

**31. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.**  
20. -22. Juni 2018

## **„Sucht und Komorbidität – Sucht als Komorbidität“**

### **Forum 4**

**„Komorbidität in der Behandlung Drogenabhängiger“**

**Dr. Frank Tuchtenhagen & Dipl.-Psych. Uwe Kallina**

*„Herausforderungen und Chancen in der Therapie komorbider Drogenabhängiger  
– Im Fokus: Psychosen und Persönlichkeitsstörungen“*

# Teil 1

## Im Fokus: Psychosen

# Symptome schizophrener Störungen nach ICD-10

- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Wahnwahrnehmung
- Halluzinationen, besonders kommentierende oder dialogisierende Stimmen
- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
- Zerfahrenheit, Gedankenabreißen u. a.
- Katatone Symptome
- Negative Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachter Affekt
- Charakteristische Symptomatik über mindestens einen Monat
- Ausschluss von nachweisbaren organischen Ursachen

## Subtypen schizophrener Störungen nach ICD-10

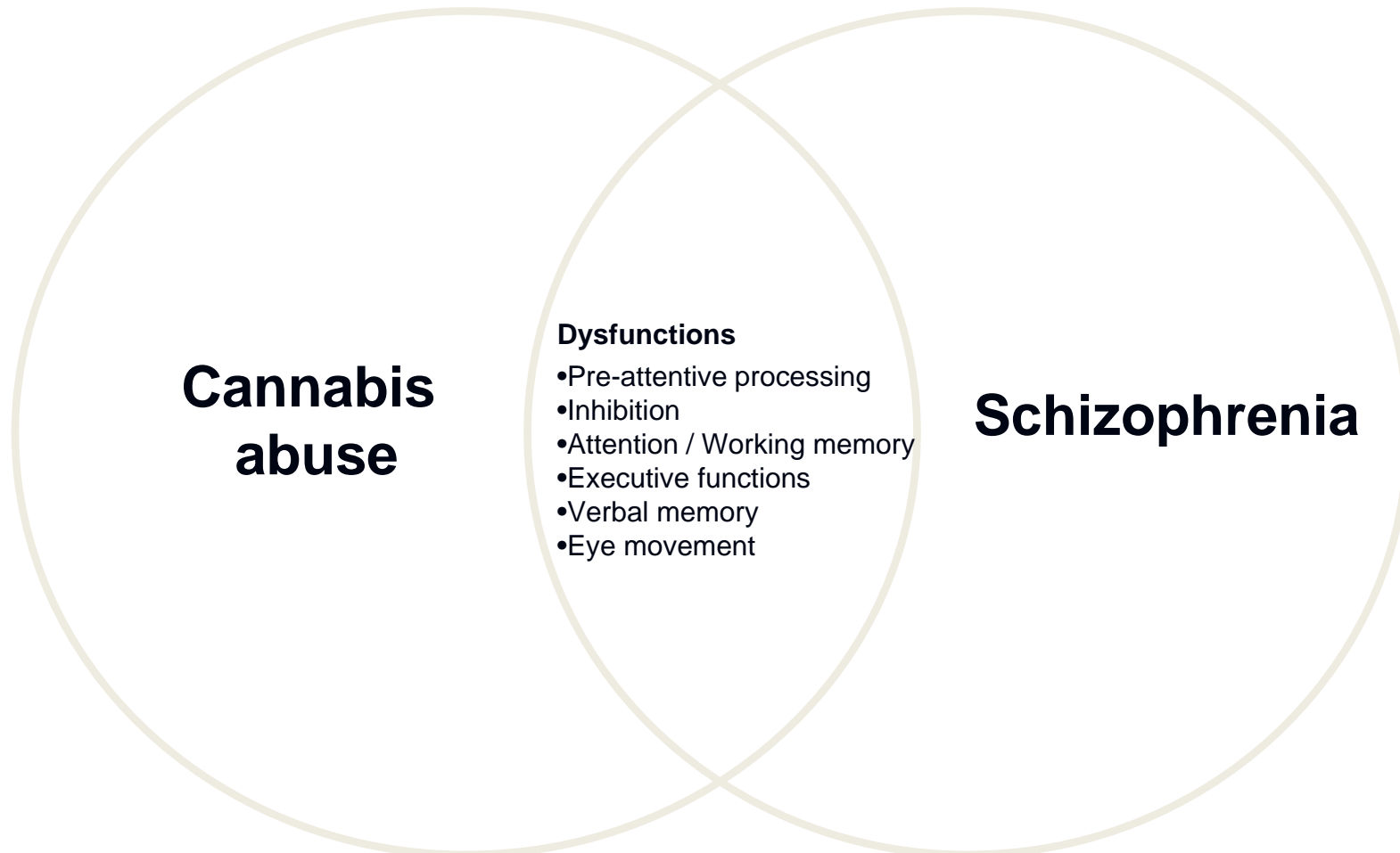
- Paranoide Schizophrenie (F20.0)
- Hebephrener Typ (F20.1)
- Katatone Schizophrenie (F20.2)
- Undifferenzierte Schizophrenie (F20.3)
- Postschizophrene Depression (F20.4)
- Schizophrenes Residuum (F20.5)
- Schizophrenia simplex (F20.6)

