



Selbst, Sucht und Psychose: Struktur und Persönlichkeitsorganisation bei Patienten mit Doppeldiagnosen

Tilman Kluttig

Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie Reichenau

t.kluttig@zfp-reichenau.de

**4. Dortmund-Hemeraner Fachtagung: Zukunft der psychiatrischen Versorgung:
Brüche überwinden – Brücken bauen.**

Hemer, 21.09.2017

1. PatientInnen mit Doppeldiagnosen – eine Herausforderung für die Versorgung!
2. Epidemiologische Aspekte und klinische Merkmale.
3. Modelle zum Zusammenhang Psychose und Sucht.
4. Besondere forensische Aspekte.
5. Ein psychiatrischer und forensischer Behandlungsverlauf.
6. Psychodynamische Überlegungen: Selbst und Persönlichkeitsorganisation bei Psychose- und SuchtpatientInnen
7. Therapeutische Strategien

1. PatientInnen mit Doppeldiagnosen - eine Herausforderung für die Versorgung

PatientInnen mit Doppeldiagnosen...

- gelten als schwer behandelbar aufgrund schlechter Compliance...
- werden oft mit einem therapeutischen Nihilismus konfrontiert (Schnell 2015)...
- nach Aufgabe des Prinzips der sequentiellen Behandlung werden mittlerweile integrative Programme favorisiert (Drake & Mueser 2000, Gouzoulis-Mayfrank 2007), die aber trotz Empfehlung in Leitlinien (DGPPN 2006, NICE 2011) nur langsam implementiert werden....

- Behandlungseffekte sind eher gering – aber vorhanden (Thomsen-Rothfuss 2010, Bechdorf et al 2012, Gouzoulis-Mayfrank 2015). Fokus eher auf „harm reduction“ (Gouzoulis-Mayfrank, 2015).
- Behandlungsprozesse bei DD-Patienten gehen über Jahre, bis sich eine Stabilisierung und Remission einstellt (Drake et al 2008, Baker et al 2012).

2. Epidemiologische Aspekte und klinische Merkmale

- Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und einer komorbiden Suchterkrankung weisen eine Lebenszeitprävalenz von 47% (Regier et al 1990, NIMH-Studie, ähnlich Kessler & Kendler 1997 US National Comorbidity Study) auf. Alkoholabusus war mit 37% die häufigste Zusatzdiagnose, gefolgt von Cannabis mit 19,7%.
- Bei Ersterkrankten (ABC-Studie) lag bei 14,2 % Drogenmissbrauch vor, dabei in 88% Cannabis (Hambrecht & Häfner 1996). Im internationalen Vergleich stark streuende Werte (bis zu 80% in einer englischen Studie von Barnett et al 2007).

Soziodemographische Merkmale:

- Eher jüngere Männer mit niedrigem Bildungsniveau, ungünstigem Verlauf und schlechter Prognose (Drake & Mueser 2000, Gouzoulis-Mayfrank 2007).
- Häufiger von Obdachlosigkeit betroffen (Dixon et al 1990)

Klinische Merkmale:

- Häufiger psychotische Rückfälle und Notfalleinweisungen.
- Mehr selbst- und fremdaggressives Verhalten.
- Langfristig schwierigere rehabilitative Prozesse (Dixon 1999, Mueser et al. 2000, Gouzoulis-Mayfrank 2007)

-
- Eher weniger wahnhaft (Sembhi & Lee 1999).
 - Unterschiedliche Befunde zur Ausprägung Positiv- vs. Negativsymptomatik (Thomsen-Rothfuß 2010).
 - Weniger formale Denkstörungen während der psychotischen Phasen (Basu et al 1999).
 - Höheres Maß an depressiver Symptomatik (Margolese et al 2004, Strakowski et al 1994).
 - Teilweise höheres Suizidrisiko in Verbindung mit Impulsivität.
 - Ersterkrankungsalter bei Cannabiskonsumenten früher als bei Abstinente(n).

3. Modell Psychose und Sucht

A) Substanzkonsum verursacht Schizophrenie

Dieses Modell gilt für Halluzinogene, Cannabis und Stimulantien.

