

# DUALDIAGNOSE – SCHIZOPHRENIE UND SUCHT

Menschen mit Schizophrenie weisen ein deutlich höheres Risiko auf als gesunde Menschen, im Laufe ihres Lebens eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Bei PatientInnen, die beide Erkrankungen aufweisen, treten häufiger Rückfälle, motorische Medikamentennebenwirkungen und soziale Probleme auf.

*Von Jan Conradi, Lisa Holper und Quentin Huys*

Wenn bei einer Person mit einer psychischen Störung zusätzlich eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt, spricht man von einer so genannten Doppel- oder Dualdiagnose. Etwa die Hälfte der Personen mit einer Schizophrenie leidet im Verlauf ihres Lebens an einer Abhängigkeitserkrankung. Dieser Anteil ist deutlich höher als derjenige von Menschen ohne diese Erkrankung. Dies spricht für einen Zusammenhang beider Erkrankungen. Dabei kann die Schizophrenie das Risiko einer Abhängigkeit erhöhen, die Suchterkrankung die schizophrene Symptomatik beeinflussen, oder es können gemeinsame Risikofaktoren für die Entwicklung beider Störungsbilder vorliegen. Für eine Wechselwirkung in beide Richtungen sprechen die teilweise überlappenden biologischen (neuronalen) Prozesse von Sucht und Schizophrenie. Suchterkrankungen sind mit langfristigen Veränderungen in Gehirnregionen verbunden, die auch bei Personen mit einer Schizophrenie Auffälligkeiten aufweisen, wie etwa dem vorderen Stirnlappen der Grosshirnrinde (Präfrontalkortex) und tiefer liegenden Strukturen (Basalganglien).

Für die Attraktivität von Drogen für Menschen mit Schizophrenie können mindestens drei Gründe unterschieden werden: Erstens bezeichnen viele Patienten den Drogenkonsum als Form der Selbstmedikation. So können zum Beispiel so genannte Negativ- (Lustlosigkeit, Antriebslosigkeit etc.) oder Positivsymptome (psychotisches Erleben, Verfolgungswahn etc.), die im Rahmen einer Psychose auftreten können, – zumindest kurzfristig – durch den Konsum von Drogen gemindert werden. Zweitens berichten PatientInnen auch, dass sie konsumieren, um Nebenwirkungen der Medikation zu reduzieren. Drittens besteht die Möglichkeit, dass sie psychische Reaktionen auf Umweltbedingungen mit Drogen zu verbessern suchen.

## SCHIZOPHRENIE UND NIKOTINKONSUM

Menschen mit einer Schizophrenie haben mit ca. 70 bis 80 Prozent den höchsten Nikotinkonsum unter den psychiatrisch erkrankten Personen (Allgemeinbevölkerung ca. 20 bis 30 Prozent). Der Tabakkonsum führt neben Tabakfolgeschäden wie Atemwegs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einer erhöhten direkten Todesrate auch zu einer erheblichen finanziellen Belastung der PatientInnen. Entsprechend der Selbstmedikationshypothese soll der Nikotinkonsum insbesondere die schizophrenie-bedingte so genannte Negativsymptomatik und kognitive Einschränkungen reduzieren. Diese

Nikotin-Effekte zeigen sich z.B. in einer Verbesserung der Informationsverarbeitung, der Aufmerksamkeit und dem Kurz- und Arbeitsgedächtnis. Diese positiven Effekte stellen sich zwar unmittelbar, aber nur kurzfristig ein. Langfristiger Konsum kann zu Schäden der kognitiven Gehirnfunktionen führen. Zudem scheinen Rauchgewohnheiten bei der Schizophrenie-Erkrankung anders zu sein. So sind z.B. Nikotin-Stoffwechselprodukte in höheren Werten im Urin nachweisbar, was auf eine höhere Aufnahme von Nikotin hinweisen könnte, die z.B. durch eine tiefere Inhalation erreicht werden kann.

## SCHIZOPHRENIE UND CANNABISKONSUM

Die Cannabispflanze beinhaltet unter anderem bis zu 70 so genannte Cannabinoide. Für die psychogene Wirkung sind vor allem zwei wichtig: Cannabidiol und Tetrahydrocannabinol (THC). Während THC zu Euphorie und Veränderungen der Wahrnehmung führen kann, hat Cannabidiol eine dämpfende Wirkung. In der Schweiz konsumiert jeder Dritte mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis regelmässig Cannabis. Hierfür gibt es mehrere Ursachen. Es gibt Hinweise, dass Cannabiskonsum zu einem früheren Auftreten der Erkrankung führen, deren Verlauf beeinflussen und Rückfälle hervorrufen kann. Dies könnte dem in einigen Studien beschriebenen Zusammenhang von regelmässigem Cannabiskonsum und einem höheren Risiko für die Entwicklung einer Psychose zu Grunde liegen. Dass Cannabis alleine bei Gesunden und ansonsten nicht dazu veranlagten Menschen eine Schizophrenie hervorrufen kann, ist allerdings nicht wahrscheinlich. Wichtig ist auch, dass der Konsum von Cannabis im Rahmen einer Schizophrenie häufiger zur Entwicklung einer Abhängigkeit führt. Hierfür sind eventuell die bei der Schizophrenie bekannten Veränderungen im dopaminergen System – einem Gehirnsystem, zu dem auch das Belohnungssystem gehört – mitverantwortlich. Zum gehäuften Konsum von und zur Suchtfähigkeit für Cannabis bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis tragen aber wahrscheinlich auch subjektive Effekte bei, die das Erleben der Schizophrenie-Symptome kurzfristig vermindern können. Insbesondere könnten bei Vorherrschen der Negativsymptomatik die wahrnehmungsauffhellenden Effekte von THC und bei Vorherrschen der Positivsymptomatik die überwiegend dämpfende Wirkung von Cannabidiol im Vordergrund stehen. Da beide Effekte in nicht vorherzusehender Stärke auftreten und Cannabis

