

MARTIN SCHÄFER, ESSEN

Psychiatrische Komorbiditäten bei intravenös Drogenabhängigen (IVDU)

Psychiatrische Erkrankungen sind bei Patienten mit einer intravenösen Opiatabhängigkeit sehr häufig. Ein polyvalenter Substanzmissbrauch kann auf den Versuch der „Selbstbehandlung“ psychischer Probleme im Rahmen einer solchen Erkrankung zurückgehen. Die frühzeitige genaue Diagnostik psychiatrischer Begleiterkrankungen ist empfehlenswert, denn psychiatrische Komorbidität führt fast immer zu einem schwereren Krankheitsverlauf mit schlechterer Prognose.

Suchterkrankungen wie die intravenöse Abhängigkeit von Heroin treten selten als alleinige Erkrankung auf. Sie sind fast immer mit psychischen Begleiterkrankungen und körperlichen Folgeerkrankungen assoziiert. Menschen mit Opiatmißbrauch haben ein 3-4fach erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen oder bipolare Störungen. In der deutschen PREMOS Studie diagnostizierten die behandelnden Ärzte bei 65% der opiatabhängigen Patienten in Substitutionsprogrammen eine schwerwiegende psychische Erkrankung und zusätzlich bei 77% eine schwere körperliche Erkrankung. Letztere entstehen in zahlreichen Organsystemen als direkte oder indirekte Folge des Substanzmißbrauches. Darunter fallen Infektionen der Venen, Abszesse als Folge intravenöser Injektion des Suchtmittels, Hepatitis B und C, die bakterielle Endokarditis, gastrointestinale und pulmonale Erkrankungen (Tuberkulose), HIV und Aids oder auch Störungen des sexuellen Reproduktionszyklus. Zu erwähnen ist die deutlich erhöhte frühzeitige Mortalität der Drogenabhängigen.

HENNE ODER EI?

Verschiedene Modelle beschreiben mögliche Wechselwirkungen zwischen einer Suchterkrankung und einer psychischen Störung. Psychiatrische Komorbiditäten können eine Mitursache der Sucht-

erkrankung darstellen, oder können sich als Folge des Suchtmittelkonsums im Laufe der Erkrankung entwickeln. Sie können aber auch unabhängig voneinander entstanden sein. Letztere These beinhaltet eine gleichwertige erhöhte Vulnerabilität für eine psychische Erkrankung und für die Suchterkrankung ohne direkte anfängliche gegenseitige Beeinflussung. Im Modell einer primären Suchtentwicklung entstehen psychische Begleiterkrankungen entweder als Folge der verwendeten Substanz (z.B. paranoide Psychosen infolge von Halluzinogenen) oder auch als Folge von Traumatisierungen und Belastungen durch die Auswirkungen einer länger andauernden Suchterkrankung (z.B. Posttraumatische Belastungsstörung durch Misshandlungen im Rahmen einer Beschaffungsprostitution). Besteht primär eine psychische Störung so kann der sekundäre Substanzkonsum ein Versuch der „Selbstbehandlung“ sein. Beispiele hierfür wäre der Versuch, Antriebsarmut oder Depressivität mittels Amphetaminen, Anspannungen oder Ängste mit Cannabis oder Benzodiazepinen bzw. Schlafstörungen durch Alkohol zu beeinflussen. Tatsächlich können manche Substanzen kurzfristige positive Effekte aufweisen. Zu nennen sind hier z.B. eine vorübergehende geringfügige Besserung kognitiver Funktionen durch Nikotin oder Cannabis bei Patienten mit Störungen aus dem schizoprenen Formen-

kreis. Zumeist ist ein langfristiger Konsum aber wiederum mit einem schlechteren Verlauf der psychiatrischen Grunderkrankung verbunden.

