

## INFORMATIONSTAG der ARWED am 16. März 2013

**Thema** : **Doppeldiagnose**

**Referentin** : Frau Dr. Ulrike Ullrich, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Dortmund

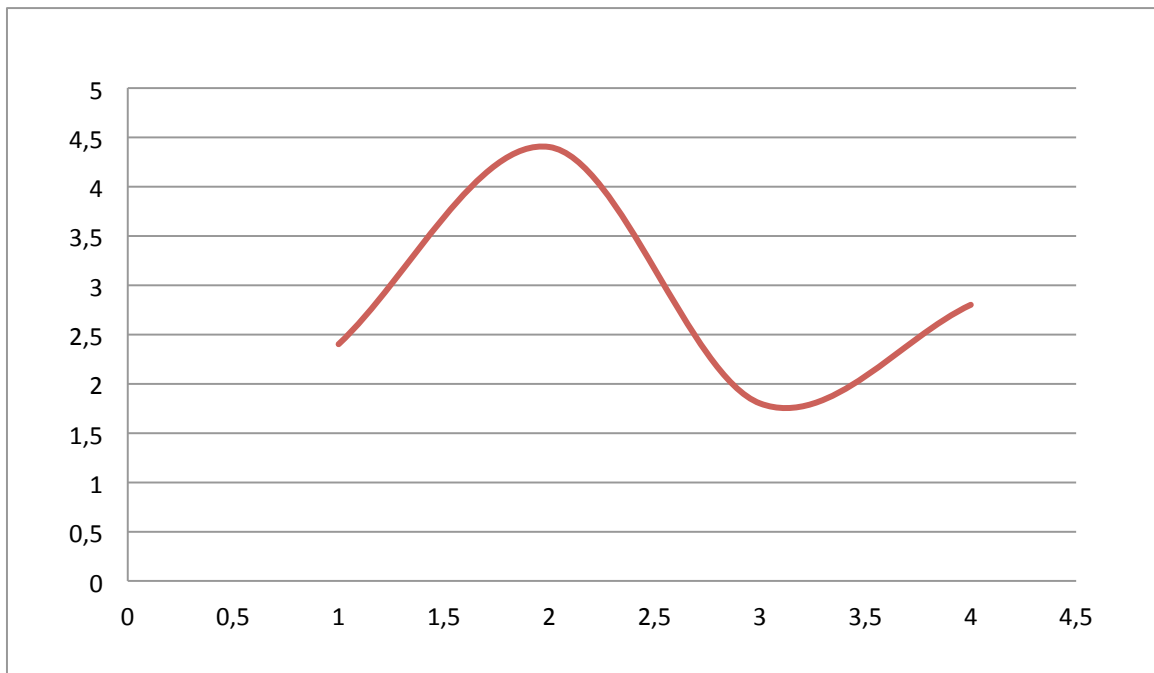
**Ort** : Büro der ARWED, Bahnhofstr. 41  
58095 HAGEN

**Zeit** : 14.00 – 17.00 Uhr

- 1) Zu Beginn stellte die Referentin fest, dass es nicht **die** Doppeldiagnose gibt. Psychische Erkrankungen und Alkohol, Psychische Erkrankungen und illegale Drogen können jeweils ein gemeinsames Krankheitsbild ergeben.
- 2) Bei der Diagnose von psychischen Erkrankungen untersucht man **Denken, Antrieb und Affekt**.
  - a) Das **Denken** beinhaltet Logik, Folgerichtigkeit, flüssiges und schlüssiges Denken. Bei Drogenkranken kann das Denken formal und inhaltlich beeinträchtigt sein. Der Oberbegriff für Inhalte, die nicht der Realität entsprechen, ist **Wahn**. Der Kranke sieht z.B. ein rotes Auto und nimmt das als Anlass, dass er sich verfolgt fühlt. **Halluzinationen** können optischer, akustischer Art sein. Auch der Geruchs- und der Geschmackssinn können betroffen sein.
  - b) **Der Antrieb** : Der Antrieb jeder Person ist je nach Situation unterschiedlich, er kann gewissermaßen „hochgeschaltet“ und heruntergeschaltet“ werden. Bei erhöhtem Antrieb ist der Drogenkranke zu hektisch, zu aktiv; in der **Depression** hat er wenig Antrieb, er ist sozusagen im „Leerlauf“ oder „Nullantrieb“. Die Patienten spüren das auch und bekommen Schuldgefühle. Bei erhöhtem Antrieb ( in der manisch-depressiven Krankheit die „manische“ Phase ) ist das anders; der Kranke ist sich dessen nicht bewusst, dass er überaktiv handelt.
  - c) **Der Affekt** ist die Gesamtheit der Gefühle. Man reagiert auf äußere Bedingungen flexibel, man verspürt Glücksgefühle, ist traurig usw. Der Affekt kann auch krankhaft gesteigert werden ( in der Euphorie ), er kann auch reduziert sein. Es gibt hierbei vielfache Abstufungen.  
Die Doppeldiagnose: Das sind Krankheiten  
→ im manisch-depressiven Bereich  
→ im Bereich der Schizophrenie.  
Es ist kaum zu unterscheiden, ob die Droge die psychischen Erkrankungen verursacht hat oder ob die psychischen Erkrankungen vorher da waren.

