die Entgiftung einzelner Substanzen verfügbar, können aber nachvollziehbarer Weise bei der polyvalenten Abhängigkeit nicht nebeneinander angewendet werden, sondern müssen angepasst werden an die individuelle Situation und das Konsummuster des Patienten.

Bereits die Akutbehandlung wird zusätzlich erschwert durch die Komorbiditäten der Patienten, bei denen sowohl körperliche Folgerkrankungen eine Rolle spielen als auch psychiatrische Krankheitsbilder. Die körperlichen Faktoren erzwingen eine zum Teil intensive somatische (Mit-) Behandlung, die psychischen Faktoren eine ausgeprägte Kompetenz in der Behandlung komplexer Persönlichkeitsstörungen und Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum oder dem der affektiven Störungen. Gerade Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen haben eine „stoffliche Fixierung“ entwickelt hinsichtlich der Regulation der emotionalen Befindlichkeit und besitzen oft nur sehr gering ausgeprägte psychische und soziale Kompetenzen zur Beziehungsregulation. Die Auseinandersetzung mit dem aus Menschen bestehenden Team einer Entzugsstation bedeutet für viele Patienten nach einer initialen Erleichterung durch Behebung der hochakuten Not (z.B. intensivmedizinischer Aufenthalt nach Intoxikation oder Delir), eine emotionale Stresssituation, die nicht selten mit dem Kontaktabbruch beantwortet werden. Auch für das professionelle Team einer Entzugsstation stellen diese Patienten eine ausgeprägte Belastungssituation dar, die nicht selten mit der Entwicklung einer ablehnenden Haltung gegenüber den „Polys“ führt. Patienten mit dissozialen Zügen zeigen

zusätzlich noch eine geringe Hemmschwelle für kriminelle Handlungen und Gewaltbereitschaft, die in den Institutionen und Kliniken nicht selten zu Hausverboten führen. Ein Teil der Patienten „umgeht“ diese durch Einlieferung mit der Feuerwehr nach einer erneuten Intoxikation, gehäuft mit Bewußtseinsverlust. In den ersten Hilfen werden diese Patienten immer wieder als sogenannte „Drehtürpatienten“ bezeichnet.

In der Postakutphase der Behandlung, in der Regel eine stationäre Entwöhnungstherapie mit einer Dauer von ca. 6-10 Monaten, die nach dem SGB VI finanziert wird, setzen sich diese beschriebenen Schwierigkeiten fort. Im Fokus der Entwöhnungstherapie stehen neben psychoedukativen Elementen und sozialmedizinischen Leistungen psychotherapeutische Behandlungsgrundsätze, für die die Psychoanalytisch-Interaktionelle Methode nach Heigl-Evers und die kognitive Verhaltenstherapie als evidenzbasiert gelten (Schmidt, Gastpar, Falkai, Gaebel „Evidenzbasierte Suchttherapie“ 2006). Jüngst findet auch die Dialektisch behaviourale Therapie (mit Integration von Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie) nach Marsha M. Lineham eine zunehmende Anwendung auf akutpsychiatrischen Stationen, die sich auf die Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen mit Borderline-PS spezialisiert haben und über die gängige Dauer einer Entzugsbehandlung hinaus behandeln. Klassische analytische Verfahren spielen bei der Behandlung dieser Klientel fast keine Rolle aufgrund des meist nur geringen Strukturniveaus der Patienten.

Auch im Rahmen der Entwöhnungsbehandlungen ist eine Abbruchquote von bis zu 33% der Patienten zu beobachten. Diese darf erneut als Ausdruck der „Beziehungsschwierigkeiten“ der Patienten angesehen werden, die den Therapeuten aufgrund einer schlechten, rezidivierend traumatisierenden initialen Beziehungserfahrung misstrauen und in der „Liebe“ zum scheinbar kalkulierbaren Suchtmittel verbleiben.

Auch nach einer erfolgreich abgeschlossenen Therapie müssen die Patienten noch sehr lange (z.T. mehrere Jahre lang) intensive Nachsorgeleistungen (z.B. ambulante Nachsorge Rehabilitation, Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Betreute Wohnformen, Kontakt zu einer Schwerpunktpraxis usw.) in Anspruch nehmen. Ein Teil der Patienten wird im Falle einer Heroinabhängigkeit in ein Substitutionsprogramm integriert. Auch in den verschiedenen Nachsorgeeinrichtungen beobachtet man sehr oft eine Fortsetzung der beschriebenen Schwierigkeiten in der Behandlung.

5. Zusammenfassung

Die Polytoxikomanie ist durch die Vielfalt der konsumierten Stoffe ein sehr unübersichtliches Krankheitsbild, das durch ausgeprägte Komorbidität noch zusätzliche diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten erfährt. Sowohl in der Akut- als auch in der Postakutbehandlung besitzen die Patienten eine hohe Ambivalenz zur Therapie, die hohe Abbruchquoten zur Folge hat. In der Behandlung sind neben einer großen psychiatrisch-psychotherapeutischen Kompetenz auch somatische Kompetenzen erforderlich, um den vielfältigen Komplikationsmustern begegnen zu können.