HÄUFIGKEIT

Eine Vielzahl von mit dem Konsum assoziierten oder auch davon unabhängigen psychischen Störungen sind bei intravenös Drogenabhängigen zu beobachten. Zu nennen sind in erster Linie einzelne oder rezidivierende Depressionen (bei unipolar- oder bipolar affektive Störungen), psychotische Syndrome, Angststörungen, Persönlichkeitsveränderungen und Persönlichkeitsstörungen, Selbstverletzung und suizidale Handlungen sowie chronische Schlafstörungen. Prinzipiell wird davon ausgegangen, dass über 50% der Drogenabhängigen mindestens eine psychiatrische Diagnose haben, davon über 35% eine (antisoziale) Persönlichkeitsstörung, etwa 20% Depressionen. Gehäuft finden sich zudem schizophrene Psychosen und substanzinduzierte Störungen sowie insbesondere bei Frauen eine Posttraumatische-Stress-Erkrankung (12%-34%). In dem bundesweiten COBRA- und anschließend dem PREMOS-Projekten wurden etwa 2.700 Patienten aus 220 repräsentativ ausgewählten Substitutionseinrichtungen im Verlauf ihrer Substitutionstherapie in Deutschland umfassend evaluiert (Tab. 1).

Psychiatrische Komorbidität (n=2409)	Häufigkeit (%)	davon behandelt (%)
Depressive Störungen	45,7	39
Persönlichkeitsstörungen	26,1	21
Schizophrenie/Psychotische Stör.	3,2	72
Bipolare Störungen	1,6	31
Angststörungen	21,3	34
Akute und chronische Stresserkrankungen	12,5	19
Demenzielle Störungen	1,7	12
Somatoforme Störungen	9,0	86
Schlafstörungen	23,3	33
Andere psychiatrische Störungen	4,5	40

Tab. 1 Psychiatrische Komorbidität bei 2.409 substituierten Drogenabhängigen (COBRA-Studie)

Hier waren insbesondere depressive Störungen (46%), Angsterkrankungen (21%), Persönlichkeitsstörungen (26%) und Schlafstörungen (23%) häufig. Es ist aber zu beachten, dass es sich hierbei um die Diagnosen der substituierenden Ärzte handelte und bei einem systematischen psychiatrischen Screening von einer höheren Prävalenz ausgegangen werden müsste. Etwa 17% der Patienten litten an mindestens zwei psychischen Störungen gleichzeitig (z.B. Persönlichkeitsstörung plus Depression, Depression plus Angststörung, etc.). Über 80% der Patienten waren durch eine hohe psychopathologische Symptombelastung charakterisiert.

INTERDISZIPLINÄRES NETZWERK

Betrachtet man unter Berücksichtigung der genannten Häufigkeiten der Erkrankungen den Anteil der Patienten, die aufgrund der bestehenden Komorbiditäten eine Behandlung der psychischen Erkrankung bekam, fällt auf, dass v.a. körperliche Symptome und schizophrene Störungen zu einem hohen Prozentsatz beachtet und behandelt wurden. Bei den anderen psychischen Problemen blieben aber ca. zwei Drittel der Patienten ohne Therapie. Das zeigt ein besonderes Problem der intravenös drogenabhängigen

Patienten im Versorgungssystem. Die interdisziplinäre Versorgung und Behandlung gestaltet sich als schwierig. Substituierende Ärzte sind oft primär allgemeinmedizinisch oder internistisch ausgebildet, so dass somatische Erkrankungen leichter durch sie direkt versorgt werden können. Patienten mit schizophrenen Störungen sind wiederum meist so auffällig, dass sie in das spezifische psychiatrische Versorgungssystem gelangen. Schwieriger ist die Mitbehandlung bei den anderen weniger dramatischen psychischen Erkrankungen, wo die spezifischen Therapieangebote oft nicht auf die Gruppe der iv-Drogenabhängigen zugeschnitten ist oder die Patienten das Hilfesystem und insbesondere Institutsambulanz psychiatrischer Krankenhäuser oder Abteilungen nicht selbstständig aufsuchen.

Bei Drogenabhängigen sollte daher idealerweise die Komplexbehandlung möglichst durch ein in örtlicher Nähe organisiertes interdisziplinäres Netzwerk erfolgen.

POLYTOXIKOMANER KONSUM

Anhand einiger Fallvignetten sollen relativ typische Konsummuster und Komorbiditäten skizziert werden.

Fall 1: 39-jähriger Patient, Polytoxikomanie, chronische Insomnie und rezidivierende depressive Störung. Bandscheibenvorfall LWK, Spritzenabszesse. Konsumiert Heroin bis zu 2,5 g i.v. pro Tag und Kokain bis zu 3x/Woche. THC gelegentlich. Zusätzlich Missbrauch von Alkohol. Nikotinabusus. Behandlung mit Trimepramin abends 150 mg seit 6 Monaten.

