

PSYCHOTHERAPIE KOMORBIDER PATIENTEN

PSYCHOTHERAPY OF DUAL DIAGNOSIS PATIENTS

Frank Löhner, Robert Soto-Löwenthal, Frank R. Tuchtenhagen

Zusammenfassung

Die Behandlung komorbid Erkrankter erfordert eine besondere Therapieplanung und eine hohe Individualisierung des Therapieprozesses. Die Therapiestandards müssen indikationsorientiert ausgewählt, modifiziert und dem Belastungsniveau der Patienten angepasst werden. Dabei wird erkennbar, dass eine weitgehend aktive Haltung des Betroffenen im Umgang mit seiner Krankheit und mit ihren auslösenden Faktoren eine Chronifizierung vermeiden hilft. Das Vulnerabilitäts-Stressmodell lässt sich hilfreich integrieren. Dadurch wird der Patient bezüglich seiner Psychose exkulpiert und andererseits die Eigenverantwortung für die Suchterkrankung ressourcenorientiert übertragen.

Schlüsselwörter

Komorbidität – Sucht – Psychose – Schizophrenie - Psychotherapie

Summary

Psychotherapeutic treatment of dual diagnosis patients (drug addiction and psychosis) is known to be difficult caused by many therapy break offs and prematurely discontinuations. In accordance to that an particular development of therapy which is very individually and required a very high degree of flexibility is necessary. Therapeutic standards have to be choosed concerned to their indications and be modified with regard to individual burdenability. Patients which take an active part in the treatment and handling of their illness seemed to have a better chance for avoiding chronification. The vulnerability-stress model is helpful integrateable. Patients have to be exculpated concerning psychosis but have to take responsibility for their addiction.

Keywords

schizophrenia – polytoxicomania – comorbidity - psychotherapy

1 Definition der Begriffe

1.1 Komorbidität

Als komorbid bezeichnet man Patienten, die an zwei Erkrankungen gleichzeitig erkrankt sind (Zielke, 1993). Der Begriff „Doppeldiagnose“ hat sich in der Behandlung Suchtkrankter für komorbide Patienten etabliert und wird mit dem Phänomen der Komorbidität von Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis und Sucht in Zusammenhang gebracht, d.h. gleichzeitiges Vorkommen einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung (F1 nach ICD-10) und einer psychotischen/wahnhaften Erkrankung (F2 nach ICD-10)

Die Behandlung solcherart doppelt oder gar vielfach Erkrankter erfordert eine besondere Therapieplanung und eine hohe Individualisierung des Therapieprozesses. Die Therapiestandards müssen diagnose- bzw. indikationsorientiert ausgewählt und modifiziert werden. Sie sind dem durch die psychotische Erkrankung bedingten eingeschränkten Belastungsniveau der Patienten, dem Rehabilitationsziel und der gewählten Problembeschreibung anzupassen (Löhner, 1999).

Generelle Leitlinien für die Behandlung der monomorbiden Betroffenen haben daher nur bedingte Gültigkeit im konkreten Einzelfall. Eine Behandlung für „Komorbide“ erfordert ein hohes Maß an individuellen Ausnahmeentscheidungen und Einzelfalllösungen.

Konkrete Möglichkeiten, eine Therapie von komorbiden Patienten umzusetzen, geben wir in dem folgenden Überblick für das Beispiel der *schizophren Erkrankten*.

1.2 Schizophrenie und Sucht: „primäre“ oder „sekundäre“ Sucht?

Insbesondere stellt sich bei einem an einer Schizophrenie und an einer Abhängigkeit Erkrankten die im Einzelfall schwer zu entscheidende Frage, inwiefern sich die Erkrankungen gegenseitig beeinflussen. Das Modell, dass eine Erkrankung die andere ursächlich monokausal ausgelöst habe, trifft sicherlich nur in einer Minderheit der Fälle zu. Eher ist von einer komplexen Form der Interaktion auszugehen, die sich oft nur noch als Gesamtstörungsbild beschreiben, jedoch ad hoc nicht mehr kausal differenzieren lässt. Dabei spielen sowohl psychosoziale (z.B. als frustrane Versuche einer „Selbsttherapie“ psychischer Erkrankung durch Einnahme psychotroper Substanzen (Zeiler, 1994) und biologische Faktoren, z.B. durch Substanzgebrauch veränderte Rezeptorstrukturen des Gehirns (Volkow et al., 1993), neurotoxische Effekte des Substanzkonsums (Tuchtenhagen, 2000, 2003) als auch psychodynamische Zusammenhänge, z.B. durch Substanzgebrauch auslösbare Wahrnehmungs- und Denkstörungen (Hermle et al., 1992) eine wichtige Rolle. Die Zahl der komorbid diagnostizierten Patienten nimmt laufend zu (Soyka und Albus, 1994; Wagner et al., 1994). Auch im europäischen Ausland lässt sich der Trend feststellen (Kokkevi und Stefanis, 1995: Italien, Frankreich, Griechenland). Hier ist jedoch auch der Umstand der zunehmend für diese Diagnosen sensibilisierten Anwender von Diagnosesystemen und Instrumentarien kritisch zu würdigen. Dennoch scheint ebenfalls die Prävalenz der „Doppeldiagnose-Erkrankung“ zuzunehmen, was

durch eine Zunahme des Cannabisgebrauchs und ein immer früheres Einstiegsalter in den Konsum erklärbar wäre. Die Lebenszeitprävalenz für Schizophrenien beträgt in der Gesamtbevölkerung ca. 1,5 %. Nachgewiesenermaßen steigt jedoch das Erkrankungsrisiko bei Cannabiskonsumenten auf das 6fache, also ca. 9% (Andreasson et al., 1987).