Andreasen et al (1987) konnten in einer großen Kohortenuntersuchung an Wehrpflichtigen in Schweden zeigen, dass Soldaten, die bei der Eingangsuntersuchung Erfahrungen mit Cannabis angaben, ein 2.4fach höheres Risiko hatten, an Schizophrenie zu erkranken, bei starkem regelmässigen Konsum bis zu einem 6fach höheren Risiko. Weiter Studien in NL (NEMESIS, ZUID-HOLLAND-STUDIE) und Deutschland (EDSP) untermauern den Zusammenhang.

Ein kausaler Zusammenhang kann nicht belegt werden. Cannabiskonsum wird als Risikofaktor bewertet (Semple 2005, Sanier et al 2004), insbesondere bei

- Personen, die Cannabis in der Adoleszenz konsumieren
- Personen, die vor Beginn des Konsums psychotische Symptome aufweisen
- Personen mit einem hohen genetischen Risiko

B) Substanzkonsum ist eine Folge der Schizophrenie
(Selbstmedikationshypothese)

Khantzian formulierte diese Hypothese 1997 ausgehend von Problemen der Emotionsregulierung und Affekttoleranz als Ursache von Substanzmissbrauch. Bei schizophrenen Patienten sei Substanzkonsum ein Versuch der Selbstmedikation von Negativsymptomen (THC, Amphetamine) und Positivsymptomen (Alkohol, Opiate).

-
- Insgesamt sind die Befunde dazu widersprüchlich, es gibt außerdem Hinweis auf Zusammenhänge zwischen Konsum und Persönlichkeitsmerkmalen wie Impulsivität und „sensation seeking“ (Dervaux et al 2001).
 - Als Motive des Konsums wurden in verschiedenen Studien ähnliche wie in der Allgemeinbevölkerung genannt: Langeweile, soziale Motive, Schlafverbesserung, Angst, Unruhe, Dysphorie genannt.

-
- Supersensitivitätsmodell: Dieses Modell von Mueser et al. 2002 postuliert, dass bei Schizophrenen der Konsum von psychotropen Substanzen die Stressschwelle senkt, diese aber gleichzeitig eine erhöhte Reagibilität bereits bei niedrigen Dosen aufweisen, also auch eher negative Konsequenzen des Substanzmissbrauchs erleben.

C) Gemeinsame Ursache/Risikofaktoren

Hier gibt es Überlegen aus der Neuropathologie, dass schizophrene Patienten möglicherweise besonders empfänglich auf die belohnenden Effekte von Drogen reagieren (Dopamin-Opioid-Neurotransmissionskreisläufe, Gregg et al 2007). Andere Überlegungen betreffen soziale Variablen: Familiäre Dysfunktionen, traumatische Erfahrungen (DD-Patienten weisen höhere Werte an traumatischen Kindheitsbelastungen auf Scheller-Gilkey et al 2004). Mueser et al (1997, 1998) haben auf eine Subgruppe hingewiesen, bei der als gemeinsamer Faktor eine antisoziale Persönlichkeitsstörung vorliegt.

D) Bidirektionale Modelle

Blanchard et al (2000) schlugen das Affektregulationsmodell vor, welches wie andere ähnliche Modelle darauf hinausläuft, dass sich maligne Kreisläufe von Suchtmittelkonsum als Möglichkeit von Affektregulation und Stimulation bei fehlenden Bewältigungsmechanismen entwickeln, die dann zu Erfahrungen von scheinbarer Selbstwirksamkeit und positivem Affekt führen, und damit den Substanzkonsum aufrecht erhalten.

4. Besondere forensische Aspekte

Steinert et al. haben 1998 anhand einer Biographieanalyse von 26 forensisch untergebrachten schizophrenen Tätern zwei prototypische Verlaufsformen identifiziert:



- **Dissoziale Verhaltensweisen vor dem 15. Lebensjahr**
- **Schwierige Sozialisationsbedingungen**
- **Prämorbid aggressives Verhalten**
- **Prämorbid Alkohol/Drogenmissbrauch**
- **Vorstrafen**
- **Häufig Antisoziale Persönlichkeitsstörung**



- **Unauffällige Sozialisation**
- **Prämorbid sozialer Rückzug**
- **Paranoide Schizophrenie**
- **Langer Krankheitsverlauf mit sozialem Abstieg und sekundärem Alkoholabusus**
- **Zunahme aggressiver Handlungen im Verlauf dieser Entwicklung.**