Fall 2: 31-jähriger Patient, Polytoxikomanie. Substitutionstherapie mit Polamidon. Beigebrauch mit 0,8-1 g Heroin i.v. täglich. Methadonhydrochlorid (Methadikt®) Tabletten werden aufgelöst und gespritzt (tgl. bis zu 6 Tabletten). Zusätzlich Clonazepam (Rivotril®) 6 Tbl. á 2 mg. Gelegentlich 0,2-0,4 g Kokain i.v.. Alkoholmissbrauch jeden Morgen (mindestens 3 Flaschen Bier). Chronisches Schmerzsyndrom nach Bandscheibenvorfall mit Sensibilitätsstörungen. Nehme selbstständig Pregabalin (Lyrica®) 150 mg pro Tag plus Tramadol (Tramal®) 2 Tabl. á 50 mg. Aktuell zusätzlich Schlafstörungen, Alpträume, Angstattacken.

Fall 3: 44-jähriger Patient. Polytoxikomanie. Substitution mit Polamidon. Chronische Hepatitis C. Beigebrauch von 15 Flaschen Bier/Tag, Gelegentlicher Beigebrauch von Heroin i.v.. Kokain häufiger (auch i.v.). Keine Benzodiazepine, kein Cannabis. Doxepin (Aponal®) 3 x 50 mg/Tag.

Fall 4: 39-jähriger Patient, Polytoxikomanie mit Opiatabhängigkeit, Bipolare Störung, Migräne, Hepatitis C, Unterschenkelabszess. Substitutionstherapie mit Methadon. Beikonsum Heroin i.v.. Kokain täglich. THC mehrmals im Monat. Speed, Exstasy, LSD Konsum v.a. früher. Aktuell Wechsel von depressiven und hypomanen Phasen und sozialphobische Ängste (behandelt mit Sertralin 50 mg/Tag).

Bei den i.v. Drogenabhängigen ist der polytoxikomane Gebrauch von Heroin, Kokain, zusammen mit Benzodiazepinen und Alkohol sowie THC eher die Regel als die Ausnahme. In einer internationalen Erhebung konsumierten 45% der Patienten mit einer Opiatabhängigkeit auch Alkohol, 25% Sedativa, 65% Cannabis, 42% Kokain, 28% Stimulanzien, 14% Halluzinogene und 7% weitere Substanzen (z.B. Inhalantien). Von Beigebrauch ist die Rede, wenn diese Substanzen neben einer bestehenden Substitutionstherapie missbräuchlich konsumiert werden.

In der Untersuchungsstichprobe der PREMOS Studie bei 1.624 substituierten Patienten konsumierten 21% der Patienten neben dem Substitut weitere Opiate illegal. Ein klinisch bedeutsamer Beikonsum (ohne Cannabis) lag insgesamt bei 38% der Patienten vor, wobei neben den Opiaten der Beigebrauch von Benzodiazepinen (22%), Kokain (8,3%) und Codein (4,2%) am häufigsten waren. Wird auch der Konsum von Cannabis mit in die Untersuchung einbezogen waren 59,5% der Screenings positiv. Zumeist werden die mißbrauchten Substanzen auf dem Schwarzmarkt beschafft. Designerdrogen werden von den i.v. Drogenabhängigen zumeist eher in der Frühphase der sich entwickelnden Abhängigkeit zwischen dem 13. und 16. Lebensjahr konsumiert, während das Interesse an diesen Substanzen mit Beginn des intravenösen Heroinkonsums stark abnimmt. In erster Linie dient der Beigebrauch bei substituierten Patienten dazu, dem Drang der psychischen Selbstmanipulation und Realitätsflucht nachzukommen. Während die psychotropen Wirkungen unter den Substitutionsmedikamenten gering sind, wird durch eine zusätzliche Einnahme von Heroin und Kokain versucht, die eigentliche früher erwünschte starke psychotrope Drogen-

wirkung (Aktivierung des „Belohnungssystems“) wieder zu erzielen. Alkohol und Benzodiazepine haben dagegen eine längerdauernde aber schwächere Wirkung, können die Stimmung vorübergehend heben, die dämpfende Wirkung der Substitutionsmittel erhöhen und die Realitätswahrnehmung „glätten“. Zu beachten ist die massive Toleranzentwicklung gerade für Benzodiazepine, so dass bezogen auf Diazepam zumeist eine schnelle Dosissteigerung von 20-40 mg/Tag auf 200-300 mg/Tag zu beobachten ist. In einer amerikanischen Erhebung wurden Linderung von Depression und Ängsten, euphorisches Gefühl, Steigerung des Antriebes und der Tatkraft, Verbesserung der Leistungsfähigkeit, Reduktion von Langeweile, Beruhigung oder Entspannung nach der Arbeit und Flucht vor der Realität als typische Gründe für den Beikonsum bzw. polytoxikomanen Drogenkonsum beschrieben.