2 Überlegungen zur Behandlung komorbider Patienten

Aktuelle Forschungsansätze begreifen die Schizophrenie als eine multinosologische, jeweils plurigenetisch begründete Gruppe wahnhafter Erkrankungsbilder (Maier und Lichtermann, 1995; Häfner, 1995).

Zunehmend werden die Fragen nach dem Selbstbild schizophrener Erkrankter, der sozialen Einbindung von Betroffenen und ihren Familien und der Krankheitsakzeptanz diskutiert. Sie haben sich als wichtige Prädiktoren für Therapieerfolg und für differenzielle Therapiegestaltung erwiesen (Miller, 1992; Angermeyer, 1995).

Die Notwendigkeit der Entwicklung und Etablierung spezifischer Konzepte an der Schnittstelle von Substanzmissbrauch und Psychose wird immer drängender. Dabei ist besonders zu beachten, dass die Komorbidität übliche psychotherapeutische Behandlungsstrategien wechselseitig verstellt und behindert. So begrenzt die schizophrene Erkrankung die Konfrontationsfähigkeit. Eine aufdeckende Arbeit ist in der Behandlung schizophrener Suchtkrankter mitunter kontraindiziert. Die Suchterkrankung wiederum erschwert einen complianten, eigenverantwortlichen Umgang mit verordneten Medikamenten und erhöht z.B. bei Rückfälligkeit erheblich das Reexazerbationsrisiko.

Als entsprechend ungünstig werden deshalb oft die Prognosen angenommen. Vielfach wird vermutet, die komorbiden Patienten zeigten eine besondere Neigung zu häufigerer Hospitalisation, und erwiesen sich als sozial schwer integrierbar. Aktuelle Untersuchungen zeigen jedoch, das im Hinblick auf die Reha-Prognose eher das Gegenteil der Fall ist (Löhner und Tuchtenhagen, 2003). Die Entwicklung von eigenen Therapiestrategien und Konzepten ist angesichts der Komplexität der Interaktion unvermeidlich.

2.1 Schizophrenie und Coping

In die Psychotherapie abhängiger Schizophrener sind im günstigsten Fall Angehörige und Lebenspartner mit involviert.

Die Frage der Compliance ist zunächst insbesondere im Hinblick auf die notwendige neuroleptische Medikation entscheidend und wird ergänzt durch die nach dem Coping. Der Patient wird zum Fachmann seiner eigenen Erkrankung, der seine Störung i. S. des verhaltenstherapeutischen Selfmanagement-Ansatzes bewältigt, Copingstrategien anwendet und sich im Idealfall auch immer weiter selbständig aneignet. Dazu gehört es, Selbstüberschätzung zu vermeiden und ein mit dem Erkrankungsgrad kompatibles Selbstbild zu ermöglichen.

Substanzmissbrauch scheint in unserer Zeit häufig ein frustrierender Versuch schizophrener Krankheitsbewältigung zu sein (Zeiler, 1994; Dixon, 1991), der bei vielen Patienten auch eine temporäre Erleichterung im Sinne einer Sedation oder Anxiolyse im Hinblick auf produktive Symptomatik oder, ins-

besondere z.B. unter der Einnahme von Amphetaminen vermehrt zu beobachten, im Sinne einer kurzfristigen Behebung oder Linderung der oft als quälend erlebten schizophrenen Minus-Symptomatik verschafft.

In der Psychiatrie gelten gemeinhin süchtige Schizophrene auch als non-compliant. Das chaotische Gebrauchs- und Missbrauchsmuster von psychoaktiven Substanzen verhindert oft eine suffiziente Pharmakotherapie. Die Handlungsdefizite der Betroffenen lassen darüber hinaus eine aktive soziale Integration bzw. Reintegration nicht zu und erfordern auch diesbezüglich besondere Herangehensweisen. Dauernde Rehospitalisation im Sinne einer Drehtürpsychiatrie ist ein häufiges Phänomen. Oft genug wird sogar ein psychiatrisches Hilfesystem zu einem coabhängigen Verhalten gedrängt und damit Teil einer überprotektiven und einer selbständigen Entwicklung entgegenwirkenden Lebensumwelt der Erkrankten (Löhner, 1999). Im Sinne dieser Erfahrungen gelten viele Doppeldiagnosen-Patienten gar als untherapierbar, weil „unfolgsam“ und „unmotiviert“. Der Umgang mit den Betroffenen beschränkt sich daher oft auf einen rein edukativen Ansatz, der den Anforderungen vor allem der Suchttherapie nicht gerecht werden kann.

2.2 Das Selbstkonzept der Betroffenen

Bereits seit Beginn dieses Jahrhunderts hat man sich mit den Reaktionsweisen und Interaktionsmustern Schizophrener befasst. Die Formen der Auseinandersetzung wurden - einer eher analytischen Betrachtungsweise folgend - weitgehend als frustrierte und insuffiziente Formen der Abwehr verstanden. Erst in den letzten Jahren wendet man sich der schöpferischen, ressourcenorientierten Auseinandersetzung des Betroffenen im Umgang mit seiner Störung zu. Dabei wird erkennbar, dass eine weitgehend aktive Haltung des Patienten im Umgang mit seiner Krankheit und mit ihren auslösenden Faktoren einer Chronifizierung entgegenwirkt (Schaub, 1995).