Mueser et al haben zwei Subtypen von PatientInnen mit Doppeldiagnosen vorgeschlagen (2002, D'Amelio, 2009):

	Doppeldiagnose-Subtyp	
	APS	Supersensitivität
▪ Aller bei Beginn von SMA	Früher	Später
▪ Anzahl konsumierter Suchtmittel	Größer	Kleiner
▪ Körperlichen Abhängigkeit von Suchtmittel	Stärker	Schwächer
▪ Familiengeschichte in Bezug auf Suchtmittel	Belastet	Unbelastet
▪ Aller bei Beginn der SPS	Früher	Später
▪ Prämorbid soziales Funktionieren	Randständig	Gut
▪ Aktuelles soziales Funktionieren	Schlecht	Gut
▪ Anzahl psychiatrischer Symptome	Mehr	Weniger
▪ Aggressivität	Größer	Kleiner
▪ Prognose	Ungünstig	Günstig

*Legenda: SPS= Schwere psychische Störung; SMA= Substanzstörung; APS= Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Die Verlaufscharakteristika forensisch untergebrachter Patienten und die von Mueser et al vorgeschlagenen Subgruppen werfen die Frage auf, ob hier unterschiedliche Behandlungsstrategien angewendet werden müssen (D'Amelio 2009).

5. Ein psychiatrischer und forensischer Behandlungsverlauf

Unterbringungsanlass: 2013 verübte A. mit einer Schreckschusswaffe bewaffnet einen Raubüberfall. Vorausgegangen war zuvor eine weitere Straftat, er hatte bei einer Fahrkartenkontrolle einen Zugbegleiter mit einer Schreckschusswaffe bedroht, war dann in Gewahrsam genommen worden und, da er angab Stimmen zu hören, in die Psychiatrie eingeliefert worden, wo er nach wenigen Tagen entwich. Vorausgegangen war über Monate ein getrieben wirkendes Umherreisen, er war obdachlos, ein exzessiver Cannabisabusus und wie sich in der Behandlung dann erst ergab, mehrere ähnliche Raubdelikte.

Verurteilung 2013: Haftstrafe von 2 J 6 M, Unterbringung in einer Entziehungsanstalt.

Biographische/Klinische Eckdaten:

- Mutter zeigte sich nach Geburt überfordert, kam mit dem Neugeborenen nicht zurecht, lehnte es eher ab.
- 1989 Geburt der Schwester, auf die A. sehr eifersüchtig reagierte.
- 1993 Trennung der Eltern aufgrund einer Affäre des Ehemannes
- 1994 Einschulung, A. wird als hochbegabt idealisiert, ist Einzelgänger und wird durch tätliche Auseinandersetzungen mit Mitschülern auffällig.
- Mutter heiratet erneut, der „Ersatzvater“ stirbt 1999 tragisch nach einem Unfall.

-
- Die Mutter von A. reagiert mit einer schweren Depression, A. zeigt einen massiven Leistungsabfall in der Schule, fällt disziplinarisch auf und zeigt Verhaltensstörungen und Manierismen.
 - 2001 Umzug zum Vater, der ihn in ein Internat schickt. In der Folge wird er zweimal von Internaten disziplinarisch entlassen, lebt dann beim Vater. Mit 14 beginnt er einen massiven Cannabismissbrauch.
 - Erreicht den Realschulabschluss mit viel Unterstützung. Zieht wieder zur Mutter, beginnt eine Ausbildung, die er aber nach kurzer Zeit wieder abbricht. Anschließend erstmalig Klinikaufenthalt wg. aggressiven Ausbrüchen.

-
- Zivildienst und verschiedene Praktika, die aber nicht zu einer Berufsausbildung führen. Jobbt bei Zeitarbeitsfirmen.
 - 2008 erstmalig ausgeprägt paranoides Erleben.
 - 2010 Entwöhnungsbehandlung, wird schnell rückfällig, beginnt zu dealen und wird disziplinarisch entlassen.
 - Beziehungsabbruch zum Vater.
 - 2011 floride psychotische Episode, erste längere stationäre Behandlung.
 - Danach lebt er in der Nähe der Mutter, kompensiert mit Sport.