LANGZEIT-FOLGEN

Psychiatrische Komorbiditäten sowie Beikonsum sind generell mit einem schlechteren Verlauf der Suchterkrankung verbunden. Zudem ist eine Substitutionstherapie bei langfristig bestehendem Beigebrauch nicht erlaubt. Neben den sich ergebenden diagnostischen Problemen ist von einer schlechteren Compliance und Adhärenz auszugehen. Die Patienten sprechen schlechter auf therapeutische Interventionen an und es muss mit häufigeren Rückfällen gerechnet werden. Zudem haben Patienten mit Komorbiditäten gehäuft psychosoziale Probleme (Arbeitslosigkeit, Schulden), fallen vermehrt aus verbliebenen sozialen Strukturen (Familie, Freundeskreis) und weisen mehr Komplikationen wie eine somatische Komorbidität auf (z.B. HCV, HIV). Bezüglich der psychiatrischen Begleiterkrankung ist ebenfalls mit einem schlechteren Verlauf und Therapiean-

sprechen zu rechnen, einer beschleunigten Progression und Chronifizierung, einer Häufung von Krankheitsphasen sowie langfristig mehr neurokognitive Störungen und ein vermindertes soziales Funktionsniveau. Während für die Heroineinnahme an sich keine neurotoxischen Langzeitfolgen zu erwarten wären, kann der Beigebrauch oder Missbrauch von Cannabis, Amphetaminen und Designerdrogen sowie Alkohol aufgrund neurotoxischer Effekte zu neurodegenerativen Veränderungen des Gehirns führen. Während psychische Erkrankung alleine nicht unbedingt das Risiko für Gewalttaten erhöhen, steigt das Risiko, wenn eine Substanzabhängigkeit dazu kommt. Für Bipolare Patienten konnte in einer großen epidemiologischen skandinavischen Studie bei einer Suchterkrankung ein bis zu 8fach erhöhtes Risiko festgestellt werden. Umgekehrt erhöht sich durch psychiatrische Komorbiditäten bei Menschen mit intravenöser Drogenabhängigkeit durch ein erhöhtes Risikoverhalten das Risiko sekundärer somatischer Erkrankung wie die Infektion mit dem Hepatitis-C Virus. So konnte bei amerikanischen Veteranen mit einer Suchterkrankung, die zusätzlich eine bipolare Störung aufwies eine erhöhte HCV-Infektionsrate festgestellt werden.

SPEZIELLE ASPEKTE DER THERAPIE

Um die psychiatrischen und auch somatischen Probleme adäquat und spezifisch behandeln zu können, muss zunächst eine Akutbehandlung und Stabilisierung der Suchterkrankung erfolgen. Polytoxikomane Patienten mit intravenösem Drogenkonsum kann zunächst eine abstinenzorientierte Behandlung bestehend aus einer akuten (qualifizierten) Entzugsbehandlung mit anschließender Entwöhnungstherapie angeboten werden. Die psychische Begleiterkrankung ist in

den meisten Fällen erst dann richtig zu beurteilen, um eine spezifische Therapie einleiten zu können. Alternativ bei fehlender Abstinenzfähigkeit sollte den intravenös drogenabhängigen Patienten eine substitions-gestützte Behandlung angeboten werden. Sie dient als Therapie der unkontrollierten Substanzabhängigkeit und schafft somit die Voraussetzungen für eine adäquate Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen. Die Substitutionsbehandlung beinhaltet die Entwicklung eines umfassenden Therapiekonzeptes, das die Abklärung somatischer Erkrankungen und ggf. Einleitung entsprechender Behandlungen sowie die Abklärung psychischer Störungen und Einleitung entsprechender Behandlungen beinhaltet. Wichtig sind ebenso psychosoziale Maßnahmen (PSB) zur Stabilisierung der sozialen Situation des Betroffenen. Eine PSB kann allerdings eine erforderliche psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung nicht ersetzen und umgekehrt. Während prinzipiell erst die akuten suchtmmedizinischen Maßnahmen zur weiteren psychiatrischen und somatischen Therapieplanungen erfolgen sollten, kann es bei schweren psychiatrischen Erkrankungen wie akuten paranoiden Psychosen oder Manien aber notwendig sein, den Patienten zuerst bezüglich dieser Symptome zu behandeln und zu stabilisieren, um dann auch eine suchtherapeutische Motivation und Behandlungspläne entwickeln zu können.

