

Die Behandlungspraxis zwischen Individualisierung und Standardisierung – unter besonderer Berücksichtigung der Komorbidität

Monika Vogelgesang

Zusammenfassung

Psychische Komorbidität ist bei Abhängigkeitserkrankungen sehr häufig. In der AHG Klinik Münchwies zum Beispiel lag für den Entlassjahrgang 2008 die mittlere Anzahl psychischer Diagnosen bei 3,3.

Bei der Therapieplanung und -steuerung ist zu bedenken, dass die Symptome der einzelnen Störungen in einem komplexen Bedingungs-zusammenhang zueinander stehen, so dass Interventionen bezogen auf einen Bereich vielfältige Auswirkungen auch auf andere Symptomkomplexe haben können.

Notwendig im Sinne der Zielerreichung ist es deshalb, die einzelnen Störungsmuster mit den jeweiligen Interdependenzen zu kennen und ihren Verlauf zu beobachten, um frühzeitig gegenregulierende Maßnahmen durchführen zu können.

Nach und neben der Bearbeitung der absolut prioritären Bereiche (z. B. Entgiftung) ist es im Sinne der Nutzung von Synergieeffekten sinnvoll, basale Ziele und entsprechende Maßnahmen zu definieren, die gleichermaßen auf Symptomkomplexe mehrerer Störungen abzielen. Darüber hinausgehend sind jedoch spezifische Vorgehensweisen erforderlich, deren Austeriarung, aufgrund der damit in Verbindung stehenden Risiken bezüglich einer Symptomakzentuierung in den nicht fokussierten Bereichen, hohe Ansprüche an das therapeutische Können stellen.

Schließlich wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass alle im steuernden Gesundheitswesen sowie in Forschung und Lehre Verantwortlichen dem häufig vernachlässigten Phänomen der psychischen Multimorbidität mit all seinen Auswirkungen (z. B. auf die Therapieplanung, auf die erforderliche Therapiedauer und auf die Prognose) eine ausreichende Würdigung zukommen lassen.

Einleitung

Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen stellt in verschiedenster Hinsicht eine Hochrisikokonstellation dar (Lorscheider & Fehr, 2009; Wedekind & Havemann-Reinecke, 2009): So sind zum Beispiel süchtige PatientInnen mit Angststörungen we-

niger häufig erwerbsfähig und öfter arbeitslos. Sie leiden bezüglich des Suchtmittelkonsums unter einem stärkeren Kontrollverlust sowie unter heftigeren Entzugserscheinungen. Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung in Kombination mit einer Abhängigkeitserkrankung verschlechtert die Prognose bezüglich einer Suchtmittelabstinenz.

Trotz ihrer gravierenden Folgen wurde und wird der psychischen Multimorbidität sowohl in der allgemeinen Darstellung als auch in Lehre und Forschung, gemessen an ihrer Häufigkeit, erstaunlich wenig Aufmerksamkeit zuteil.

Das Ausmaß, in dem die komorbide Symptomatik im klinischen Kontext gewürdigt wird, hängt neben der „Aufdringlichkeit“ der vorliegenden Symptomatik ganz entscheidend von dem jeweiligen Behandlungssetting ab. Bezogen auf die Kategorien Sucht bzw. sonstige psychische Störungen definiert dieses auch die Index- bzw. die nachgeordnete Störung. So wird man im Gegensatz zu psychosomatischen Kliniken in suchttherapeutischen Einrich-

tungen immer die Substanzabhängigkeit als Hauptdiagnose einstufen.

Eine zu stark differente Gewichtung der einzelnen Störungen birgt jedoch verschiedene Gefahren. Bezogen auf die nicht prioritär fokussierte Erkrankung besteht das Risiko, dass sie, wenn nicht vollkommen übersehen, so doch bezüglich ihrer Schwere unterschätzt wird, dass ihr keine oder eine nur inadäquate Therapie zuteil wird und dass vor diesem Hintergrund die Symptomatik persistiert mit all den damit verbundenen Nachteilen für den Patienten. Eine mangelnde Würdigung der Komorbidität hat jedoch darüber hinausgehend auch negative Auswirkungen auf die Indexstörung: Aufgrund der, weiter unten noch ausführlicher dargestellten, innigen Verwobenheit der Symptome ist zu befürchten, dass ohne Beachtung der Begleiterkrankungen die Funktionalität der als prioritär eingestuften Störung nicht hinreichend erkannt wird, dass vor diesem Hintergrund die Behandlung nicht adäquat durchgeführt werden kann und somit die Symptomatik weiter bestehen bleibt.