## Manisch-depressive Erkrankungen

Diese Erkrankungen kommen sehr häufig bei Künstlern vor: In der Schaffensphase verhält sich der Maler/Schriftsteller oft manisch. Nach Fertigstellung des Werks fällt er oft „in ein Loch“ (in eine depressive Phase); er braucht dann eine „künstlerische Pause“. Ebenso ist das bei Politikern: Die Schwankungen sind hier nicht so stark. Man kann sich das wie eine Kurve vorstellen.



Die Ausschläge der Kurve nach oben und unten bezeichnen die Schwankungen hin zur Manie bzw. zur Depression.

- a) Depressionen dauern oft längere Zeit an; als „Warnzeichen“ treten oft Schlafstörungen auf. Bei schweren Depressionen kann es zu einem Suizidrisiko kommen. Man kennt auch den **erweiterten Suizid**: Der Betroffene will sich und die Kinder vor der schlimmen Welt schützen.
- b) Bei der **Manie** ist das Gegenteil zu beobachten: Ein beschleunigtes Denken (das im Extremfall bis zum Größenwahn führen kann. Der Manische braucht keinen Schlaf, der Depressive kann nicht schlafen. Beim Manischen ist eine Steigerung des **Antriebs** in allen Bereichen zu beobachten (auch in der Sexualität oder in der Kaufsucht). Der Patient hat keine Krankheitseinsicht, das Umfeld leidet. Bei der Kaufsucht kann es z.B. zu einer sehr großen Verschuldung kommen, da der Patient den Umfang der Käufe nicht übersieht.

Unter Umständen kann hier das Betreuungsgesetz eine Hilfe sein (Blitzbetreuung). Geschäfte kann man dann rückabwickeln. Auch kann (im Extremfall) Geschäftsunfähigkeit festgestellt werden (das passiert oft sehr spät). Wenn der Betroffene aus der Manie wieder herauskommt und einsieht, was er getan hat, verfällt er oft in eine depressive Phase.

Man unterscheidet hierbei eine **bipolare Phase** (manische und depressive Phase) und eine **monopolare Phase** (hier gibt es nur eine der beiden Verläufe; ca. 1/3 der Betroffenen leiden unter dieser Form).

Auf jeden Fall muss man Medikamente einsetzen (in der depressiven Phase Antidepressiva; in der manischen Phase Neuroleptika wie z.B. Seroquel und Zyprexa; beide Medikamente sind besser verträglich als frühere Mittel; Zyprexa regt den Appetit an). Diese Mittel sind so lange zu nehmen, wie es Symptome gibt - mindestens 6 Monate lang.

Arzneimittel können das Auftreten dieser Phasen nicht verhindern, wohl aber ihre Tiefe abmildern, ebenso ihre Länge beeinflussen.

Sicher spielen auch genetische Faktoren bei manisch-depressiven Erkrankungen eine Rolle. Direkte Auslöser können dann Verlusterlebnisse usw. sein

## Schizophrene Erkrankungen

1/3 der Patienten bekommen einmal im Leben einen schizophrenen Schub (der 3 Wochen bis 9 Monate dauern kann). Nach einjähriger Behandlung kann der Patient möglicherweise geheilt werden. 1/3 der Patienten bekommen ständig chronisch-schizophrene Schübe, bei 1/3 der Kranken verläuft die Krankheit chronisch (chronisch progredient).

Bei manisch-depressiven Kranken leidet der Verstand nicht; anders ist es hier:

Antrieb, Affekt, Denken werden bei den Patienten, die unter chronischen Schüben leiden, bei jedem Schub beeinträchtigt (im Alltag fällt das Leistungsvermögen oft von 100% auf 80%). Bei chronischem Verlauf werden die Möglichkeiten des Patienten immer mehr eingegrenzt. Der Verstand ist zwar vorhanden, die Fähigkeit, ihn einzusetzen, wird begrenzt; es kann bis zum Wahn kommen. Eine Abart hiervon ist die Psychose: Der Kranke leidet unter ständigem Misstrauen der Welt gegenüber.