Die aus diesen Erkenntnissen hervorgegangene edukative Schizophrenie-Therapie umfasst eine eingehende, redundante Information über die Erkrankung, ihre Entstehungsbedingungen, ihre Symptomatologie insbesondere der Frühwarnzeichen und mögliche Aktivierungsprozesse sowie Copingstrategien als ersten notwendigen Behandlungsschritt.

Dabei ist auch die Familie der Betroffenen oder andere Personen des sozialen Nahfeldes, sofern verfügbar, in den Prozess der Informationsgewinnung und Informationsvermittlung mit einzubeziehen, da nur so einer pessimistischen Krankheitserwartung im Umfeld der Patienten begegnet werden kann. Gerade die negative Grundstimmung der Umgebung, die im Sinne einer „self-fulfilling-prophecy“ eine eigene destruktive Dynamik zu entwickeln vermag, hat sich als besonders verhängnisvoll erwiesen (Stark und Stolle, 1994).

Mit dem Vulnerabilitäts-Stressmodell (Zubin und Spring, 1977) ist ein robustes und gut verständliches Erklärungsmodell für die Entstehung schizophrener Symptome geschaffen worden, das von schizophren Erkrankten zumeist gerne angenommen und in der Regel akzeptiert wird.

Es beinhaltet implizit eine für den Entstehungsprozess der Erkrankung uneingeschränkt gültige Exkulpation und misst dem Betroffenen gleichzeitig eine Verantwortung für den Umgang mit der Erkrankung, also für die Steuerung ihres

Verlaufes zu. Dies ist im Hinblick auf das Appellieren an Eigenverantwortlichkeit bei Suchterkrankungen nur schwer in Einklang zu bringen. Neben der Voraussetzung für eine bessere eigene Krankheitsakzeptanz ist jedoch die Exkulpation deshalb wichtig, weil schizophran Erkrankte immer noch gesellschaftlicher Stigmatisierung begegnen und innerhalb ihrer Stammfamilien oft auf Schuldzuweisungen stoßen.

Unter den Bewältigungsstrategien der schizophranen Erkrankung machen wir uns den Ansatz der Gruppe von Lazarus (Lazarus et al., 1974; Lazarus und Folkman, 1984) zu eigen, der seinerseits die kognitiven Konzepte von Thomae einschließt. Lazarus et al. definieren *Stress als Sonderform der Transaktion zwischen den Systemen „Person“ und „Umwelt“*. Daraus wird abgeleitet, dass Coping die Konzepte umfasst, die es dem Individuum erlauben, die Transaktion zur Umwelt mit *Möglichkeiten, Forderungen und Begrenzungen wirksam zu gestalten*. Im Prozess der Coping-Induktion wird versucht, dem Individuum einen *Überblick über sein Repertoire an Bewältigungsmitteln zu verschaffen*, diese in ihrer Suffizienz auf das eigene Krankheitserleben hin zu werten und auf ihre Syntonie zum Individuum hin zu überprüfen. Folge dieses Reflexions- und Übungsprozesses ist die Erarbeitung eines stabilen und protektiven Copingrahmens, der dem einzelnen Individuum quasi auf Leib und Krankheit geschneidert ist.

Wir begreifen hier diese Auseinandersetzung mit der Erkrankung als einen andauernden Prozess, der bereits vor Therapieantritt beginnt und mit diesen prästationären Erfahrungen, Frustrationen und Befähigungen die therapeutische Arbeit in der Klinik bestimmt. Dieser Copingprozess setzt sich auch nach Beendigung der Behandlung fort, wenn das erübte Handeln unter den Gegebenheiten der Realwelt zu neuen Erfahrungen führt.

Diese für jeden schizophran Erkrankten gültigen Prinzipien sind für einen Patienten, der gleichzeitig einen Substanzgebrauch, Substanzmissbrauch oder gar eine Abhängigkeit aufweist, Voraussetzung. Die negative komplexe wechselseitige Beeinflussung der Leiden ist bekannt und nahe liegend (Eikmeier und Lodemann, 1991). Die notwendige Analyse der Auslösesituationen, der Stressoren und der eigenen Bewältigungsmethoden wird durch die dauernde Substanzeinnahme und damit durch fortwährende künstliche Veränderung der Vulnerabilitätsgrenzen verhindert. Eine wirksame Auseinandersetzung mit der Krankheit kann nicht mehr entstehen. Der Patient ist nicht dazu in der Lage, ein Leben mit der Krankheit zu erlernen und so seine Ressourcen zu entwickeln. Seine Auseinandersetzung mit der Erkrankung ist geprägt von dem Gefühl der Ohnmacht; denn tatsächlich erlebt er sich ja als unterlegen und unterliegend. Seine eigenen Ressourcen werden von der Dynamik der Grunderkrankung quasi unterpült.