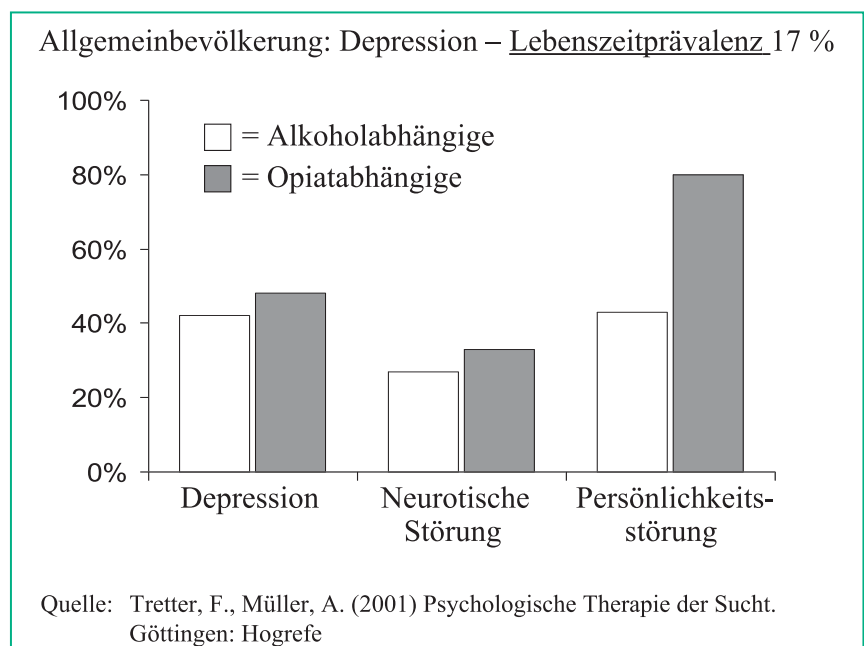


Abbildung 1: Relative Häufigkeit (life-time) psychischer Störungen bei Substanzabhängigkeit in aktueller Behandlung

Bezogen auf das Setting der Suchttherapie bedeutet das unter anderem, dass aus einer mangelnden Beachtung und Bearbeitung der neben der Substanzabhängigkeit vorliegenden sonstigen psychischen Störungen eine nicht zu unterschätzende Rückfallgefährdung bezüglich des Substanzkonsums besteht. Vor diesem Hintergrund ist es im Sinne der Zielerreichung notwendig, dass nicht nur die gerade ins Konzept passende Störung und nicht nur einzelne Teile der Pathologie einer Patientin sondern deren gesamte Person mit all ihren Symptomen und Ressourcen fokussiert wird. Unter Beachtung der für die einzelnen Störungen vorliegenden Standards kann Therapie dann als darauf bezogene individuelle „Maßanfertigung“ erfolgen.

Epidemiologie

Sowohl Depressionen als auch „neurotische“ Störungen und Persönlichkeitsstörungen treten bezogen auf die Lebenszeit bei Suchtkranken deutlich häufiger auf als bei der Normalbevölkerung.

So haben Alkoholabhängige zum Beispiel eine Lebenszeitprävalenz von über 40% bezüglich depressiver Erkrankungen, wohingegen diese Quote in der Allgemeinbevölkerung bei 17% liegt (siehe Abb. 1).

Über Zweifachstörungen hinausgehend gibt es in der Literatur kaum verlässliche epidemiologische Daten. Die folgende Darstellung bezieht sich auf den Entlassjahrgang 2008 der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der AHG Klinik Münchwies (siehe Abb. 2).

Die mittlere Anzahl der psychischen Diagnosen (genannt „F- Diagnosen“ nach dem Kapitel F der ICD 10) betrug hierbei 3,3.

Diese Darstellung verdeutlicht eindrucksvoll, dass die psychische Monodiagnose, von der in der Literatur gemeinhin ausgegangen wird, inzwischen, zumindest bezogen auf das dargestellte Setting, mit 4, % als nicht mehr repräsentativ einzustufen ist.

Funktionalitäten

Wie oben bereits angesprochen, stehen die einzelnen Störungen nicht solitär nebeneinander, sondern sie sind miteinander verbunden in einem Sinnzusammenhang, dessen Verständnis essentiell ist zur Planung einer adäquaten Therapie.