-
- Verliert seine Wohnung und wird obdachlos. Weiterhin Drogenkonsum und akustische Halluzinationen. Zieht bis zur Inhaftierung unbeständig durch die Lande, finanzierte sich mit Raubüberfällen, und besuchte „Freunde“ aus der Rap- und Drogenszene oder um Eingebungen seiner Stimmen zu folgen.
 - Ab 2013 Unterbringung nach § 64 StGB, intensive psychotherapeutische Behandlung, medikamentöse Behandlung, Entlassung in eine betreute Wohngemeinschaft, Arbeit in einem Beschäftigungsprojekt. Versuch einer Ausbildung scheitert aufgrund mangelnder Fördermöglichkeiten. In der Unterbringung durchgehend abstinent und compliant, kommt es nach Entlassung erneut zu Drogenmissbrauch und mangelnder Compliance (aufgrund seiner Desorganisiertheit).

-
- Weiterbehandlung durch die Forensische Ambulanz. Er dekompenziert 2017 erneut, wird stationär aufgenommen, verliert seinen WG-Platz.
 - Nach dem Tod seiner Mutter, zieht sich A. völlig in Phantasiewelten zurück, konsumiert exzessiv, schließlich Krisenintervention nach § 67h StGB.
 - Kurzzeitige Stabilisierung während der KI, danach Aufnahme im Wohnheim, bald erneute Verschlechterung. Aktuell steht eine Anhörung bevor wegen wiederholter Weisungsverstöße bez. Abstinenz.

6. Psychodynamische Überlegungen - Selbst und Persönlichkeitsorganisation

- Hartmann 1964 (Ich-Psychologie). Selbst als Repräsentant der ganzen Person im Ich – selbstreflexiv und personal.
- Kohut 1973, 1987: Selbst als Konzeption des Kerns einer Persönlichkeit mit verschiedenen Anteilen, die sich zu einer kohärenten Struktur verbinden. Selbstpsychologie (Milch 2001): virtuelles Selbst in der Vorstellung der werdenden Eltern, Auftauchen des ersten Selbstgefühls, Entstehung und Konsolidierung des Selbst und der Selbstentwicklung im Lebenszyklus.
- Lichtenberg 1991: Selbst als Zentrum der Initiierung, Organisation und Integration der Motivationssysteme und Erfahrungen.
- Aspekte des Selbst: Körper, Psyche, Soziales.

Selbst und Psychose aus phänomenologischer und psychodynamischer Sicht

- Schizophrenie als Desintegration und Desorganisation der psychischen Strukturen (Scharfetter 1999).
- Kohut 1973: Fragmentierung des Selbst und Verlust des Ich-Erlebens.
- Pao 1979: Verlust der Kontinuität des Selbst. Volkan 2004: Fragmentierung, Gefühl des mangelhaften Selbst.