# Entstehungsmodell der Schizophrenie

- Zunächst kann der **Drogenkonsum** aufgrund seiner neurobiologischen Wirkmechanismen bei vulnerablen Personen eine Psychose auslösen.
- Darüber hinaus ist das allgemein akzeptierte Entstehungsmodell der Schizophrenie das „**Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell**“.
- Stressartige Belastungen durch kritische Lebensereignisse wie Umzug oder Verlust von Kontakten sowie hoch emotionale familiäre Situationen bei einem vielfach biologisch disponierten und reduziertem individuellen Verarbeitungsvermögen können zu einem akuten Ausbruch der Schizophrenie führen.
- Die besondere Vulnerabilität (Verwundbarkeit oder Empfindlichkeit) steht im Zusammenhang mit einer kognitiven Basisstörung der Informationsverarbeitung bzw. Informationsfilterung.
- Die Patienten können kaum Hierarchien bilden und nur schwer Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden
- Ferner fällt es ihnen schwer, unterschiedliche Außenreize zu filtern, so dass es zum Erleben von ängstigenden Überflutungen kommt („**Filterstörung**“). Viele Symptome der Schizophrenie wie Wahn, übermäßiges Misstrauen, sozialer Rückzug oder auch sich wiederholende Bewegungen können eine Folge dieser **Basisstörungen** sein und stellen dann erste Bewältigungsversuche dar, „Ordnung im Kopf“ zu schaffen, Ängste abzubauen oder sich selbst Erklärungen für gestörte Wahrnehmungen zu geben.

## Cognitive dysfunctions of cannabis abuse: Parallels with endophenotypes of schizophrenia?

(In Anlehnung an Solowij & Mitchie, 2007)





# Nebenwirkungen des Konsums von synthetischen Cannabinoiden

Meist ähnliche Symptomatik wie nach Cannabiskonsum

- Tachykardie (beschleunigter Puls, „Herzrasen“)
- „Rote Augen“, Mydriasis (Weitstellung der Pupille)
- Angstzustände
- Sedierung
- **Akute Psychosen**
- Gedächtnislücken

Zusätzlich auftretende Symptome

- Generalisierte epileptische Anfälle
- Hypokaliämie
- Hypertonie
- Übelkeit, heftiges Erbrechen
- Agitation, gewalttätiges Verhalten
- Koma
- Relativ schnelle Toleranzentwicklung

*Quellen:*

Schneir, 2012 J Med Tox

Rosenbaum et al., 2012 J Med Chem

Forrester et al., 2011 J Add Dis

Hermanns-Clausen et al., 2012 Addiction

Hohmann et al., 2014 Dtsch Arztebl

**Dr. Frank Tuchtenhagen & Dipl.-Psych. Uwe Kallina**

„Herausforderungen und Chancen in der Therapie komorbider Drogenabhängiger – Im Fokus: Psychosen und Persönlichkeitsstörungen“

# Therapieziele in der stationären Drogentherapie

- Erarbeitung eines Krankheitskonzeptes
- Verbesserung der Medikamentencompliance
- Frühsymptomanagement zur Rückfallprophylaxe
- Emotionsdifferenzierung
- Förderung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit
- Verbesserung der Kommunikationskompetenz
- Verbesserung kognitiver Funktionen (Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit, Problemlösen)
- Management der Plussymptomatik
- Management von Negativsymptomatik
- Verbesserung der Belastbarkeit
- Verbesserung der Selbstständigkeit in Bezug auf die Haushaltsführung, Hygiene, Selbstversorgung
- **Abstinenzfähigkeit**



# Therapiebausteine

- Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich Psychopharmakotherapie
- Psychiatrische Krankenpflege
- Verhaltenstherapie im Einzel- und im Gruppensetting
- Indikative Gruppen zur Krankheitsbewältigung, zur Beachtung von Frühwarnzeichen (Rezidivprophylaxe) und zu kognitiven und interpersonellen Fertigkeiten (IPT), Selbstsicherheitstraining, Soziale Kompetenztrainings, Emotionales Kompetenztraining mit kreativen Medien
- Arbeitstherapie mit Kreativangeboten und computergestützten kognitiven Training
- Arbeitstherapie mit Belastungserprobungen in den internen Werkstätten und in externen Praktika
- Sport- und Bewegungstherapie
- Entspannungstraining (Jacobson)
- Angehörigenarbeit (u.a. Familiengespräche)

# Umgang mit Rückfällen und Rezidiven

- Bei schizophrenen Störungen ist gelegentlich mit Verschlechterungen oder gar akuten Rezidiven zu rechnen.
- Deswegen ist ein besonderes und erprobtes Krisenmanagement in enger Zusammenarbeit mit psychiatrischen Fachkliniken zur schnellen und unkomplizierten Verlegung in die stationäre Akutbehandlung notwendig.
- Nach erfolgter psychiatrischer Akutbehandlung ist in der Regel eine Rückverlegung in die Reha-Einrichtung möglich.