3 Behandlung

Die Induktion eines therapeutischen Prozesses setzt ein mehrschrittiges Vorgehen voraus: Um o.g. selbstverantwortliches Handeln und Coping zu initiieren, ist ein transparentes Vorgehen notwendig, was sich in den äußeren Strukturen des Settings widerspiegelt. Wir strukturieren in unserem stationären Rahmen der Klinik am Waldsee die Behandlung in zwei, für alle Patienten überschaubare und räumlich abgrenzbare Bereiche:

Eingangsphase:

Die Patienten werden zunächst in der sog. Eingangsphase behandelt. Eine gründliche psychiatrische, medizinische und testpsychologische Diagnostik als Grundvoraussetzung jedweder Behandlung, Beobachtung und Hilfe bei der Integration in die Therapiegemeinschaft, aber auch Adaption an das durch Haus- und Therapieordnung festgelegte Regelwerk stehen neben der Induktion bzw. Festigung der Therapiemotivation ganz im Vordergrund. Weitere Ziele sind hierbei: Bildung einer tragfähigen Rollenstrukturierung und Rollenverteilung (Patient - Klinik), die Bildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung („therapeutische Allianz“), störungs- und erkrankungsbezogene Informationssammlung und die optimale, hochgradig individualisierte Gestaltung des therapeutischen Settings, Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen, erste Ziel- und Wertklärung, erste sachliche und angepasste Auswahl der Änderungsbereiche (therapeutische Targets).

Diese geschieht unter Aufwendung hoher personaler Präsenz mit hochfrequenten Kurzkontakten, klaren Strukturvorgaben, aber auf der anderen Seite unter ständiger individueller Anpassung dieser Vorgaben an die krankheitsbedingten Erfordernisse des einzelnen Erkrankten. Auch seitens der Arbeitstherapie geht es in der Eingangsphase im Wesentlichen um die elementaren Dinge, deren Beherrschung erst die Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie schafft. Dazu gehört z.B. das Erlernen und Einüben von Körperpflege, Wohnraumpflege und Pflege bzw. Reinigung der Kleidung. Außerdem wird hier durch eine optimale Modifikation der Pharmakotherapie erst die Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie geschaffen.

Stammphase:

Mit dem Übergang in die Stammphase wird eine detaillierte Verhaltensanalyse und ein funktionales Bedingungsmodell erstellt. Anschließend werden zusammen mit dem Patienten therapeutische Ziele konkretisiert, Maßnahmen und spezielle Methoden ausgewählt und durchgeführt. Durch ständige Evaluation therapeutischer Fortschritte in den persönlichen Kontakten mit den Patienten als auch in psychiatrischer Supervision im Gesamtbehandlungsteam wird eine kontinuierliche Fortschrittsverfolgung, u.a. durch regelmäßige Ratings (z. B. GAF), gewährleistet. Die Endphase der Behandlung fokussiert die Stabilisierung und den Transfer therapeutischer Fortschritte. Das Ausblenden und vorsichtige Lösen aus der therapeutischen Beziehung geht mit häufigeren Kontakten zu beratenden Sozialarbeitern einher und hat die Hinwendung zu weniger protektiven Lebensbedingungen unter Berücksichtigung des psychosozialen und sozialmedizinischen Funktionsniveaus zur Folge (z.B. nach Hause, in Selbsthilfe, in Adaptionseinrichtungen, in betreutes Einzelwohnen, in betreute WG's etc. bis hin zu sozialpädagogischen Wohnheimen in ungünstigsten Fällen).

3.1 Gruppen- und Einzeltherapie

Die Gruppentherapie als Grundbaustein einer jeden suffizienten Suchttherapie (Zielke, 1993) wird als Instrument einer weit individualisierten, der jeweiligen biografischen und krankheits-spezifischen Situation angepassten Behandlung angesehen.

Dies gilt insbesondere bei der verhaltensmedizinischen Arbeit mit jungen Menschen und bei der verhaltenstherapeutischen Behandlung von familiären Systemen. In der Arbeit mit Psychoseerkrankungen (Gleiches gilt für die Arbeit mit Depressiven) muss in der Gruppe stets die Dynamik der Grunderkrankung jedes Patienten berücksichtigt werden.

Die psychopathologische Diagnostik und Befunderhebung sowie eine verhaltensorientierte Prozessdiagnostik sind daher Aufgabengebiete auch jedes Therapeuten.

Konfrontative Elemente müssen von den Gruppentherapeuten so souverän gehandhabt werden, dass die Gruppe den schizophren oder depressiv Erkrankten dennoch Schutz und Rückzugsraum gewährt. Bei hohen Belastungen kann auch die temporäre Befreiung eines Patienten von der Gruppentherapie sinnvoll und notwendig sein. Die Thematik der Gruppe ist zunächst eher praktisch-soziotherapeutisch. Erst im Laufe der Zeit und mit wachsender Vertrautheit können aufdeckende, im Einzelfall auch analytische Fragestellungen hinzukommen. Die Formen der Konfrontation und der Veränderung, die vom Betroffenen eingefordert werden, sind sorgfältig unter Berücksichtigung der individuellen und situativen Belastbarkeit zu überprüfen.

Diese Gruppentherapie wird ergänzt durch eine Einzeltherapie, in der noch individueller den Bedürfnissen des Einzelnen Rechnung getragen werden kann. Die Bearbeitung konfliktreicher und traumatischer Erlebnisse, die Konfrontation mit insuffizienten Verhaltensweisen und die Adaption an Stress sind besonders Themen der Einzeltherapie.