Aus der klassischen suchtherapeutischen Perspektive bildet die Sucht, auch bei vorliegender Komorbidität, den Mittelpunkt der Psychopathologie bei Abhängigkeitserkrankungen. Sie ist es, die den Menschen aus dem Gleichgewicht bringt und somit gegebenenfalls auch weitere psychische Störungen verursacht. Demgegenüber sieht die traditionelle psychosomatische

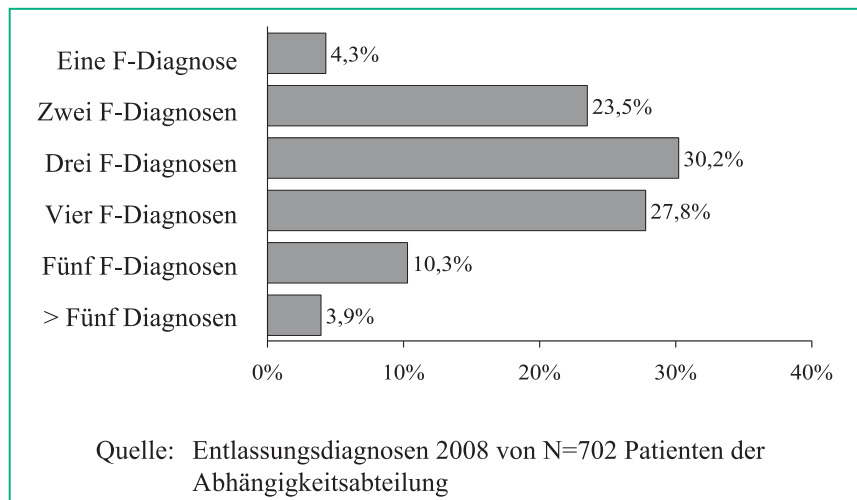


Abbildung 2: Anzahl der F-Diagnosen

Perspektive jedoch in dem abhängigen Substanzkonsum bei psychischer Multimorbidität meist den Aspekt der „Selbstmedikation“ zur Reduktion der quälenden Symptome anderer seelischer Erkrankungen.

Beide Erklärungsheuristiken gehen jedoch aufgrund der simplifizierenden Linearität der Ansätze häufig an der Wirklichkeit vorbei. Will man der Frage auf den Grund gehen, ob nun die Suchterkrankung die Depression verursacht hat oder umgekehrt, so wird man in vielen Fällen auf einen beidseitig interdependenten, zirkulären Verursachungsmodus kommen mit einer gegenseitigen Aufschaukelung der Symptome durch mittel- und langfristige Verstärkungen. So vertieft, trotz kurzfristiger, handlungssteuernder Entlastung, der Suchtmittelkonsum die Depression, die ihrerseits durch die passagere Symptomreduktion den Substanzgebrauch aufrechterhält.

Weitere Störungen, wie zum Beispiel Angsterkrankungen, bilden ihrerseits ein-

gewobene Kreissysteme mit ähnlicher Dynamik (siehe Abb. 3):

Über diese Darstellung hinausgehend, arbeitet die für die Therapieplanung essentielle klinische Bedingungsanalyse die individuellen Symptome und deren Interdependenzen heraus. Dabei kommt es zu sehr komplexen Mustern. Es würde den gegebenen Rahmen sprengen, diese im Detail zu beschreiben. Zur Verdeutlichung des Ansatzes soll die folgende sich auf einer allgemeinen Symptomebene bewegend Darstellung dienen (siehe Abb. 4).

Zu beachten ist darüber hinausgehend, dass zwischen kurz- bzw. mittel- und langfristigen gegenseitigen Auswirkungen der einzelnen Symptomkomplexe unterschieden werden muss. So ist eine kurzfristige Symptomreduktion durch Etablierung einer anderen Symptomatik häufig handlungssteuernd, während die mittel- und langfristigen Folgen letztendlich oft zu einer Verschlimmerung der Störung führen, deren Symptome durch die neue Pathologie passager reduziert werden konnte. Bulimikerinnen machen z.B. nicht selten die Er-