# Therapie der Schizophrenie

## Bedeutung der Verhaltenstherapie

## Bedeutung der Verhaltenstherapie

1. Mittlerweile liegt auch klinisches Erfahrungswissen vor, um den differenzierten Einsatz entsprechender psychotherapeutischer Behandlungsverfahren empfehlen zu können.
2. Im Mittelpunkt der Therapie stehen folgende zentralen Aspekte:
  - automatische Gedanken, Identifikation von Gedankenketten, Überzeugungen, Fehlinterpretationen, Denkfehler, selektive Aufmerksamkeit usw.
  - viele erfolgreiche Methoden zur Behandlung von Depressionen oder Angststörungen können übernommen werden (Gedankentagebuch, Auflisten von Vor- und Nachteilen von Überzeugungen usw.)
3. Patienten erhalten über die kVT ein „**Werkzeug**“, mit dem sie bestimmte Aspekte ihrer Psychopathologie effektiver als bisher „bearbeiten“ können.
4. VT bei schizophrenen Psychosen ist mittlerweile leitlinienbasiert anhand der **S3-Behandlungsleitlinien**.
5. **Dies ändert nichts an der zentralen Bedeutung der medikamentösen Behandlung.**



# Wo liegt der Denkfehler in der Ablehnung von PT bei Schizophrenien?

PT wird immer wieder gleichgesetzt mit

- „Gesprächen“,
- „Emotionsbearbeitung“ oder
- „Aufarbeitung“ der Entwicklung (Tiefenpsychologie)

## Die „Vorurteile“ gegenüber Psychotherapie

- Psychotherapie (PT) **hilft nicht** bei einer Schizophrenie.
- PT ist bei Wahnerkrankungen überhaupt **nicht indiziert** – vielmehr sogar gefährlich („Bloß nicht am Wahn rühren“).
- Schizophrene sind für eine PT **nicht ausreichend motiviert**.
- PT führt zu einer zu **starken emotionalen Involvierung** und kann zu Exazerbationen führen.
- PT bedeutet generell Stress und **destabilisiert Patienten**.
- PT ist **gegenüber Psychopharmakotherapie nachrangig** und hinsichtlich der Wirkung zu vernachlässigen.
- PT ist generell in der Behandlungs- und Versorgungsstruktur zu **vernachlässigen**.
- ...

# Psychotherapie: allgemein negative Wirkungen

## 1. Unmittelbare negative Auswirkungen

- Verschlechterung der bestehenden Symptomatik,
- Chronifizierung der Störungssymptome,
- Auftreten neuer Symptome,
- Suizidalität (u.a. Bilanzierungsreaktionen),
- Überforderung des Patienten (auch durch nicht realisierbare Ziele oder Zustände),
- Vertrauensverlust des Patienten durch Enttäuschungen in der Therapie,
- bleibende nachteilige Persönlichkeitsveränderungen („Psychotherapiedefekt“).

## 2. Mittelbare negative Auswirkungen

- Folgen der negativen sozialen Bewertung der Therapie selbst (z. B. beruflich),
- Symptomshift (insbesondere bei „inneren Komorbiditäten“, z.B. Essstörungen),
- Nachteile auf die soziale Umwelt (u.a. Partner oder Familie),
- ....

(Hofmann, Rudolf, Strauß, 2008, Psychotherapeut 53:4–16)

---

# „Behaviorale Zugänge “ zur Schizophrenie: Entwicklungen

## Der ältere Ansatz: der „periphere Zugang“

- Schizophrenie wird als biologische Störung verstanden.
- Das bevorzugte Vorgehen besteht darin zu versuchen, die Störung durch Coping-Strategien auf der Verhaltensebene, Problemlösen und kognitive Remediation unter Kontrolle und möglicherweise auch zum Rückgang zu bringen.
- Diese Richtung betrachtet Halluzinationen, Wahnideen und Denkstörungen als Ausdruck der biologischen Erkrankung, an welche am besten mit biologischen Methoden (Medikamente) herangegangen wird.

## Aktuelle Sichtweise: Der „zentralistische Ansatz“

- Ausgangspunkt ist die Wirksamkeit der kVT bei der Depression und anderen Störungen
- Wahnideen und Halluzinationen haben starke psychologische Komponenten, d.h. stehen hier in einem sehr engen Zusammenhang.
- Eine Symptomlinderung kann durch direkte oder indirekte Interventionen dieser Komponenten erfolgen.
- Schizophrene Symptome werden im Hinblick auf diese psychologischen Komponenten gezielt hinterfragt – woraus sich dann die individuelle Behandlungsstrategie ergibt.