Einzel- und Gruppentherapie werden im Behandlungsteam unter psychiatrischer Leitung eng aufeinander abgestimmt. Ziel dieses engen Informationsaustausches ist es, die gewünschten Verhaltensänderungen beim Patienten genau zu lokalisieren und in kleine, überschaubare und dem Störungsbild angepasste Schritte zu operationalisieren. Diese Veränderungsschritte müssen für den Patienten sowohl kognitiv wie anschaulich erfahrbar und leistbar sein, was mit Rücksicht auf die schizophrene Grunderkrankung eine sehr individuelle Einteilung der Zielhierarchien verlangt. Ebenso ist die Konfrontation, die dem Patienten im Rahmen der Psychotherapie zugemutet werden kann, auf die Person und das Störungsbild abgestimmt zu dosieren.

Für den Patienten muss als Ergebnis dieses interkollegialen Austausches deutlich werden, dass zwischen den Behandlern Transparenz bezüglich des Vorgehens herrscht und ihm Empathie entgegengebracht wird.

3.2 Information von Betroffenen, Familie und Berufsfeld

Die Bewältigung der schizophrenen Erkrankung wird in der Klinik am Waldsee durch regelmäßige Arztvorträge gebahnt. Den Betroffenen wird u.a. das Vulnerabilitäts-Stressmodell nahe gebracht. Im Sinne einer Prävention werden die Einflüsse von Suchtmitteln auf die Krankheitsdynamik besprochen. Möglichkeiten einer Stress-Minimierung durch eine geordnete Lebensführung sind dauerndes Thema. Die Klienten werden über pharmakologische Dauer-, Intervall- und Akutbehandlung eingehend informiert. Folgen von Grunderkrankung bzw. Medikation, wie z.B. eingeschränkte Fahrtüchtigkeit, Maschinentauglichkeit etc., werden thematisiert. Den Betroffene-

nen wird in Form von Vorträgen und Visiten die Nutzung kognitiver Ressourcen durch Leistungstraining kognitiver Art (Konzentrationstraining, pädagogisches Training in Form der Schulgruppe „Lernen zu lernen“ etc.) nahe gebracht.

Die Notwendigkeit handlungsorientierter Ansätze wird bei den medizinisch geleiteten Informationen betont. Die Betroffenen erhalten dabei Hinweise, wie komplexe Handlungsabläufe, die durch Verlust intentionaler Spannungsgefüge nicht beherrschbar sind, durch Unterteilung in logisch aufeinander aufbauende operationalisierbare Segmente beherrschbar werden. Sie lernen damit, komplexe Probleme und Aufgabenstellungen Schritt für Schritt anzugehen und den so entstehenden Stress zu reduzieren. Die Lösung einzelner Schritte vermittelt ihnen dabei ein Erfolgserlebnis, während sie vor dem Gesamtproblem hilflos und orientierungslos gestanden hätten.

Der Einschluss der Familien in unsere Arbeit verschafft uns ein Bild von der Lebensrealität der Patienten und bereitet gleichzeitig den Weg für spätere Reintegration in Gesellschaft und Familie. Oft sind auch die familiären Systeme durch Krankheit und Abhängigkeit zerrüttet und belastet. Häufig wurde eine Überprotektion durch das soziale Nahfeld durch das dauernde Erleben der Handlungsinkompetenz des Patienten verstärkt. Auch das Familiensystem kann durch Erfolge in kleinen Schritten lernen, die Kompetenzen der Betroffenen stärker zu würdigen.

3.3 Pharmakotherapie

Als sine qua non erweist sich eine optimale Pharmakotherapie. Diese wirkt in der Regel auch global entlastend und beugt Therapieabbrüchen vor. Die pharmakologische Behandlung von Psychosen braucht erfahrungsgemäß eine längere Zeit, bis die Patienten, die oftmals die Nebenwirkung der verabreichten Präparate sofort verspüren, auch die antipsychotischen Hauptwirkungen erfahren. Diese Latenz im Wirkungseintritt ist bereits bei der Behandlung monomorph Erkrankter eine motivationale Durststrecke, die eine Arzt-Patient-Beziehung auf eine ernste Belastungsprobe stellt. Bei der von Suchtkranken erwarteten unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung verhindert sie leicht eine suffiziente Pharmakotherapie und damit überhaupt erst die Erfahrung, dass es wirksame Strategien im Umgang mit der Erkrankung gibt. Das Gefühl der Hilflosigkeit wird unter der Erfahrung einer „greifenden“ Medikation weichen. Die längerfristige Hospitalisation im protektiven Milieu einer Langzeittherapieeinrichtung erlaubt oft erstmals diese Erfahrung. Sie beugt wirksam Abbrüchen vor und senkt damit die Quote irregulärer Entlassungen. Praxis und hausärztliche Tätigkeit sind für die Betroffenen ein wichtiges Übungsfeld, um den Umgang mit ihrer Erkrankung im poststationären Bereich zu erproben. Die medizinische Behandlung in der Klinik am Waldsee folgt daher im Wesentlichen den Organisationsprinzipien einer hausärztlichen oder psychiatrischen Praxis (Terminabsprachen, Sprechstunden etc.).