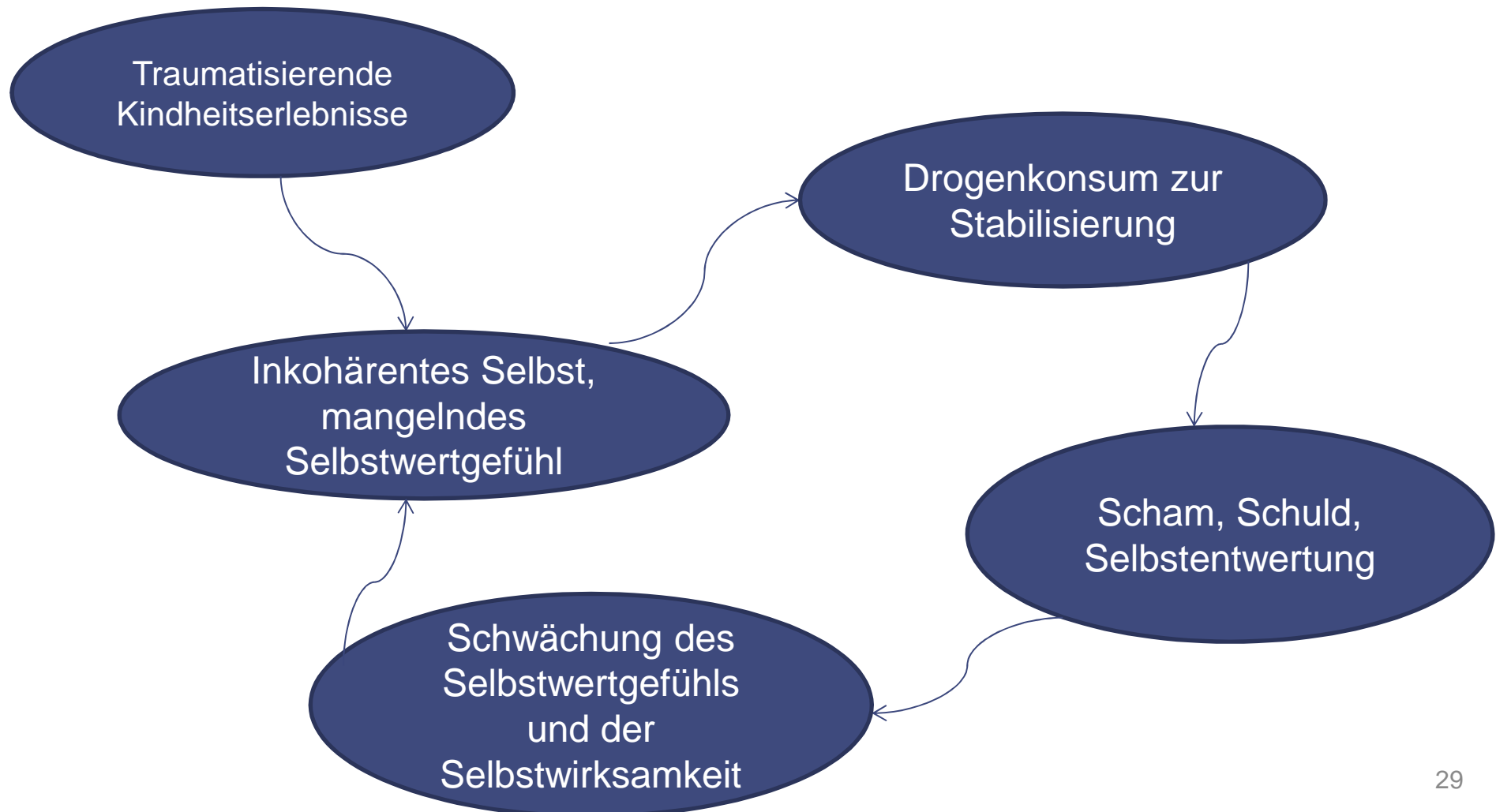
-
- Benedetti 1992: Projektion von Selbstfragmenten auf die Umwelt um der Fragmentierung entgegen zu wirken. Zweifache Abwehr: Autistische Isolierung in einer privaten symbolischen Eigenwelt und Projektion – paranoides Erleben.
 - Hartwich 2016: Begriff der Parakonstruktion anstelle des Abwehrbegriffs – Verständnis der Symptomatik als Gegenregulation.

Selbst und Sucht aus psychodynamischer Sicht

- Strukturelle Ich-Schwäche bei Suchtkranken, die die Abwehr und Toleranz von Spannungszuständen verhindert (Fenichel 1945: Impulsneurosen).
- Rado 1933: Defizit der Regulierung des Selbstwertgefühls.
- Wurmser 1997: Suchtmittel als Ersatzobjekt.
- Milch 2001: Suchtmittel als pathologisches Selbstobjekt.
- Einschränkung der Affekttoleranz, -regulierung und – symbolisierung, die durch Suchtmittel scheinbar kompensiert wird (pharmakogene Abwehr nach Wurmser 2000),

Bilitza 2009, 21f: „...unbezwingbarer Drang, sich die Substanz einzuverleiben, um einen spezifischen Affektzustand oder um Selbstregulation zu erreichen....Die so verstandene Sucht ist der vergebliche Versuch, Selbst-Strukturen...zu erwerben. Das Suchtmittel und die Beziehung zum Suchtmittel werden zum pathologischen Ersatz für nicht gelingende Internalisierungen, weil Halt gebende, Liebe spendende Bezugspersonen, die den Aufbau innerer Strukturen ermöglichen würden, fehlen oder unzureichend sind. Diese Sehnsucht, die sich als „Suche nach dem guten Objekt“ (Burian 2003) zeigt, verwandelt sich in Sucht (Bilitza & Heigl-Evers 1993)“