# Verhaltenstherapie der Schizophrenie

## Behandlungsphasen und Ziel der Behandlung

# Behandlungsphasen

➤ Die Behandlungsphasen richten sich nach den allgemeinen Prinzipien für die Durchführung der kVT:

- Beziehungsaufnahme und Motivationsförderung
- Anamnese und Diagnostik
- Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses der Symptomatik
- Therapieplanung
- Behandlung zentraler Symptome
- Intervention bzgl. dysfunktionaler Grundannahmen
- Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit

➤ Diese Phasen sind **nicht als „strenge Sequenz“** von Schritten anzusehen sondern sind als **„Kreislaufprozess“** zu gestalten.

➤ **Motivationsförderung** sollte zu Beginn einer jeden neuen Phase stehen.

---

# Behandlungsziele

Im Mittelpunkt steht die **Reduktion** persistierender psychotischer Symptome

- Allgemein: emotionale Entlastung
- Vollständige, realitätsgerechte Wahrnehmung sozialer Situationen
- Angemessene kognitive Verarbeitung von Situationen ohne kognitive Fehler
- Modifikation dysfunktionaler Grundannahmen zur eigenen Person
- Bewältigung von Alltagsanforderungen trotz persistierender Symptome

# Beispiel: Wahn

- Positive Symptome werden allgemein als das Ergebnis „**dysfunktionaler Wahrnehmung und kognitiver Verarbeitung sozialer Situationen**“ angesehen
- Diese **dysfunktionalen Verarbeitungsprozesse** können verändert werden
- Bei den Patienten soll die Bereitschaft gefördert werden, ihre wahnhaften Annahmen an Erfahrungen zu überprüfen
- Wahn wird als **dimensionales (!) Konstrukt** verstanden und soll sich nur quantitativ, nicht qualitativ vom gesunden Denken unterscheiden (ist umstritten!)

„Die Möglichkeit des Zweifels, die **Fähigkeit zu partieller und zeitweilig vollständiger kritischer Distanzierung und Korrektur** ist vielen an Schizophrenie Erkrankten im Beginn und auch in späteren Stadien gegeben, wenn auch in der Betroffenheit und Evidenz des aktuellen Wahnerlebens während akuter, produktiv-psychotischer Exazerbationen die Kritik für kürzere oder längere Zeit untertaucht und dann das Kriterium der **absoluten Gewissheit und Unkorrigierbarkeit**, der vollständigen Unzulänglichkeit gegenüber kritischen Einwendungen erfüllt ist.“

Huber & Gross, 1977

Wahn als Störungen in der „Überstiegsfähigkeit“ (Janzarik, 1985)

- kVT versucht, die **Möglichkeit des Zweifels oder der Überstiegsfähigkeit** konsequent in der Therapie umzusetzen
- Grenzen liegen in der aktuellen Psychopathologie

Dr. Frank Tuchtenhagen & Dipl.-Psych. Uwe Kallina

„Herausforderungen und Chancen in der Therapie komorbider Drogenabhängiger – Im Fokus: Psychosen und Persönlichkeitsstörungen“

# Wahn: Behandlungsstrategien

- Der gemeinsamen **Suche nach der verfügbaren Evidenz für die Richtigkeit der wahnhaften Überzeugungen** kommt in der kVT zentrale Bedeutung zu.
- Dafür wird der Patient angeleitet, **Beobachtungen, Schlussfolgerungen und Gefühle sorgfältig zu unterscheiden.**
- Wahnhafte Überzeugungen werden auch unter funktionellen Aspekten, z.B. als **Vermeidungsverhalten** zur Reduktion von Angst oder Depressivität, analysiert.
- Bewährte Strategien zur Unterstützung der **Distanzierung von Gedanken** werden gezielt eingesetzt.
- Es geht grundsätzlich um die **Suche nach alternativen Erklärungshypothesen**, z.B. im Sinne des „sokratischen Dialogs“ über über Rollenspiele.
- Rationale Alternativen sollen mit Hilfe von **Realitätsprüfung** z.B. über Hausaufgaben getestet werden.
- **CAVE: Vermeidung von direkter Konfrontation oder Kollusion sowie Berücksichtigung kognitiver Defizite**

## Realitätsprüfung: Beispiele

**Pat.:** „Die Mafia beobachtet meine Wohnung.“

*Th.:* „Oh, das würde mir Angst machen. Könnte es denn auch eine andere Organisation sein?“

*(empathisch, nicht konfrontierend, evtl. leicht kollusiv)*

*Th2:* „Sie sind sicher gestresst – da muss etwas vorgehen.“

*(akkurat aber kollusiv)*

*Th3:* „Kommen Sie schon, Sie wissen, dass es da draußen keine Mafia gibt.“

*(konfrontierend)*

*Th4:* „Sie könnten recht haben. Wie können wir das herausfinden?“

*(akkurat aber kollusiv)*

*Th5:* „Erzählen Sie mir mehr darüber und wie wir herausfinden können was da vor sich geht.“