3.4 Indikative Gruppe

Durch indikative Gruppen mit Psychosekranken wird ein Austausch der Betroffenen untereinander über ihre Erkrankung ermöglicht. Diese Gruppen erlauben es den Patienten,

sich leichter, weil vorurteilsfreier zu öffnen und ihre Probleme im Management der Erkrankung zu artikulieren. Die indikative Gruppe erlaubt es den gleichermaßen Betroffenen, leichter über ihre als peinlich-makelhaft wahrgenommene Erlebensweise und ungehemmter über den psychotische Positivsymptome zu sprechen. So erleichtert der Austausch über die eigenen Krankheitserlebnisse im Rahmen wahnhafter Erkrankungen gleichzeitig die fruchtbare Auseinandersetzung über Substanzgebrauch und -abhängigkeit. Gleichzeitig ermöglicht es die indikative Gruppe - analog der Praxis bei Substanzabhängigkeit -, Methoden und Möglichkeiten einer Selbsthilfe zu erproben und zu testen. Der Übergang in eine Selbsthilfegruppe für psychisch Kranke ist daher nach Beendigung der Therapie in der Regel hilfreich.

3.5 Handlungsorientierte Therapie

Die psychotherapeutischen und pharmakologischen Maßnahmen werden durch eine breite Fächerung handlungsorientierter Arbeitstherapien ergänzt. Die Auswahl der Techniken richtet sich dabei nach den klassischen Handwerksbetrieben, die in der Region vertreten sind (Schreinerei, Töpferei, Gartenbau, Tierhaltung, Weberei). Eine breite Berücksichtigung finden insbesondere die Arbeiten für den täglichen Lebensbedarf (Küche, Hauswirtschaft, Hausmeisterei etc.), wo der unmittelbare Zusammenhang zwischen Bedarf, Arbeit und Erfolg sichtbar und damit erfahrbar wird.

Viele der Patienten leiden unter einem Verlust eines intentionalen Spannungsbogens. Lange Konzentrationszyklen sind ihnen nicht möglich. Ihre Erfahrungen sind oft durch eigene Insuffizienz geprägt. Wichtig ist es daher Bedarf und Arbeit eng aufeinander abzustimmen. Auch die Arbeit ist in so überschaubare Schritte zu gliedern, dass Suffizienzerfahrungen für die Betroffenen möglich werden.

Wichtigste psychotherapeutische Arbeit im handlungsorientierten Bereich ist das Unterteilen komplexer, im psychotischen Erleben nicht mehr überschaubarer Handlungsabläufe in Segmente, die gerade eben noch überschaubar sind und die quasi sui generis auseinander hervorgehen. Dabei spielen die Methoden der Planung durch Zeichnung, Notiz etc. eine wichtige Rolle.

Dem Patienten mit schweren Störungen des Körperschemas kommen besonders solche Fertigungstechniken entgegen, bei denen ein unmittelbarer Materialbezug vorliegt. Es ist intendiert, Arbeitsbeginn, Arbeitsausführung und Arbeitserfolg möglichst unmittelbar nacheinander sichtbar zu machen, damit aufkommender Wunsch, Ausführung und Belohnung durch Erfolg dem Erfahrungsniveau des psychotisch Gestörten und der Erfahrungsnotwendigkeit des Suchtkranken gleichermaßen angepasst sind.

Ein wichtiges Anliegen der handlungsorientierten Therapie ist das Erlernen eines Stress-Managements bei der Arbeit. Dabei muss der einzelne Patient zunächst die für ihn situativ und subjektiv entscheidenden Stressoren (Termindruck, Lautstärke, räumliche Nähe zu Mitpatienten, Arbeit mit einem unbeliebten Mitpatienten in der gleichen Werkstatt etc.) erkennen und benennen. Die Möglichkeit, verschiedene Arbeitsplätze auszuprobieren, erlaubt so einerseits in kritischen Situationen den planmäßigen Rückzug (z.B. durch eine die Ver-

einzelung fördernde, protektive, jedoch fachkundig beaufsichtigte, lärmfreie und nicht zeitgebundene Arbeit im Garten bei einer akuten psychotischen Episode). Andererseits ist für das therapeutische Team die Möglichkeit gegeben, eben diese Stressoren maßvoll dosiert einzusetzen, z.B. indem der Patient nur einem identifizierten Stressor für begrenzte Zeit unter sorgfältiger Beobachtung des Arbeitstherapeuten ausgesetzt wird. Die enge Rückkopplung zwischen Gruppen- und Einzeltherapie, psychiatrischer Behandlung und Arbeitstherapie ist hierfür unablässige Voraussetzung.

Die Arbeitstherapie stellt den wirksamen Übungsraum für die berufsbezogene Rehabilitation dar, der um externe arbeitstherapeutische Praktika entsprechend erweitert wird. Es wird versucht, ihnen störungsbildadäquate Berufstätigkeiten nahe zu bringen und ihnen Erfahrung in diesem Raum zu ermöglichen. Die Erfahrung der Wirksamkeit von Medikamenten, bezogen auf die Grundsymptomatik der psychiatrischen Erkrankung, entlässt die Betroffenen aus der „erlernten Hilflosigkeit“ und dem Pessimismus, den sie ihren Erkrankungen gegenüber häufig zeigen.