Abhängigkeitsentwicklung aus selbstpsychologischer Sicht (De Greck & Northoff 2016)



Persönlichkeitsorganisation bei Sucht und Psychose aus psychodynamischer Sicht

Psychose	Sucht
Fragmentierung, Desorganisation	Angst vor Objektverlust
Isolierung – paranoides Erleben	Suchtmittel als pathologisches Selbstobjekt
Mangelhaftes Selbst, Selbstwertregulation	Selbstwertgefühl Selbstwertregulation
Affektregulation	Affektregulation
Belohnungsaspekt	Belohnungsaspekt

7. Therapeutische Strategien bei PatientInnen mit Doppeldiagnosen

- Differentielles Vorgehen bei Komorbidität mit antisozialer Persönlichkeitsstörung oder kriminogenem Lebensstil in der Vorgeschichte
- Frühinterventionen
- Psychosoziale Aspekte: Vermeidung von Obdachlosigkeit und prekären Lebensverhältnissen
- Klinisch: Behandlungsadhärenz fördern, Harm reduction
- Forensisch: Realistische Formulierung/Umgang mit Abstinenzweisungen, gutes Entlassmanagement

Psychotherapeutischer Fokus:

- Adaptierte Psychoedukation
- Affektregulation
- Selbstwert
- Angemessene alternative Belohnungsstrategien – „positive addiction“
- Akzeptanz von Zeit und stützenden therapeutischen Selbstobjekten



Hase und Igel: In seinem Erleben mag sich der Behandler wie der Hase fühlen, der atemlos zwischen den Fokussen Sucht und Psychose hin- und her eilt. Umgekehrt (und nicht dem Märchen entsprechend) könnten Behandler sich aber wie der Igel und seine Frau darauf einrichten dem Phänomen der Doppeldiagnose gelassen an beiden Polen des Feldes zu begegnen.



Vielen Dank!
t.kluttig@zfp-reichenau.de

-
- Andréasson et al. (1987) Cannabis and schizophrenia - a longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, 330 (8574), 1483-85.
- Baker, A.L. et al. (2012) Treatment of cannabis use among people with psychotic disorders: a critical review of randomised controlled trials. *Curr Pharm Design*, 18, 4923-37.
- Barnett, J.H. et al. (2007) Substance use in a population based clinic sample of people with first episode psychosis. *BJP*, 190(6), 515-20.
- Bechdorf, A. et al. (2012) Motivationsbehandlung für Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht. *Nervenarzt*, 83, 888-96.
- Benedetti, G. (1992) *Psychotherapie als existentielle Herausforderung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Blanchard, J. et al (2000) Substance use disorders in schizophrenia. *Clin. Psychol. Rev.*, 20(2), 207-34.
- Bilitza, K. (2009) Suchtpsychotherapie - Einführung. In: Ders. (Hrsg.) *Psychotherapie der Sucht*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- D'Amelio, R., Behrendt, B., Wobrock, T. (2007) *Psychoedukation Schizophrenie und Sucht*. München: Urban & Fischer.
- De Greck, M., Northoff, G. (2016) Abhängigkeitserkrankungen. In: Böker, H., Hartwich, P., Northoff, G. (Hrsg.) *Neuropsychodynamische Psychiatrie*. Heidelberg: Springer.
- Dervaux, A. et al (2001) Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking or anhedonia? *AJP*, 158(3) 492-94.
- DGPPN (Hrsg.) (2006) *S3-Praxisleitlinien. Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Darmstadt. Steinkopff.
- Dixon, L. (1999) Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophr. Res.*, 35 (Suppl.), 93-100.
- Drake, R.E., Mueser, K.T. (2000) Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. *Schiz. Bull.*, 26, 105-118.