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG

Langfristig ist bei den schwereren psychischen Erkrankungen eine begleitende psychopharmakologische Behandlung zumeist unverzichtbar. Spezifische psychotherapeutische (meist verhaltenstherapeutische, stützende oder systemische) Therapieprogramme wie z.B.

Psychiatrische Komorbidität	Polytoxikomanie/Beigebrauch
Sehr häufig, oft mehr als eine psychiatrische Begleiterkrankung	Nicht die Ausnahme, sondern eher die Normalität bei Drogenabhängigkeit
Screening und systematische Diagnostik	Screening, Drogentest, Verifizierung Substanzen
Klärung Zusammenhang und Einfluss auf Suchtverhalten	Klärung Zusammenhang und Einfluss auf psychische Erkrankung/Erkrankungen
Konsummuster passend zu psychiatrischen Erkrankungen? (z.B. Amphetamine bei ADHS, Benzodiazepine bei Angsterkrankungen, Alkohol bei Depressionen,.....)	
Gründliche Anamnese und Analyse der Vorbehandlung: Schwere der Erkrankung ? Verlauf? Bisherige Therapien?	Akutes Gefährdungspotenzial ermitteln (z.B. Benzodiazepine plus Alkohol plus Heroin oder Substitut)
Klärung was zuerst behandelt werden sollte. Psychiatrische Kliniken bieten oft auch gemeinsame Behandlungsmöglichkeiten.	
Einleitung bzw. Optimierung der psychiatrischen Therapie (z.B. Medikation)	Akute Maßnahmen: Entgiftung, Qualifizierter Entzug, Beigebrauchsentgiftung
Psychoedukation	Aktuelle Therapien optimieren (z.B. Substitution)
Spezifische Therapieprogramme für Komorbiditäten beachten (z.B. während Langzeittherapie)	Ggfs. Abbruch einer Substitutionsbehandlung notwendig

Tab. 2 Leitsätze Psychiatrische Komorbidität und Drogenmissbrauch

die „Behavioral Therapie for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness“ (BTSAS), STAR oder „Seeking safety“ versuchen spezifisch Suchtpatienten mit schweren psychischen Erkrankungen und/oder Traumatisierungen zu stabilisieren. Die therapeutische Zuverlässigkeit und Haltequote ist bei opiatabhängigen Patienten aber zumeist gering und kann sich bei begleitenden psychischen Erkrankungen noch verschlechtern. Daher ist es bei diesen Patienten notwendig, möglichst niederschwellige auch örtlich gut erreichbare Angebote zu machen und diese am besten an die Substitutionstherapie zu koppeln. Zu beachten sind auch teilweise unterschiedliche therapeutische Herangehensweisen bei primären Suchtpatienten im Vergleich zu Patienten mit primären psychischen Störungen. Während bei der Sucht eher die Förderung von Eigenverantwortlichkeit und die Abstinenzmotivation im Fokus stehen, ist bei Patienten mit einer primär psychischen Störung eher ein zunächst stützend-führsorglicher und stabilisierender Ansatz sinnvoll mit Verbesserung der

kognitiven Leistungs- und Konzentrationsfähigkeiten und Training sozialer Fertigkeiten. Weitere Ziele für beide Gruppen sind eine Verbesserung der sozialen Situation und die Teilnahme an einer störungs-spezifischen Psychoedukation zur Verbesserung des langfristigen Umgangs mit der Erkrankung.

*Prof. Dr. med. Martin Schäfer
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie,
Psychosomatik und Suchtmedizin
Kliniken Essen-Mitte
Henricistraße 92 · 45136 Essen
E-Mail: m.schaefer@kliniken-essen-mitte.de*