*(nicht empathisch, nicht konfrontativ, nicht kollusiv)*

## Realitätsprüfung: Beispiele

**Pat.:** „Ich hätte nie die Schlacht bei Waterloo verlieren sollen und mit ihr das Imperium Frankreich.“

*Th.:* „Das ist interessant. Können Sie mir etwas mehr darüber erzählen wie Sie darin involviert waren?“

*(empathisch, nicht konfrontierend, nicht kollusiv)*

*Th2:* „Vielleicht können wir Sie aus der Kriegsgefangenschaft erlösen.“

*(Kollusion)*





# Akustische Halluzinationen (Stimmenhören)

## Was hält die Stimme aufrecht?

- Das von der Stimme Gesagte verursacht Angst. Dies erhöht die Anspannung, was wiederum die Stimmen verstärkt.
  - Das Erlebnis des Hörens der Stimme löst den negativen Gedanken „Ich habe keine Kontrolle mehr, die Stimme wird mich und mein Denken beherrschen“ aus, was wiederum Angst auslöst, die zu einer erhöhten Anspannung und unter Umständen zum Einsatz dysfunktionaler Strategien zur Reduktion der Anspannung (wie z.B. Cannabiskonsum) führt. Dadurch können die Stimmen letztlich weiter verstärkt werden.
  - Eine Stimme warnt einen Patienten davor, dass der ihm gegenüberstehende Mann seine Seele aussaugt. Der Patient versucht sich zu schützen, indem er den Mann angreift. Dies führt zu einer Reaktion, die wiederum zu erhöhter Erregung und der Bestätigung führt, dass man „gegen ihn ist“. Dies wiederum vermehrt die paranoiden Stimmen.
-

# Akustische Halluzinationen (Stimmenhören)

## Therapieziele: weitergehende Betrachtungen

- Wenn mehr als eine Stimme vorhanden ist, sollte jede Stimme einzeln betrachtet werden, da verschiedene Stimmen unterschiedliche Zielsetzungen erfordern können (z.B. beim dialogisches Stimmenhören)
- Bei einer Stimme kann das Ziel z.B. darin bestehen, die dysfunktionalen Überzeugungen, die mit dem Gesagten in Verbindung stehen, zu modifizieren, während das Ziel für eine andere Stimme sein kann, ihr die Macht und Autorität zu nehmen.
- Man sollte sich generell darüber Gedanken machen, welche Veränderung eines Aspekts der Stimme auf andere Aspekte derselben oder auf andere Stimmen hat.
- Wenn der Patient z.B. zu der Erkenntnis gelangt dass seine belastenden Stimmen lediglich lebhaftere Erinnerungen und nicht Nachrichten des Vaters sind, würde dies zwangsläufig auch die Überzeugung schwächen, dass die ermutigenden Stimmen von der verstorbenen Mutter stammen.
- Ebenso würde der Beweis, dass eine Stimme unwissend ist und keine Macht besitzt, entscheidende Konsequenzen für den Glauben daran haben, dass sie von einem Erzengel stammt.
- Der soziokulturellen oder religiöse Hintergrund des Patienten muss immer berücksichtigt werden!



## Psychotherapie-Richtlinien

### §22: Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie

Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:



1. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz
2. Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, In Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen.
3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe.
4. **Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen**

## Was hat sich in den letzten Jahren entwickelt?

„Selbst wenn genetische / somatische Faktoren bei der Krankheitsentstehung und dem Verlauf eine ausschlaggebende Rolle spielen, können **verhaltensbezogenen und neuropsychologischen, Strategien** eine hohe Bedeutung bei dem Management dieser Störungen zukommen. Typische Beispiele hierfür sind bipolare Störungen, **schizophrene Psychosen** oder organische Psychosyndrome.“

(Schramm & Berger, 2011, Nervenarzt, 82: 1414 – 1424)

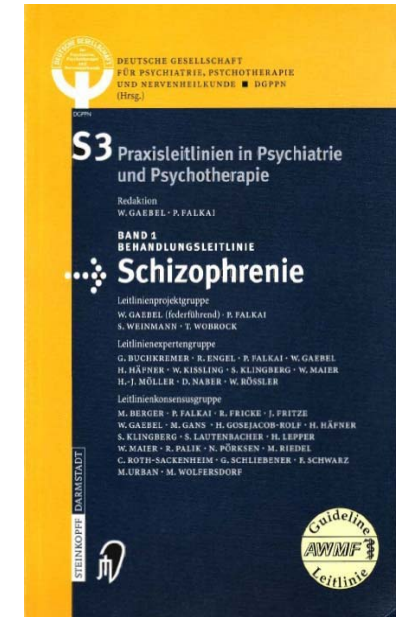
## Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien zur Schizophrenie