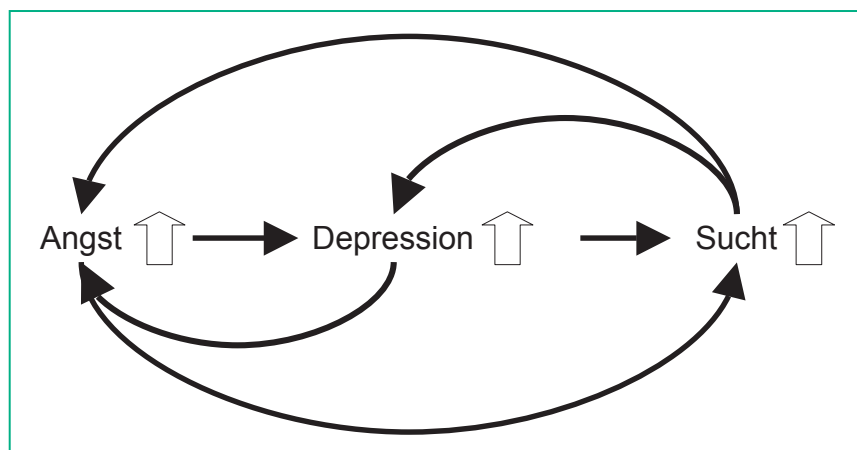


Abbildung 3: Aufschaukelung des Systems durch gegenseitige Verstärkung

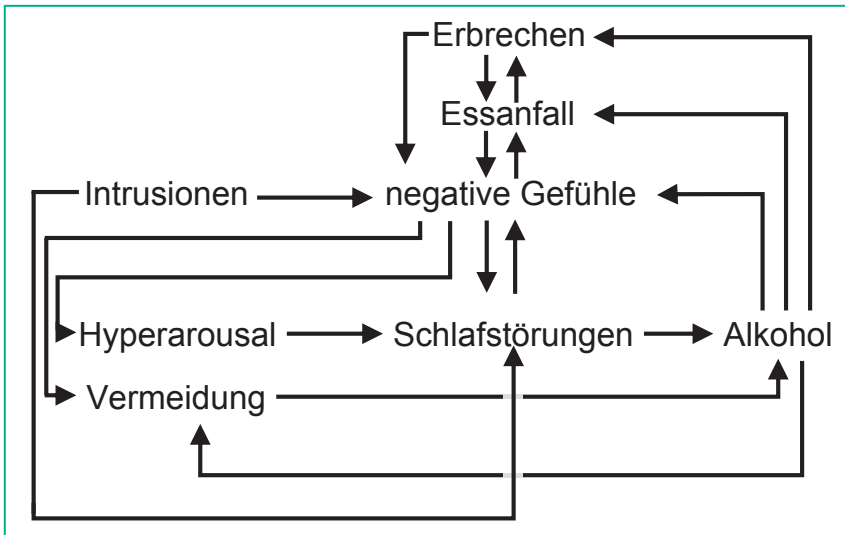


Abbildung 4: Symptome und deren Interdependenzen

fahrung, dass sie unter Alkoholeinfluss auf Essattacken bzw. konsekutives Erbrechen eher verzichten können. Letztendlich führt eine Alkoholabhängigkeit jedoch zu einem auch bezogen auf die Essstörung noch chaotischeren Lebensstil.

Therapie

Unter Kenntnis der interdependenten Verbindungen, welche die psychischen Störungen untereinander aufweisen, besteht nicht selten die Vorstellung, es komme bei einer nur an einer Diagnose ansetzenden Therapie dominoeffektartig zu Symptomreduktionen auch in den anderen Bereichen, welche sich dann letztendlich wieder vorteilhaft auf die Indexstörung auswirken. Dieser Ansatz ist nicht ausreichend erfolgreich, da er weder die dargestellten, kurzfristig entlastenden Effekte durch die Begleitsymptomatik noch das Phänomen, dass psychische Störungen sich selbst aufrechterhalten, adäquat in Betracht zieht.

So bedingen sich zum Beispiel alle sechs Symptomkomplexe des Abhängigkeitssyndroms jeweils selbst. Craving, Entzugerscheinungen, Toleranz, Kontrollverlust, Vernachlässigung und Selbstschädigung sind jeweils sowohl Folge als auch Ursache des übermäßigen Substanzkonsums. Ähnlich verhält es sich bei depressiven Störungen, wo negatives Denken, Antriebsdefizit und sozialer Rückzug die depressive Gemütsstimmung sowohl verursachen als auch durch diese bedingt sind.