abhängig machen kann, sind die kurzfristigen Vorteile eines Konsums oftmals mit gewichtigen längerfristigen Nachteilen verbunden.

## SCHIZOPHRENIE UND ANDERE SUBSTANZABHÄNGIGKEITEN

Personen mit einer Schizophrenie leiden auch sehr oft an anderen Suchterkrankungen. Genau wie in der Allgemeinbevölkerung ist hierbei die Alkoholabhängigkeit am häufigsten. Alkohol ist neurotoxisch – schädigt also direkt Hirnzellen, vor allem im Bereich des bei Schizophrenie-Erkrankungen ohnehin schon beeinträchtigten Präfrontalkortex. So kann es neben kurzfristigen Effekten (wie z. B. Entspannung) zu einer Verschlechterung der psychotischen Symptome oder bei längerer Abhängigkeit zu einer Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten wie Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit führen.

Stimulanzien wie Kokain oder Amphetamine sind Substanzen, die Botenstoffe im Gehirn wie Dopamin direkt erhöhen und damit kurzfristig das Gefühl geben, sich besser konzentrieren zu können, wacher zu sein und mehr Freude zu empfinden. Negativsymptomatik, Konzentrationsstörungen und Müdigkeit, die auch als Medikamentennebenwirkungen auftreten können, werden somit scheinbar vermindert. Stimulanzien können aber auch kurzfristig psychotische Symptome hervorrufen – bei an einer Schizophrenie erkrankten wie auch bei gesunden Menschen. Bei erkrankten Personen kann eine länger anhaltende psychotische Episode durch den Konsum von Stimulanzien angestossen oder bestehende Symptome der Schizophrenie können verstärkt werden.

## THERAPIE UND BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Bisher werden Personen mit Psychose- und Suchterkrankung häufig noch sequenziell behandelt – das heisst, dass zunächst die Psychose und danach die Sucht behandelt wird, oder umgekehrt. Inzwischen geht die Mehrheit der Experten jedoch davon aus, dass Personen mit Psychose- und Suchterkrankungen idealerweise eine integrierte Behandlung durch ein Therapeut-Intenenteam erhalten sollten und hierdurch die Prognose beider Erkrankungen einen günstigeren Verlauf nehmen kann. Dies gilt sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich. Studien zeigen, dass eine gute Behandlung der Psychose den Drogenkonsum reduzieren kann und andererseits die Abstinenz oder die Konsumreduktion einen positiven Verlauf der Psychose-Erkrankung begünstigt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Personen mit Schizophrenie ein deutlich erhöhtes Risiko aufweisen, im Lauf ihres Lebens eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Insgesamt kann über den Verlauf von Dualdiagnosen gesagt werden, dass Personen mit Psychose und Sucht eine höhere Rückfallfrequenz haben, häufiger notfallmässig in Kliniken eingewiesen



werden, mehr motorische Medikamentennebenwirkungen aufweisen, grössere finanzielle und familiäre Probleme haben, in schlechteren Wohnverhältnissen leben und häufiger in Konflikte mit dem Gesetz geraten. Zudem besteht ein höheres Risiko, einen Suizidversuch zu unternehmen. Die Substanzabhängigkeit und Psychose-Erkrankung können sich gegenseitig negativ beeinflussen. Nach aktuellem Wissensstand sind integrierte Behandlungsansätze einer sequenziellen Behandlung überlegen.



Jan Conradi, Dr. med., ist seit 2013 als Oberarzt der Dualstation E1 an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich tätig.



Lisa Holper, Dr. med., arbeitet als Assistenzärztin auf der Spezialstation E1 für Dualdiagnosen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Frau Holper ist zudem in der Forschung tätig und beschäftigt sich mit neurowissenschaftlichen Fragestellungen zur Bildgebung des Gehirns.



Quentin Huys, Dr. med., hat sein Medizinstudium an der University of Cambridge und am University College London (UCL) absolviert, mit PhD in theoretischen Neurowissenschaften UCL. Er ist seit zwei Jahren Assistenzarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Forschungsschwerpunkt: neuronale, biochemische und berechnende Aspekte der Entscheidungsfindung, vor allem mit Bezug auf Depression und Abhängigkeitserkrankungen.