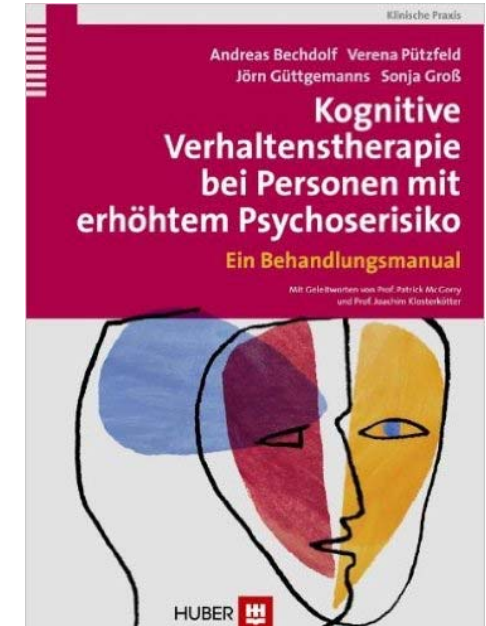
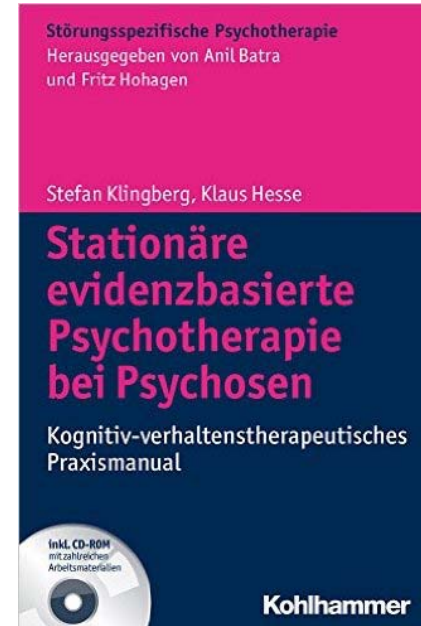
- DGPPN, 2006 DE
- APA, 2004 (mit „guideline watch“ 2009) us
- PORT 2009 us  
(„Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, Schiz Bull 36, 94 – 103)
- NICE 2009 GB  
(National Institute for Health and Care Excellence)
- Weitere in Kanada, Australien, Neuseeland, Schottland
- Leitlinienvergleich:

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (2005), 187, 248–255

### Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison

WOLFGANG GAEBEL, STEFAN WEINMANN, NORMAN SARTORIUS,  
WOLFGANG RUTZ and JOHN S. McINTYRE





<b>Beziehungsaufnahme</b>		
<b>Beziehungs- gestaltung</b>  Entspannte Gesprächsatmosphäre  Humor  Empathie  Selbstöffnung des Therapeuten  Affirmation  Respekt vor der Autonomie	<b>Anamnese, Diagnostik, Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses</b>	
	<b>Therapieplanung, Schwerpunktsetzung</b>	
	<b>Bearbeitung wahnhafter Überzeugungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fokus auf Aufrechterhaltung (e.g. safety behavior)</li> <li>- Fokus auf Informationsverarbeitung und cognitive bias (Threat perception, Jumping to conclusions, Externalising, intention of others)</li> </ul>	<b>Bearbeitung von Halluzination</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bearbeitung auslösender Stressoren</li> <li>- Neubewertung der Reizquelle</li> <li>- Realitätstesten von Überzeugungen bzgl. der Halluzination</li> <li>- Verbesserung der Bewältigung persistierender Halluzinationen</li> </ul>
	<b>Bearbeitung dysfunktionaler Schemata</b>	<b>Bearbeitung der sozialen Integration</b>

(Klingberg et al., 2009)

# Akustische Halluzinationen (Stimmenhören)

## Therapietechniken

- MP3-Player, Ohrstöpsel, Duschen ....
- Zeigen, Hinsehen und Benennen  
(Begrenzte Ressourcen für „Produktion von Stimmen“ und anderer kognitiver Arbeit)
- Subvokales Sprechen oder Singen
- Konzentration auf die Stimmen  
(Einnehmen einer wissenschaftlichen, objektiven Haltung)
- Beschränkung des Zeitraums, in dem der Patient den Stimmen zuhört  
(Reservieren eines definierten „Zeitfensters“ für die Stimmen)
- An- und Abstellen der Stimmen
- Modifikation der Überzeugungen, die den Äußerungen der Stimme zugrunde liegen



## Schlussfolgerungen

- Psychopharmakotherapie ist unerlässliche Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation schizophrener (Sucht-) Kranker
- VT der Schizophrenie ist eine evidenz- und leitlinienbasierte Behandlungsstrategie
- Therapiemanuale sind vorhanden
- Problematisch: hoher zeitlicher und personeller Aufwand (!)
- greift erheblich in die ambulante und stationäre Behandlungsstruktur ein
- setzt hohe Kompetenz und Erfahrung des Verhaltenstherapeuten voraus
- spezifische Wirksamkeitsnachweise bei Doppeldiagnosen wegen suchtspezifischer Eigendynamik stehen noch aus
- dennoch insgesamt vielversprechend