Die solitäre Bearbeitung nur einer Erkrankung besitzt dementsprechend lediglich die Chance durch eine Deeskalation des störungsübergreifenden zirkulären Aufschaukelungsprozesses zu einer Symptomreduktion der Komorbidität zu führen, sie kann das der Begleitsymptomatik innewohnende eigene „Drehmoment“ jedoch nicht entziehen.

Prioritäten: Die sich hieraus ableitende Notwendigkeit bei psychischer Multimorbidität auf jede der vorliegenden Störungen einzugehen, birgt jedoch bei unsystematischer Vorgehensweise die Gefahr der „Verzettelung“ und Überlastung sowohl der Patientin als auch der Therapeutin. Deshalb empfiehlt es sich, Prioritäten zu setzen. Die Tatsache, dass man nicht alle Problembereiche primär gleichzeitig bearbeiten kann, enthebt die Therapeutin jedoch nicht der Notwendigkeit, **alle Problembereiche im Auge zu behalten**, um in Krisensituationen rechtzeitig reagieren zu können.

Sowohl bezüglich der Substanzabhängigkeit per se als auch im Hinblick auf die Komorbidität steht bei den prioritären Maßnahmen an erster Stelle die **Entgiftung**. Denn auch der Erfolg der psychotherapeutischen Interventionen, die auf Störungen abzielen, welche außerhalb der Substanzabhängigkeit liegen, ist an ein möglichst aufnahmefähiges und durch Suchtsubstanzen unbeeinträchtigtes Gehirn gekoppelt. Jedoch sollte man bei der Entgiftung, wie zuvor bereits erwähnt, beachten, dass die Symptome der die Sucht begleitenden psychischen Störungen sich in dieser Phase nicht zwangsläufig verbessern werden und dass es möglicherweise auch zu einer Verschlechterung der Begleitsymptomatik kommen kann, aufgrund der nun nicht mehr zur Verfügung stehenden kurzfristigen Entlastung durch den Suchtmittelkonsum.

Neben der Entgiftung hat die **Reduktion einer Eigen- bzw. Fremdgefährdung** oberste Priorität. Hierbei geht es darum, Suizidalität zu erkennen und gegebenenfalls zu verhindern sowie selbstverletzendes und selbstschädigendes Verhalten. Dazu gehören auch die Minimierung von sozial riskantem bzw. selbstausbeuterischem Verhalten und die Verhinderung einer Rückfälligkeit in den Substanzkonsum. Das Gleiche

gilt bei einer Zentrierung der aggressiven und schädigenden Impulse nach außen.

Sind diese Bereiche hinreichend gesichert, so ist es sinnvoll mit der Patientin gemeinsam eine Aufstellung und Hierarchisierung der **individuellen Ziele** vorzunehmen. Zur adäquaten Planung der hierauf bezogenen therapeutischen Interventionen ist, wie schon bei den oben erwähnten Maßnahmen, eine eingehende Kenntnis des im konkreten Fall vorliegenden Bedingungsgefüges erforderlich.

Basisziele und Basismaßnahmen: Im Hinblick auf die Vielzahl der erforderlichen Interventionen ist es sinnvoll, aus dem Pool der gemeinsam erarbeiteten Ziele **Basisziele** zu definieren, die sich positiv auf zentrale Symptome mehrerer Störungen auswirken. Dabei handelt es sich um Bereiche wie emotionale Stabilität, Ressourcenverfügbarkeit, Frustrationstoleranz, Kommunikationsfähigkeit, Aktivitätsaufbau, soziale Kompetenzen und Eigenverantwortlichkeit.

Die **Basisgruppentherapie**, die im Setting der Entwöhnung nicht selten im Kontext der Wohngruppe durchgeführt wird, setzt neben den suchtspezifischen Themen im engeren Sinn gerade an diesen grundlegenden, bei vielen Störungen defizitären Bereichen an und ist somit ein hervorragendes Mittel zur Erreichung der Basisziele.

Spezifische Ziele und entsprechende Maßnahmen: In geglückten Fällen erfolgt von den basalen Schritten ausgehend eine Generalisierung und Katalysierung im Hinblick auf weitere, in diesem Teil der Therapie noch gar nicht fokussierte Bereiche. Doch dabei handelt es sich eher um Ausnahmeverläufe. Die Bearbeitung der basalen Bereiche stellt eine zwar unverzichtbare, in aller Regel jedoch nicht ausreichende Maßnahme zur Erreichung aller Ziele dar.