3.6 Handlungsorientierte Therapie im Sinne von Körpertherapie

Das Körpererleben und das Körperbewusstsein des schizophränen Erkrankten ist tief gestört. Analog zum depressiv Erkrankten kann die schizophrene Wahrnehmungs- und Denkstörung ein Ausmaß annehmen, dass die eigene körperliche Existenz gezeugnet wird.

Die Ursache von selbstdestruktiven Handlungen wird oft in der defizienten Körperwahrnehmung des Schizophrenen gesehen, die auf einer mangelnden Ich-Demarkation beruht. Körpertherapie der Doppeldiagnosen-Klientel versucht daher, die Körperschemastörungen zu begrenzen und schließlich zu beseitigen. Indiziert sind daher bewusst machende, Demarkationsgrenzen setzende, Fühlen und Erleben steigernde Verfahren. Streng kontraindiziert sind suggestive oder autosuggestive Formen der Körpertherapie, z.B. autogenes Training, Phantasiereisen etc.

Demarkationsübungen bieten uns vor allem sportliche Verfahren an. Hierbei kommt Ballsportarten als Möglichkeit einer Raum-Zeit-Erfahrung und der sozialen Kontaktaufnahme eine besondere Bedeutung zu. Wichtig sind auch Belastungsübungen, wie z.B. Dauerlauf oder Kraftsport, die einen Überblick über eigene Möglichkeiten, Leistungsfähigkeiten und gleichzeitig Leistungsgrenzen geben. Sport ordnet den Betroffenen in eine Umwelterfahrung ein und führt damit zu einer indirekten Selbstwahrnehmung.

Die Selbstwahrnehmung des Betroffenen in dem Koordinationsystem von Raum und Zeit führt zu einer gleichermaßen auf die eigene Person wie auf Zeit und Ort gerichteten Reorientierung oder Orientierungssteigerung (Blankenburg, 1989).

Orientierungsstörungen, die letztlich zu Denk- und Affektstörungen führen, wird so durch eine sportorientierte Bewegungstherapie begegnet. Die Körpertherapie wird daher eine psychoseprotektive Wirkung durch Selbstwertsteigerung und Selbstbewusstwerdung entfalten, die von den Betroffenen leider erst zeitversetzt als hilfreich erkannt wird.

Eine sozial wertvolle, weil auf Kommunikation ausgerichtete

Form der Körperwahrnehmung findet sich in den meisten Formen des Mannschaftssportes (z.B. Volleyball). Ihm wird in unserem Haus eine besondere Beachtung beigemessen. Die soziale Integration in Sportvereine der Umgebung führt die Betroffenen in einen neuen sozialen Alltagskontext und in ein suchtmittelfreies Milieu ein, in dem das Thema „Droge“ oder „Rauschmittel“ kein „essential“ mehr darstellt.

4 Zusammenfassung

Als komorbid bezeichnet man Patienten mit den Diagnosen aus den Formenkreis F1/F2 und F1/F3 nach der ICD-10. Die Behandlung solcherart „doppelt“ Erkrankter erfordert eine besondere Therapieplanung und eine hohe Individualisierung des Therapieprozesses. Die Therapiestandards müssen indikationsorientiert ausgewählt und modifiziert werden. Sie sind dem Belastungsniveau der Patienten, dem Rehabilitationsziel und der gewählten Problembeschreibung anzupassen. Die Notwendigkeit der Entwicklung und Etablierung eigener Konzepte an der Schnittstelle von Substanzmissbrauch und Psychose wird immer drängender. Dabei ist besonders zu beachten, dass die doppelte Erkrankung probate Behandlungsstrategien jeweils verstellt und behindert. So begrenzt die schizophrene Erkrankung die Konfrontationsfähigkeit des Patienten, die Suchterkrankung wiederum verstellt einen eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten, sonst ein probates Ziel der Rehabilitation von psychisch Erkrankten. Bei dieser Problemkonstellation fällt dem Patienten eine wichtige Rolle zu. Die Frage der Compliance wird ergänzt durch die nach dem Coping. Zu favorisieren ist eine ressourcenorientierten Vorgehensweise. Dabei wird erkennbar, dass eine weitgehend aktive Haltung des Betroffenen im Umgang mit seiner Krankheit und mit ihren auslösenden Faktoren eine Chronifizierung vermeiden hilft. Mit dem Vulnerabilitäts-Stressmodell ist ein robustes und gut verständliches Erklärungsmodell für die Entstehung schizophrener Symptome geschaffen worden, das von schizophren Erkrankten zumeist gerne angenommen und in der Regel akzeptiert wird.

Dadurch wird dem Patient ein Instrumentarium in die Hände gelegt, seine Erkrankung mit den noch vorhandenen Ressourcen und Stärken zu steuern. Er wird aus der passiven Rolle des Patienten in die aktive und verantwortungsvolle Rolle des Experten von sich selbst gebracht. Entsprechende Ängste und auch „Bequemlichkeiten“ muss der Therapeut als solche erkennen und berücksichtigen. Ist der erste Schritt getan und erlebt der Patient zum ersten Mal, dass er viel für die Stabilisierung und Verbesserung seines Zustandes tun kann (z. B. pünktliche Medikamenten-Einnahme, Stressreduktion durch Strukturierung des Alltages u.v.m.), sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung günstig.