6. Multiple Choice Fragen

1. Bei welcher der folgenden Vignetten sind diagnostische Kriterien erfüllt, um die Diagnose einer Polytoxikomanie stellen zu können?

- a) Patient berichtet, dass er neben dem regelmäßigen täglichen Konsum von Alkohol, auch gelegentlich Cannabis (1-2 mal im Monat) konsumiert.
- b) Ein Patient wird nach einem epileptischen Anfall in die erste Hilfe eingeliefert. Nachdem er das Bewusstsein wieder erlangt hat, berichtet er, dass er seit etwa 3 Jahren wechselweise Kokain, Amphetamine und Alkohol konsumiert und kommentiert dies mit „Hauptsache es knallt in der Birne“. Gelegentlich komme auch der Konsum von Cannabis, Extasy und LSD hinzu. Häufig kombiniere er die verschiedenen Stoffe auch.
- c) In der Suchtberatungsstelle meldet sich ein 18-jähriger Mann, der im Zusammenhang mit gehäuften Fehlzeiten in der Ausbildungsstelle mit seinem Cannabiskonsum konfrontiert wurde. Der betriebliche Suchthelfer empfahl die Vorstellung in der Beratungsstelle, um eine Therapie zu beantragen. Hier berichtet der junge Mann, dass er bei Partys auch schon 2-3 mal Kokain ausprobiert hat, aber Angst vor dieser Droge hat. Cannabis hält er für harmlos.
- d) Ein 42-jähriger Mann mit einer manifesten Glücksspielsucht berichtet in der Therapie, dass er beim Spielen regelmäßig trinkt, da dies beim Gewinnen zusätzlich „kickt“ und beim Verlieren die Schuldgefühle mildert.
- e) Eine 54-jährige Patientin berichtet, dass sie nach erfolgreichen Entgiftungen von Diazepam regelmäßige Essattacken bekommt und dann auf Appetitzügler zurückgreift um diesen Einhalt zu gebieten. Sie rauche auch mehr als gewöhnlich und trinke bis spät in die Nacht Kaffee.

Lösung: b

2. Welche Aussage zur Komorbidität bei der Polytoxikomanie trifft zu?

- a) Bei der Polytoxikomanie stehen somatische Begleiterkrankungen im Vordergrund, andere psychiatrische Diagnosen werden selten gestellt.
- b) Bei den seelischen Begleiterkrankungen dominieren demenzielle Syndrome.
- c) Die Diagnose einer Polytoxikomanie wird häufig bei Patienten mit einer komplexen Persönlichkeitsstörung, z.B. vom Borderline-Typ, gestellt.
- d) Die Komorbidität bei der Polytoxikomanie spielt für die Diagnostik und die Therapie keine Rolle.
- e) Die Polytoxikomanie spielt bei Patienten mit einer Schizophrenie nie eine Rolle.

Lösung: c

3. Welche Aussage zur Akutbehandlung der Polytoxikomanie trifft nicht zu?

- a) Durch die Vielfalt der konsumierten Stoffe gestaltet sich die Entzugsbehandlung häufig unübersichtlich.
- b) Lebensbedrohliche Komplikationen können u.U. auftreten, wenn nur ein Teil der konsumierten Stoffe bekannt ist.
- c) Die Leitlinien zur Entzugsbehandlung einzelner Stoffe dürfen nicht einfach miteinander kombiniert werden, sondern müssen aufeinander abgestimmt werden.
- d) Die Verhaltensmuster vieler Patienten mit einer Polytoxikomanie stellt das Team einer Entzugsstation häufig auf die Belastungsprobe.

- e) Patienten mit einer Polytoxikomanie zeichnen sich häufig durch eine hohe Frustrationstoleranz in der Behandlung aus und neigen nicht zu Abbrüchen der Behandlung.

Lösung: e

4. Die Therapie der Polytoxikomanie in der Postakutphase ist gekennzeichnet durch:

- a) durch einen hohen Vertrauensvorschuss gegenüber dem Behandlungsteam der Entwöhnungsklinik.
- b) kurzen Behandlungsdauern von 4-6 Wochen vollstationär, die sich als „Goldstandard“ erwiesen haben.
- c) eine sehr geringe Abbruchquote.
- d) von einer sehr hohen Ambivalenz zur Therapie, die sich auch in einer hohen Abbruchquote niederschlägt.
- e) von sozialpädagogischen Programmen. Psychotherapieverfahren spielen im Setting einer Entwöhnungsklinik keine Rolle.

Lösung: d

5. Für den unmittelbaren Zeitraum nach einer erfolgreich absolvierten Entwöhnungstherapie kann welche der folgenden Aussagen als richtig angesehen werden?

- a) Als Nachsorge kann eine intensive hausärztliche Betreuung als ausreichend angesehen werden.
- b) Die während der stationären Behandlung beobachteten Schwierigkeiten in der Interaktion mit anderen Menschen sind nicht mehr bedeutsam.
- c) Intensive Nachsorgemaßnahmen sind erforderlich, um den Therapieeffekt aufrecht zu erhalten.
- d) Betreute Wohnformen und Selbsthilfegruppen spielen in der Nachsorge keine Rolle.
- e) Die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm ist für Patienten mit einer Polytoxikomanie nicht vorgesehen.

Lösung: c