Die nicht einem basalen Bereich zuordenbaren Therapieziele des individuellen Pools beziehen sich meist auf die störungsspezifische Symptomatik. Die Patientinnen bedürfen hier der spezifischen Psychoedukation, Problemanalyse und Anleitung zum Aufbau von alternativem Verhalten, Maßnahmen, die aber letztendlich immer eine Hilfe zur Selbsthilfe darstellen sollten. Dies bezieht sich zum Beispiel auf den Abbau von Vermeidungsverhalten bei Angststörungen oder den Aufbau eines adäquaten Essverhaltens bei Essstörungen. Spezifische traumatherapeutische Maßnahmen sind hier ebenso anzusiedeln wie das Vorgehen bei Zwangsstörungen und vieles andere mehr.

Bei einer ausreichenden Klinikgröße bietet es sich an, für die in dem gegebenen Setting häufig vorkommenden Diagnosen spezifische Gruppen anzubieten, um auch hier die motivierenden und heilsamen Effekte der Solidarität, der gemeinsamen Problembearbeitung und des Modelllernens nutzbar machen zu können. Für all die Bereiche,

die nicht im Gruppenkontext bearbeitet werden können, steht die Einzeltherapie zur Verfügung.

Individuelle, dynamische Therapieplanung: Die Austarierung der zuvor dargestellten basalen Bereiche und der spezifischen Therapieanteile bildet einen zentralen Problemlkomplex der Behandlung der psychischen Multimorbidität. Hier ist immer auch die individuelle Belastbarkeit der Patientin mit in die Planungen einzubeziehen. Unbedingt zu beachten ist, dass spezifische Maßnahmen zwar zu einer Symptomreduktion bezüglich der gerade fokussierten Störung führen, dass dies jedoch, aufgrund verschiedenster Funktionalitäten, mittelbar eine Verschlechterung der Symptomatik einer komorbiden Störung induzieren kann. So kann zum Beispiel die mit einer Traumakonfrontation einhergehende emotionale Belastung einer Patientin mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Bulimia nervosa zu einer Zunahme ihrer, affektiv kurzfristig entlastenden, bulimischen Attacken führen. Andererseits kann eine Reduktion der bulimischen Symptomatik bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Zunahme des selbstverletzenden Verhaltens bedingen.

Diese gegenseitigen Interdependenzen müssen bekannt sein und ernst genommen werden. Sie sollten jedoch nicht zu übermäßigen Frustrationen oder gar einem „therapeutischen Nihilismus“ führen. Dass die Behandlung bei psychischer Multimorbidität nicht so reibungslos verlaufen kann, wie in den, in aller Regel von Monodiagnosen ausgehenden, Lehrbuch- und Manualfällen ist selbstverständlich. Vor dem Hintergrund der weitgehenden Negierung der Komorbidität kann es jedoch entlastend für den Therapeuten sein, sich in Zeiten drohender Entmutigung diese Erkenntnis explizit zu vergegenwärtigen.

Zu beachten ist ferner, dass eine Verschlechterung der Begleitstörungen als empfindlicher Indikator bezüglich der Therapiesteue-

erung genutzt werden kann: Sie kann als Signal dafür gewertet werden, dass die Anforderungen bezüglich Inhalten oder Tempo der spezifischen Therapien unausgewogen waren oder dass sie in Relation zu den basalen Maßnahmen inadäquat waren und dass hier korrigierende Maßnahmen erfolgen müssen.

Letztendlich stellt es eine hohe, auch erfahrene Therapeutinnen herausfordernde, Anforderung an die therapeutische Kunst dar, immer wieder von Neuem die individuellen Chancen und Risiken verantwortungsbewusst abzuwägen um darauf aufbauend den Therapieprozess zu gestalten und zu adaptieren.

Schlussfolgerungen

Damit auch psychisch multimorbide Patientinnen, die inzwischen einen Großteil der klinischen Klientel darstellen, ihre Therapieziele erreichen können (nicht zuletzt also auch im Sinne einer verbesserten Prognose bezüglich der Suchtmittelabstinenz) ist es notwendig, dass sich die verschiedenen Behandlungssettings der komplexen Problematik stellen und dass diese mit all ihren Auswirkungen auch von den Stellen gewürdigt wird, die in unserem Gesundheitssystem Verantwortung tragen. Weiterhin ist zu fordern, dass in Forschung, Lehre und Dokumentation die Multimorbidität endlich die ihr angemessene Beachtung findet.