## Teil 2

# Im Fokus: Persönlichkeitsstörungen

## Erste Herausforderung... Diagnostische Probleme



1. Wie gut lassen sich Persönlichkeitsstörungen voneinander abgrenzen?
  - *Probleme der Differentialdiagnostik (→ innere Komorbiditäten)*
2. Wie gut lassen sich Persönlichkeitsstörungen von anderen psychischen Störungen abgrenzen?
  - *Probleme der Komorbidität und der Differentialdiagnostik*
3. Wie gut lassen sich Persönlichkeitsstörungen von organischen Erkrankungen abgrenzen?
  - *Veränderung der Persönlichkeit z.B. bei der Alzheimer Demenz, Hirntumoren*

## Erste Herausforderung... Diagnostische Probleme



**Hintergrund:** erprobte aber auch kritische Handwerkszeuge...

### ***Kategoriale Diagnosesysteme (DSM IV, ICD-10):***

- ❖ Tendenz zu Mehrfachdiagnosen
- ❖ Heterogene Symptome bei gleicher Diagnose
- ❖ Hoher Überlappungsgrad von Diagnosen  
und oft nicht eindeutige Zuordnung von Symptommustern
- ❖ Skalen zum Schweregrad nicht vorhanden
- ❖ Normative Vorstellungen unklar (Was ist eine gesunde Persönlichkeit?)
- ❖ Vermischung von Beschreibung und Bewertung von Persönlichkeitsmerkmalen
- ❖ Willkürliche festgelegte Schwellenwerte
- ❖ ...

## Erste Herausforderung... **Diagnostische Probleme**

### **Basis:**

- Psychopathologischer Befund
- Vorbefunde
- Aktive Registrierung von Verhaltenseindrücken
- Verhaltensbeobachtungen insbesondere mit Blick auf Verhaltensbrüche
- Diagnostisches „Bauchgefühl“
- ...

## Erste Herausforderung... Diagnostische Probleme



### Hinwendung zu sog. Hybridmodellen am Beispiel des DSM V:

#### *Kategoriale PS-Diagnosen auf Basis*

- dimensionaler Einschätzungen zum Funktionsniveau der Persönlichkeit (A)  
und
- maladaptiver Persönlichkeitseigenschaften (B)

## Erste Herausforderung... Diagnostische Probleme



## Dimensionaler Einschätzungen zum Funktionsniveau der Persönlichkeit (A)

### **4 Fähigkeitsbereiche:**

*Identität und Selbststeuerung → eigenes Selbst*

*Empathie und Nähe → Umgang mit anderen Menschen*

**Ausmaß:** 5 Beeinträchtigungsniveaus pro Bereich

**Für Diagnose:** mind. eine mittelgradige Beeinträchtigung

## Erste Herausforderung... Diagnostische Probleme



### Maladaptive Persönlichkeitseigenschaften (B)

Taxonomie von 25 Persönlichkeitsfacetten mit 5 übergeordneten Domänen  
(Krueger et al. 2011)

#### **Negative Affektivität** (vs. emot. Stabilität)

Emotionale Labilität,  
Ängstlichkeit,  
Trennungsangst,  
Unterwürfigkeit,  
Feindseligkeit,  
Perseveration,  
Depressivität,  
Misstrauen, Affektarmut  
(Fehlen von)

#### **Verschlossenheit** (vs. Extraversion)

Anhedonie,  
Depressivität,  
Vermeidung von  
Nähe, Misstrauen,  
(sozialer) Rückzug,  
Affektarmut

#### **Antagonismus** (vs. Verträglichkeit)

Neigung zu  
Manipulation,  
Unehrllichkeit,  
Grandiosität, Suche  
nach Aufmerksamkeit,  
Gefühlskälte,  
Feindseligkeit

#### **Enthemmtheit** (vs. Gewissenhaftigkeit)

Ablenkbarkeit,  
Impulsivität,  
Verantwortungs-  
losigkeit, Mangel an  
rigidem  
Perfektionismus,  
Risikobereitschaft

#### **Psychotizismus** (vs. Adäquatheit)

Ungewöhnliche  
Überzeugungen und  
innere Erlebnisse,  
Exzentrizität, Denk- und  
Wahrnehmungs-  
störungen



## Erste Herausforderung... Diagnostische Probleme



### Vorteile:

- Komponenten bilden Merkmale ab, die den Erfolg von Psychotherapie beeinflussen können
- Defizite und Fähigkeitsbereiche des Patienten können besser identifiziert werden
- Integration von Diagnostik, Therapieplanung und Prozessbeobachtung