-
- Drake, R.E., O'neal, E.L., Wallach, M.A. (2008) A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring substance use disorders. *J. Substance Abuse Treatment*, 34, 123-38.
- Fenichel, O. (1945) *Psychoanalytische Neurosenlehre*. Bd. II. Olten: Walter, 1977.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007) *Komorbidität Psychose und Sucht - Grundlagen und Praxis*. Darmstadt: Steinkopff.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2015) Sektorübergreifende, integrative Therapie bei Psychose und Sucht. *Dtsch. Ärzteblatt*, 112(41), 683-91.
- Gregg, B., Barrowclough, C., Haddock, G. (2007) Reasons for increased substance abuse in psychosis. *Clin. Psychol. Rev.*, 27(4), 494-510.
- Hambrecht, M. Häfner, H. (1996) Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol. Psychiat.*, 40(11), 1155-63.
- Hartmann, H. (1964) *Ich-Psychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hartwich, P. (2016) Schizophrenie und andere Psychosen. In: Böker, H., Hartwich, P., Northoff, G. (Hrsg.) *Neuropsychodynamische Psychiatrie*. Heidelberg: Springer.
- Khantzian, E.J. (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders. A Reconsideration and recent applications. *Harvard Rev. Psychiat.*, 4, 231-44.
- Kessler, R.C., Kendler, K.S. (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol. Med.*, 27, 1101-19.
- Kohut, H. (1973) *Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kohut, H. (1987) *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt: Suhrkamp.
- Lichtenberg, J. (1991) *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Berlin: Springer.

-
- Margolese, H. et al. (2004) Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychosis. *Schizophr. Res.*, 67, 157-66.
- Milch, W. (2001) *Lehrbuch der Selbstpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Mueser, K.T. et al. (2000) Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophr. Bull.*, 26, 179-92.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., Wallach, M.A. (1998) Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive behaviors*, 23(6), 717-34.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., Wallach, M.A. (2002) Komorbidität von psychotischen Störungen und Substanzstörungen. In: F. Moggi (Hrsg.) *Doppeldiagnosen: Komorbidität von psychischen Störungen und Sucht*. Bern: Huber, 93-122.
- Mueser, K.T. et al (1997) Antisocial personality disorder, conduct disorder and substance abuse in schizophrenia. *J. Abn. Psychol.*, 106(3), 473-77.
- National Institute for Health and Care Excellence NICE (2011) *Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings*. London: NICE.
- Pao, P.N. (1979) *Schizophrenic disorders. Theory and treatment from a psychodynamic point of view*. New York: IUP.
- Rado, S. (1933) The psychoanalysis of pharmacothymia. *Psychoanalytic Q.*, 2, 21-23.
- Regier, D.A. et al. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 264, 2511-18.
- Scharfetter, C. (1999) Das weite Spektrum bedürfnisangepasster Therapien bei Schizophrenien. In: Hartwich, P., Pflug, B. (Hrsg.) *Schizophrenien - Wege der Behandlung*. Sternenfels: Wissenschaft & Praxis.

-
- Scheller-Gilkey, G. et al. (2004) Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse. *Schizophr. Res.*, 69, 167-174.
- Schnell, T. (2014) Klinische Prognose schizophrener Patienten mit Cannabisabhängigkeit. *Nervenarzt*, 85, 1084-92.
- Sembhi, S., Lee, J. (1999) Cannabis use in psychotic patients. *Australian J. Psychiat.*, 33(4), 529-32.
- Von Thomsen-Rothfuss, C. (2010) Komorbidität Psychose und Sucht. Kurz- und mittelfristige Veränderungen der Symptomatik nach Teilnahm an einem Gruppenprogramm zur Reduktion des Cannabiskonsums. Universität Konstanz, Dissertation.
- Semple, D. (2005) Cannabis as a risk factor for psychosis. *J. Psychopharmacology*, 19, 187-94.
- Steinert, T., Voellner, A., Faust, V. (1998) Violence and schizophrenia: Two types of criminal offenders. *Eur J Psychiat*12: 153 - 165.
- Stratkowski, S.M. et al. (1994) Substance abuse in psychotic disorders. *Schizophr. Res.*, 14, 73-81.
- Volkan, V.D. (2004) Das infantile psychotische Selbst und seine weitere Entwicklung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wurmser, L. (1997) Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wurmser, L. (2000). The power of the inner judge: psychodynamic treatment of the severe neuroses. London: Aronson.