TherapeutInnen sollten offen sein auch für Diagnosen, die in dem gegebenen Setting traditionell keine besondere Beachtung erfahren haben und hellhörig auch bezüglich verdeckter, von den Patientinnen eher verheimlichter Symptome. Die Therapieplanung muss auf die individuell vorliegenden Gegebenheiten eingehen können und die nötigen Freiräume aufweisen, die zur kontinuierlichen Adaption erforderlich sind. Bei aller Notwendigkeit der tiefen Kenntnis der aktuellen Therapiestandards heißt das auch, dass bei dieser schwierigen Klientel ein starres und technokratisches Festhal-

ten an manualisierten Behandlungsabläufen kontraproduktiv ist.

Bei der Etablierung von Therapiestandards ist es notwendig die Komorbidität mit einzubeziehen, ebenso bei der Festsetzung der Behandlungsdauern.

Schließlich ist der prognostisch negative Impact der psychischen Multimorbidität bei der Analyse von Katamneseuntersuchungen und sonstigen Therapieevaluatoren mit einzubeziehen.

Letztendlich geht es bei der Behandlung des dargestellten Phänomens immer wieder darum, die Systeme den Erfordernissen anzupassen, die der Patient mit sich bringt und der Versuchung zu widerstehen, den Menschen dem System anpassen zu wollen. Denn es sollte nicht aus dem Blickfeld geraten, dass dieser primär scheinbar einfachere Weg aufgrund seiner mangelnden Erfolgsaussichten im Sinne der Zielerreichung keine sinnvolle Option darstellt.

Literatur

- Lorscheider, M. & Fehr, C. Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen, affektiven Störungen und Angststörungen. – Eine Behandlungsherausforderung. Nervenheilkunde, 2009, S. 523-532.
- Tretter, F., Müller, A. (2001) Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe
- Wedekind, D., Havemann-Reinecke, U. Sucht, psychiatrische Komorbidität und das serotonerge System. Nervenheilkunde, 2009, S. 509-513.

Autorin

*Dr. med. Monika Vogelgesang
Chefärztin
AHG Klinik Münchwies
Turmstr. 50–58
66540 Neunkirchen/Saar
E-Mail: mvogelgesang@ahg.de*

Literaturhinweise

Bucher, A.H.: Psychologie des Glücks, Weinheim, Basel 2009, ISBN 978-3-621-27653-5, 29,95 €

Bereits William James, einer der Gründerväter der wissenschaftlichen Psychologie, sah die Hauptsache im menschlichen Leben darin, glücklich zu sein, wofür der Mensch alles tue und alles erleide. Gleichwohl ist diese Emotion auch hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Beratung und Therapie bislang wenig erforscht. Hier schließt das Buch eine Lücke, es bietet zum einen eine fundierte Darstellung von Glückskonzepten und Glücksfaktoren, beschreibt die

Effekte von Glückserleben und geht des weiteren der Frage nach, ob sich das Glück im Alltag, in Therapie und Beratung steigern lässt. Eine wichtige persönliche Erfahrung des Autors ist die Erkenntnis: Wird dem Glück direkt nachgestrebt, wird es verfehlt.

Wirzba, E.: Alkohol genießen mit System, 2. Auflage, Berlin 2009, ISBN: 978-3-931589-60-8, 11,80 €

Der Autor bietet neben seiner psychotherapeutischen Arbeit auch Dienste auf dem Ge-

biet der Rehabilitation verkehrsauffälliger Kraftfahrer an. Das Protokollbuch zum Alkoholkonsum soll dabei helfen, einen Nachweis des kontrollierten Umgangs mit alkoholischen Getränken zu erbringen. Es enthält Protokolltabellen, ein strukturiertes Tagebuch sowie Bilanztabellen und Rück- bzw. Ausblicktabellen. Damit wird Kraftfahrern nach Führerscheinverlust eine wertvolle Hilfe im Hinblick auf die MPU (Medizinisch-Psychologische Untersuchung) geboten. Enthalten sind einführend Informationen zum Thema Alkohol und seine Wirkungen, Berechnung der Alkoholpromille, Restalkohol, Leber- und Blutwerte etc.