Systematisch kann man die psychischen Erkrankungen etwa folgendermaßen einteilen:

### 1) Psychosen

- a) Endogene Psychosen: Die Ursachen liegen innen. Hierhin gehören einerseits manisch-depressive Erkrankungen und andererseits die Schizophrenie.
- b) Exogene Psychosen: Die Ursachen liegen im Gehirn, kommen von außen (Delirium tremens).

### 2) Neurosen

Hierhin gehören Phobien, Zwangsvorstellungen – die psychotherapeutisch behandelt werden können.

Je akuter die Krankheit ist, desto eher kann man es schaffen, dass der Betreffende im Krankenhaus behandelt wird (PsychKG). Den Antrag kann die Polizei oder der Sozialpsychiatrische Dienst stellen.

Es ist allerdings so, dass die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes immer mehr dazu neigt, diese Zwangsbehandlung nur in akuten Notfällen zuzulassen gemäß dem Grundsatz: „Jeder hat das Recht auf seine Krankheit“ - die Familie wird hierbei nicht berücksichtigt. Der Grundsatz ist absolute Freiwilligkeit, alle Zwangsmaßnahmen werden zurückgefahren. Im LWL-Krankenhaus in Dortmund-Aplerbeck ist jetzt die Verweildauer 20 Tage (früher 6 bis 8 Monate). Die Allgemeine Psychiatrie wird heruntergefahren, die Folge: ein enormer Anstieg der Fallzahlen in der Forensik.

## Wirkungsweise der psychotropen Drogen

Wie wirken die Drogen?

Im Gehirn gibt es das **limbische System** (das Schmerz- und Gefühlszentrum, die gesamte Persönlichkeit): Es baut sich im Menschen im Laufe seiner Entwicklung allmählich auf.

Ein Gesichtszug z.B. wird vom limbischen System aufgenommen, zum Sehnerv geleitet, von wo er zum limbischen System zurückgeleitet wird. Hier werden dann positive oder negative Erfahrungen abgespeichert. Das geschieht genauso bei motorischen, akustischen Reizen.

Die Schaltstellen im Gehirn sind die **Synapsen** (es gibt Millionen davon).

Die Reize werden über diese Synapsen hinweg transportiert – durch Botenstoffe, sogen. **Transmitter** (Adrenalin; Noradrenalin; Dopamin sind einige davon).

Die Drogen wirken nun auf die Synapsen: THC (das in Cannabis enthalten ist) hat eine dämpfende Wirkung, d.h. die Impulse, die Reize werden nicht so schnell und nicht so intensiv weitergeleitet. Der Kranke reagiert träge, hat auch ein erhöhtes Schlafbedürfnis; ebenso ist das bei Benzodiazepinen. Heroin wirkt genauso, nur stärker. Amphetamine wirken umgekehrt: Die Reize werden beschleunigt weitergeleitet, Kokain wirkt genauso, nur stärker. Beide Drogen wirken auch auf das Herz-Kreislauf-System; das erinnert an manisch-depressive Symptome.

Die Transmitter können nun nur weitergeleitet werden, wenn für sie am nächsten Abschnitt der „Nerven-Leitung“ Rezeptoren frei sind, also Zellen, die die Botenstoffe aufnehmen. Es kann nun aber vorkommen, dass durch häufigen Konsum von Kokain und Amphetaminen der „Vorratsspeicher voll ist“, d.h. es sind keine Rezeptoren mehr frei. Der Kranke erlebt dann einen Zustand der Erschöpfung, das ähnelt einem depressiven Zustand. Wenn junge Leute intensiv Amphetamin konsumieren, kann das dazu führen, dass die betr. Synapse, die Schaltstelle also, ihren Dienst einstellt, zumindest für einige Zeit. Es kommt dann zu Konzentrationsstörungen, das Gehirn muss die Bahnen für die Konzentration erst wieder öffnen. Nach einer Therapie von 2 Monaten kommt das dann wieder in Gang.

Allgemein gilt: Je höher die Dosis, desto riskanter. Nach jahrelangem Konsum von Cannabis „spielen sich Antrieb, Affekt, Denken auf einem niedrigen Niveau ein“. Langzeitbeobachtungen haben das gezeigt.

Die Wirkungen von langdauerndem Amphetaminkonsum sind noch nicht so erforscht.

Bei Mischkonsum: Der Patient wechselt ständig zwischen hyperaktiven Zuständen und Lethargie, Phlegma (ähnlich wie bei manisch-depressiven Kranken: dieses „Hin-und – Herpendeln“ ist für den Kranken kaum auszuhalten).

.....  
( R. Schimanski, Schriftführer )