Literatur

- Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U (1987): Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 2 (8574): 1483-1486
- Angermeyer MC (1995): Ergebnisse der Forschung zum sozialen Netzwerk schizophrener Kranker, In: Häfner H (Hrsg.): Was ist Schizophrenie? Stuttgart: Gustav Fischer, S. 171-188
- Blankenburg W (1989): Zur Konzeption von Raum und Zeit in ihrer Bedeutung für die Bewegungstherapie in der Psychotherapie. *Integr Ther* 1: 161-193
- Dixon L (1991): Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 148(2):224-30
- Eikmeier G, Lodemann E (1991): Cannabiskonsum und Verlauf schizophrener Psychosen, *Sucht* 37: 337-382
- Häfner H (1995): Was ist Schizophrenie? In: Häfner H (Hrsg.): Was ist Schizophrenie? Stuttgart: Gustav Fischer, S 1-57
- Hermle L, Fünfgeld DM, Oepen G, Botsch H, Borchardt D, Gouzoulis E, Fehrenbach RA, Spitzer M (1992): Mescaline-induced psychopathological, neuropsychological, and metabolic effects in normal subjects: Experimental psychosis as a tool for psychiatric research. *Biol Psychiatry* 32: 976-991
- Kokkevi A, Stefanis CN (1995): Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Compr. Psychiatry* 36 (5): 329-327
- Lazarus RS, Averill JR (1993): The psychology of coping. issues of research and assessment. In: Hamburg, DA, Adams JE (eds.): Coping and adaption. New York: Basic Books
- Lazarus RS, Folkman S (1984): Stress, appraisal and coping. New York: Springer-Verlag
- Lazarus RS, Folkman S (1974): Coping with stress. New York: Springer-Verlag
- Löhner F (1999): Sucht und Psychose. Aachen: AFV
- Löhner F (1999): Ergebnisse der stationären Entwöhnung von psychotischen und nicht psychotischen Politoxikomanen - ein empirischer Vergleich. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 47: 18-24
- Löhner F, Tuchtenhagen FR (2003): Zur rehabilitativen Behandlung von Polytoxikomanen und komorbiden Substanzgebranchern – sozialmedizinische und klinische Ergebnisse und Prädiktionsmöglichkeiten. *Suchtmed* 5(2): 127-131
- Maier W, Lichtermann D (1995): Ist die Schizophrenie eine genetische Einheit? In: Häfner H (Hrsg.): Was ist Schizophrenie. Stuttgart: Gustav Fischer, S. 58-76
- Miller D (1992): Negative Symptome und therapeutische Strategien bei Schizophrenie. In: Rifkin A, Osterheider M (Hrsg): Schizophrenie - aktuelle Trends und Behandlungsstrategien. Berlin: Springer, S. 73-82
- Ross AO, Petermann F (1987): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Methoden und Anwendungsgebiete. Stuttgart: Hippokrates
- Schaub A (1995): Bewältigungsversuche bei Wahnerkrankungen. In: Löhner F (Hrsg.): Wahn und Wirklichkeit. Aachen: AFV. S. 123-156
- Soyka, M, Albus M (1994): Prävalenz von Suchterkrankungen bei schizophrenen Patienten. In: Schwoon DR, Krausz M (Hrsg.): Psychose und Sucht. Freiburg: Lambertus, S. 59-79
- Stark FM, Stolle R (1994): Schizophrenie: Subjektive Krankheitstheorien - Eine explorative Studie, Teil 2: Angehörige, *Psychiatrische Praxis* 21:74-78, 96-100
- Täschner KL (1983): Zur Psychopathologie und Differentialdiagnose sogenannter Cannabispsychosen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 51: 235-248
- Tuchtenhagen FR (2000): High intensity dependence of auditory evoked dipole source activity indicates decreased serotonergic activity in abstinent ecstasy (MDMA) users. *Neuropsychopharmacology* 22(6):608-17

- Tuchtenhagen FR (2003): Reizlautstärkenabhängigkeit akustisch evoked Dipolquellenaktivität und serotonerger Neurotoxizität von Methylendioxyamphetaminen (Ecstasy). Aachen: AFV, S. 54
- Volkow ND, Nora D, Fowler JS (1993): Decreased dopamine receptor availability is associated with reduced frontal metabolism in cocaine abusers. Synapse 14:169-177
- Wagner HB, Schwoon DR (1994): Alkoholismus und Psychose, Prävalenz und Wechselwirkung in einer klinischen Stichprobe. Freiburg: Lambertus, S. 105-124
- Zeiler J (1994): Schizophrene Bewältigungsstile und Substanzmißbrauch. In: Schwoon DR, Krausz M (Hrsg.): Psychose und Sucht, Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. Freiburg: Lambertus, S. 49-58
- Zielke M (1993): Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz, S. 48-62
- Zubin J, Spring B (1977): Vulnerability - a new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol 86:103-126

Dr. med. Frank Löhner
Klinik am Waldsee, AHG
Riedener Mühlen 3 • 56745 Rieden
Tel.: 02655/933 0

Dipl. Psych. Robert Soto – Löwenthal
Klinik am Waldsee, AHG
Riedener Mühlen 3 • 56745 Rieden
Tel.: 02655/933 161
rsotoloe@ahg.de

Dr. med. Frank R. Tuchtenhagen
Klinik am Waldsee, AHG
Riedener Mühlen 3 • 56745 Rieden
Tel.: 02655/933 0
ftuchten@ahg.de