# Zweite Herausforderung...

## Therapeutische Probleme



# Ich-Syntonie

Mangelnde  
Änderungsmotivation

Manipulative  
Strategien

Abwertung und Kritik

Machtkämpfe

Abbruch

Leidensdruck wegen  
der Konsequenzen

Wunsch nach  
Beziehungen

Wunsch nach  
Selbstwerterhöhung

Wunsch nach  
Kontrolle

Wunsch nach  
Unlustvermeidung

## Zweite Herausforderung... Therapeutische Probleme



### Problem subtiler suchtbedingter Auffälligkeiten / Beeinträchtigungen

(Verborgener Teufelskreis)

- Nichterkennen funktioneller Beeinträchtigungen (Anosognosie)
- Gleichgültigkeit gegenüber funktionellen Beeinträchtigungen (Anosodiaphorie)
- Gefühle können nicht mehr differenziert wahrgenommen und geschildert werden („Seelentaubheit“: Alexithymie)
- Amotivationales Syndrom
- Anhedonie
- Antriebsminderung
- Denkstörungen, Entscheidungsschwäche („jump to conclusion“)
- Somatisierungsneigung
- Schwankendes Durchhaltevermögen
- „Indirekte“ Rückfälle (Verhaltensrückfälle)
- Autobiografische Gedächtnisstörungen
- Vergröberung im Persönlichkeitsgefüge (Entdifferenzierung)

## Zweite Herausforderung... Therapeutische Probleme



Dr. Frank Tuchtenhagen & Dipl.-Psych. Uwe Kallina

„Herausforderungen und Chancen in der Therapie komorbider Drogenabhängiger – Im Fokus: Psychosen und Persönlichkeitsstörungen“

## **Grundsätze therapeutischen Handelns**

- Kooperative Beziehung
- Verlässlichkeit des Therapeuten
- Klare, zeitlich limitierte Vereinbarungen und Regeln
- Vermeidung von Interventionen, die den Selbstschutz der Patienten verletzen
- Differentielle Positivierung von Persönlichkeitsmerkmalen
- Gegenwarts- und realitätsorientierende Anfangsphasen
- Strukturierende Gesprächsführung
- Abklärung zwischenmenschlicher Beziehungsmuster und Konfliktsituationen
- Psychoedukative Konfrontation mit den Negativfolgen der eigenen Verhaltensweisen (u.a. unmittelbare Unterbrechung gefahrenvoller, aggressiver und potentiell selbstverletzender Handlungen)
- Hierarchisierung der Behandlungsziele
- keine Veränderung der „Persönlichkeit“ als globales und unspezifisches Therapieziel
- Orientierung an „praktischen“ Problemen
- Angebotsvielfalt (Skill-Training, achtsamkeitsbasierte Übungen, tiergestützte Therapie etc.)
- Frühe Organisation der Nachbetreuung

## Zweite Herausforderung... Therapeutische Probleme



### Unterstützung durch einen milieutherapeutischen Rahmen

(in Anlehnung an Redl)

- Schaffung von zuverlässigen, durchschaubaren und vertrauensvollen sozialen Strukturen
- Übereinstimmung der vermittelten und gelebten Wertesysteme (z.B. kein „Szeneverhalten“ Sprache, Musik, Umgangsformen, Piercings, Tattoos)
- Definierte und verlässliche Gewohnheiten, Rituale und Verhaltensregeln
- Therapeutische Elastizität
- Beachtung der Dynamik zwischen den Gruppenmitgliedern
- Beachtung der „Zwischenräume und -zeiten“ (insb. Schnittstelle Therapiezeit / Freizeit problematisieren)
- Einhalten von Ordnung, Sauberkeit der Umgebung, Körperpflege, Rasur
- ...

Zweite Herausforderung...  
Therapeutische Probleme



**Strukturelle Voraussetzungen**

**Medizin / Pflege**

**Psychotherapie**

**Arbeitstherapie**

**Schnittstellenmanagement**

(u.a. regelmäßige Fallkonferenzen)

**Sport**

**Sozialberatung**

**Verwaltung**

Qualitätssicherung durch regelmäßige interne / externe Supervision, Fortbildungsveranstaltungen



## Zusammenfassung

- Wissenschaftliche Erkenntnisse aus unterschiedlichen Forschungsbereichen (Diagnostik, Medizin, Psychotherapie) geben wichtige Impulse für ein tieferes Verständnis und eine bessere Behandlung komorbider Suchterkrankungen
- Milieuthérapie ist ein geeigneter, d.h. definierter Rahmen zur Unterstützung bestehender Therapieverfahren, der seine Wirkung „integrativ“, d.h. über sämtliche Einzelmaßnahmen hinweg entfaltet (Katalysatorwirkung).
- Um die Behandlungsmotivation und die Compliance zu erhalten bzw. zu fördern, ist ein eng verzahnter Behandlungsverlauf erforderlich.
- Ein wechselseitiges Schnittstellen- und Entlassmanagement zwischen allen Versorgungsbereichen ist Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung.