

Sucht und Komorbidität

Eine Sucht kommt selten allein

ICD 10 und DSM-IV sind beide einem atheoretischen, deskriptiven Ansatz verpflichtet. Entsprechend dem unbefriedigenden Wissensstand über psychiatrische Störungen versuchen beide ätiologische Annahmen sowie diagnostische Hierachieregeln aufzugeben, um eine möglichst präzise und umfassende Beschreibung von psychiatrischen Störungsgruppen gewährleisten zu können. (Stieglitz, 1999)

„.....die Suche nach Sinnzusammenhängen einer Erkrankung aus der individuellen Leidens- und Lebensgeschichte und den Ursachen der Erkrankung wird nicht mehr erfasst und durch eine Aneinanderreihung von Symptomen verschwinden Bedeutung und Individualität zugunsten einer Funktionierbarkeit.

Der Patient sollte nicht Objekt der Diagnose sein, sondern im Mittelpunkt der Therapie stehen. Nur so ist es möglich, hinter die oberflächlichen Probleme zu blicken und die tiefer liegenden Leiden zu erkennen und zu behandeln.

Ganzheitlichkeit der Sucht

Attributierung von Suchttherapie – Konzepten:

- multimodal
- mehrdimensional
- multiprofessionell
- ganzheitlich
- biopsychosozial
- polyvalent
- integriert

Ganzheitlichkeit der Sucht

„ Suchttherapie ist Schrottschusstherapie –
irgendetwas trifft“

Anonymous

„Integrierte Behandlungsmodelle sind erfolgreich,
falls sie die mehrdimensionalen Defizite der
komorbiden Patienten berücksichtigen, die
Therapiebausteine aufeinander angepasst und die
Ziele realistisch sind.“

Gouzoulis-Mayfrank (2009):

Ergebnis zur Metaanalyse von Alkoholabhängigkeit und psychischer Komorbidität

Komorbidity

Kategoriale Suchtdiagnostik (ICD 10, DSM IV):

Höchstes Ziel des diagnostischen Prozesses ist die richtige Zuordnung eines Krankheitsbildes zu einer Krankheitseinheit.

Nachteil:

Die Natur kennt aber ganz offensichtlich unsere Einteilung nicht. In den Krankheitskategorien werden sehr inhomogene Gruppen abgebildet, die sich dann auf mannigfache Weise überschneiden.

Frage:

Führt die kategoriale Diagnostik zu einer differenzierten Therapieindikation, mit der dem einzelnen Menschen mit seinem Leiden, seinem So-sein und So-geworden-sein hilft?

..und welche Bedeutung hat die Erkrankung für den einzelnen Menschen?

Komorbidity

Ein Patient mit der Diagnose ICD 10 F63.0

.....wurde von seiner Frau verlassen, hat den Arbeitsplatz verloren, hat massive Schulden, kann seine Wohnung nicht mehr halten, ist vereinsamt, hat einen Selbstmordversuch hinter sich und starke Schmerzen wegen eines Bandscheibenvorfalles, kann nicht schlafen und ist depressiv.

Aufnahme - Diagnose: ICD 10: F63.0, F32.1, M51

Komorbidity

Klassifikation von psychischen Störungen

Gefahren

- Etikettierung
- Informationsverlust
- Verwechslung von Beschreibung und Erklärung
- Vergegenständlichung
- Schaffung künstlicher Einheiten
- Verschleierung basaler Dimension
- Erzeugt Eindruck von Diskontinuität
- Grundlegende „Realität“ bleibt ungeklärt

Nutzen

- „praktisch“
- Verbesserung der Kommunikation
- Sinnvolle Informationsreduktion
- Ökonomische Informationsvermittlung
- Handlungsanleitung
- Störung ICD 10 → Therapiemanual.....
- Wissensakkumulation

Komorbidity

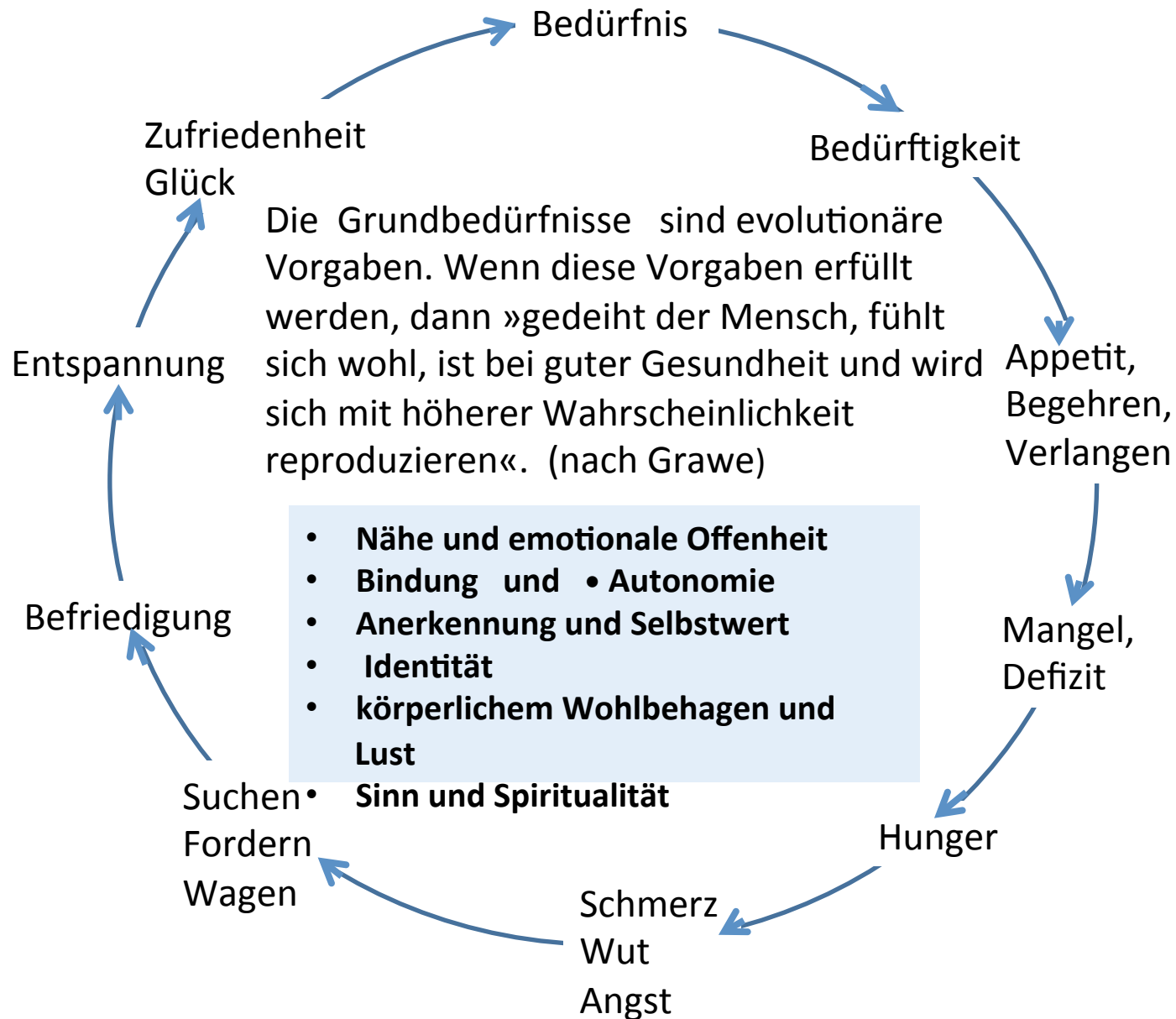
Klassifikation von psychischen Störungen

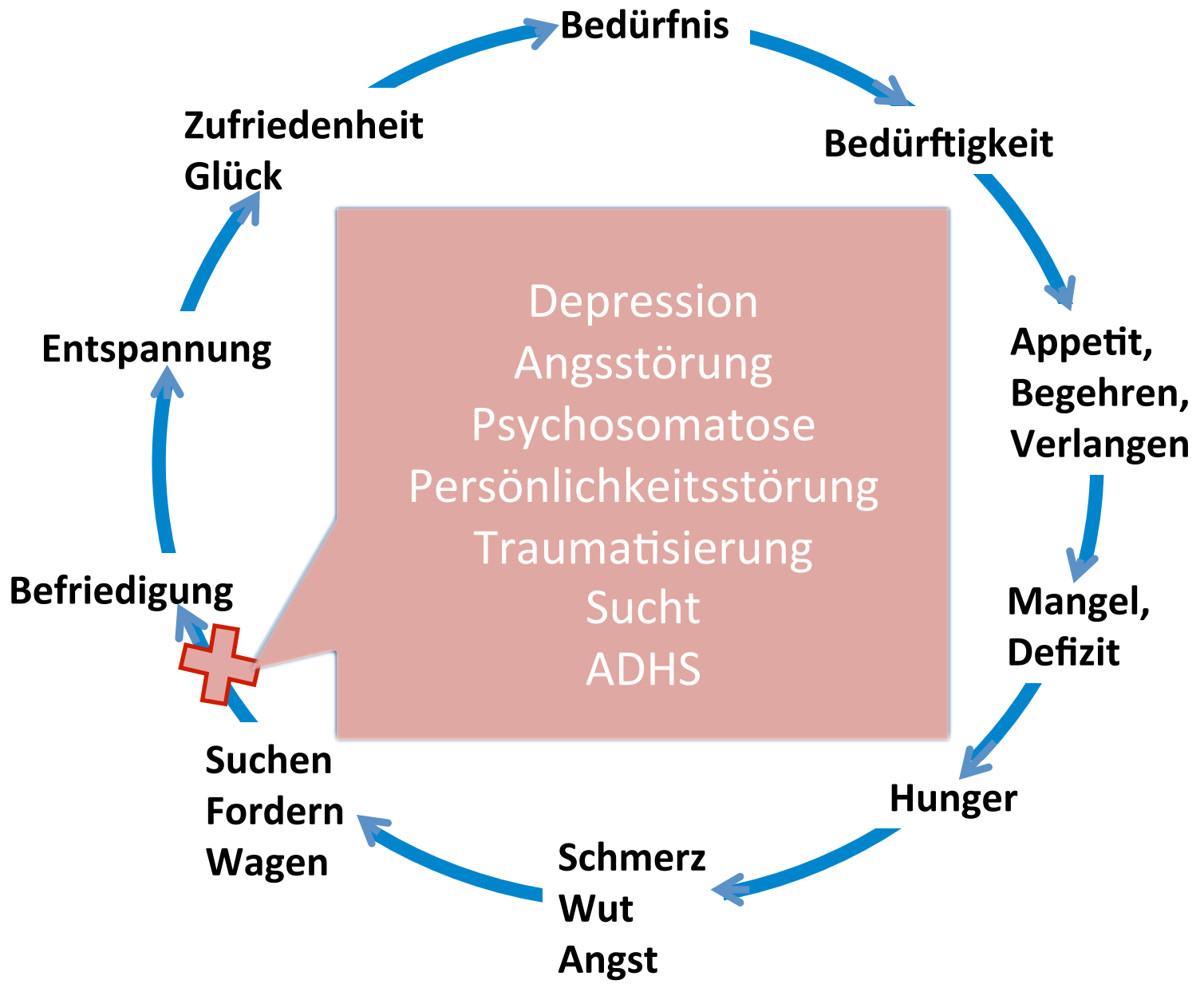
Klassifikation – Notwendige Basis von Wissenschaft und Therapie oder fehlerbehaftetes Schubladendenken ???

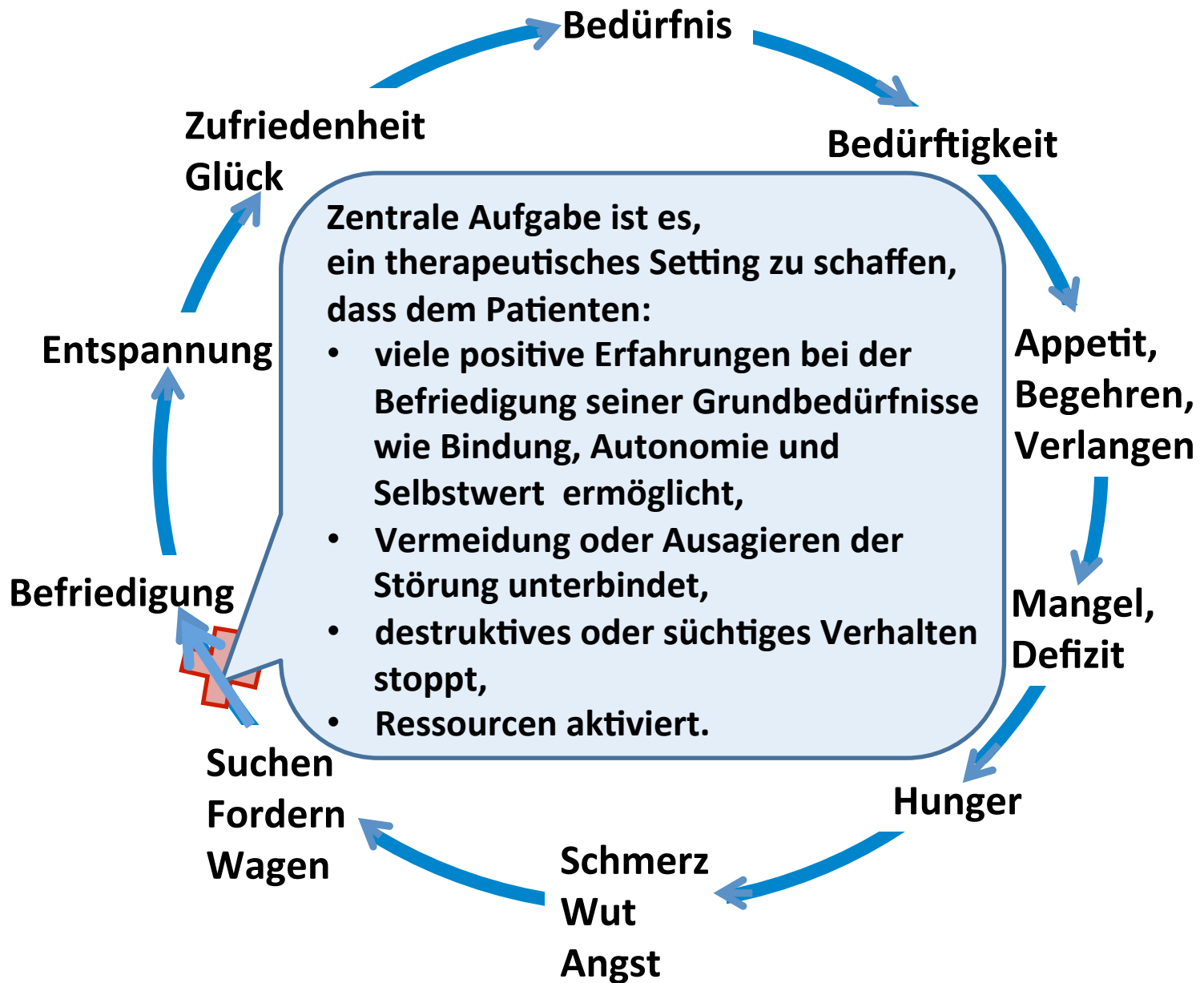
Kompromiss: Die Diagnosesysteme und das Komorbiditätsmodell sind als notwendige, wenn auch nicht ausreichende Grundlage, für diagnostische, forschende & therapeutische Arbeit angesehen.

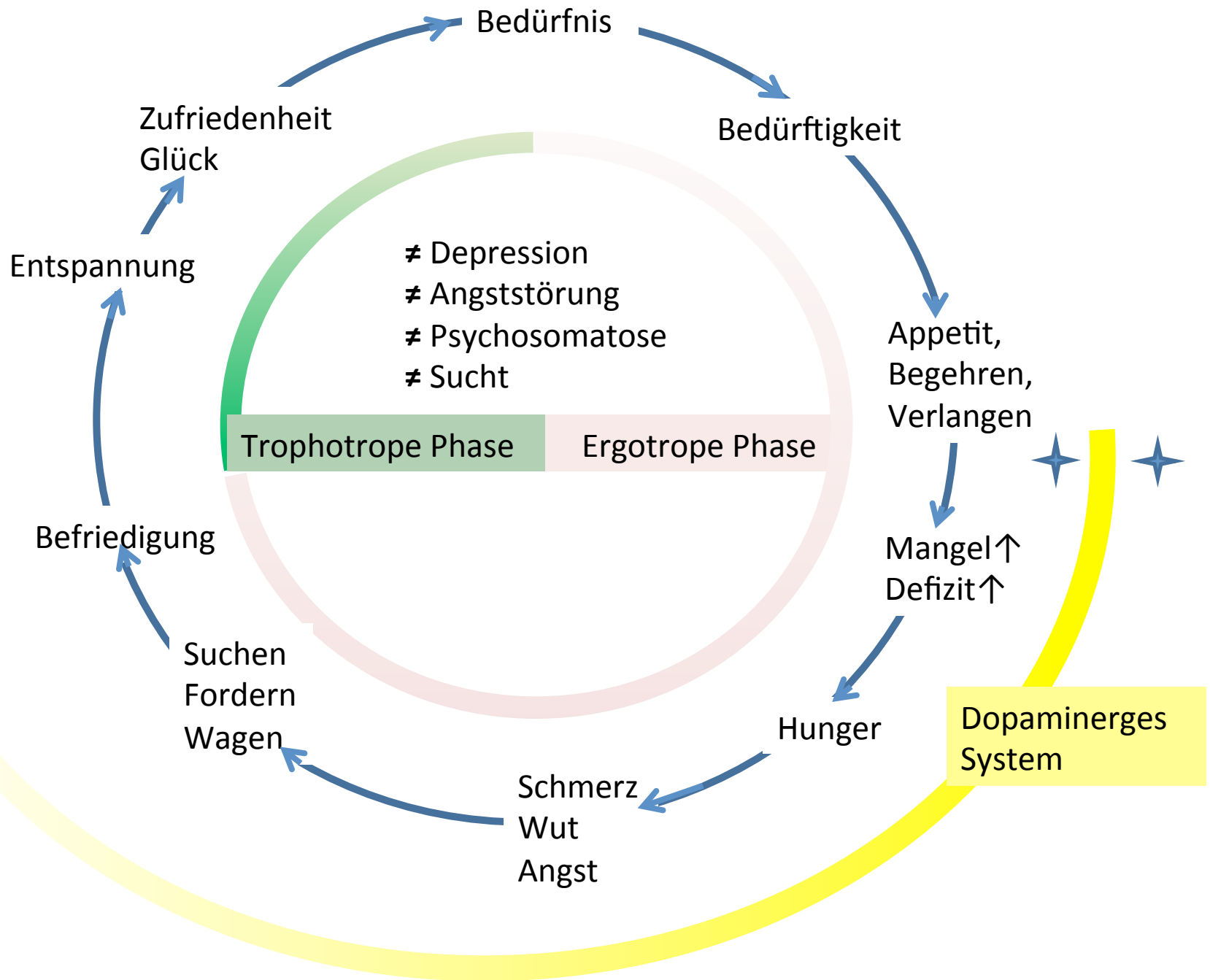
Aber: „.....die Suche nach Sinnzusammenhängen einer Erkrankung aus der individuellen Pathogenese und Ätiologie wird nicht mehr erfasst und durch eine Aneinandereihe von Symptomen verschwinden Bedeutung und Individualität zugunsten einer Funktionierbarkeit.“

Der Patient sollte nicht Objekt der Diagnose sein, sondern im Mittelpunkt der Therapie stehen. Nur so ist es möglich, hinter die oberflächlichen Probleme zu blicken und die tiefer liegenden Leiden zu erkennen und zu behandeln.



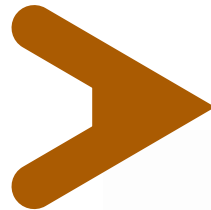




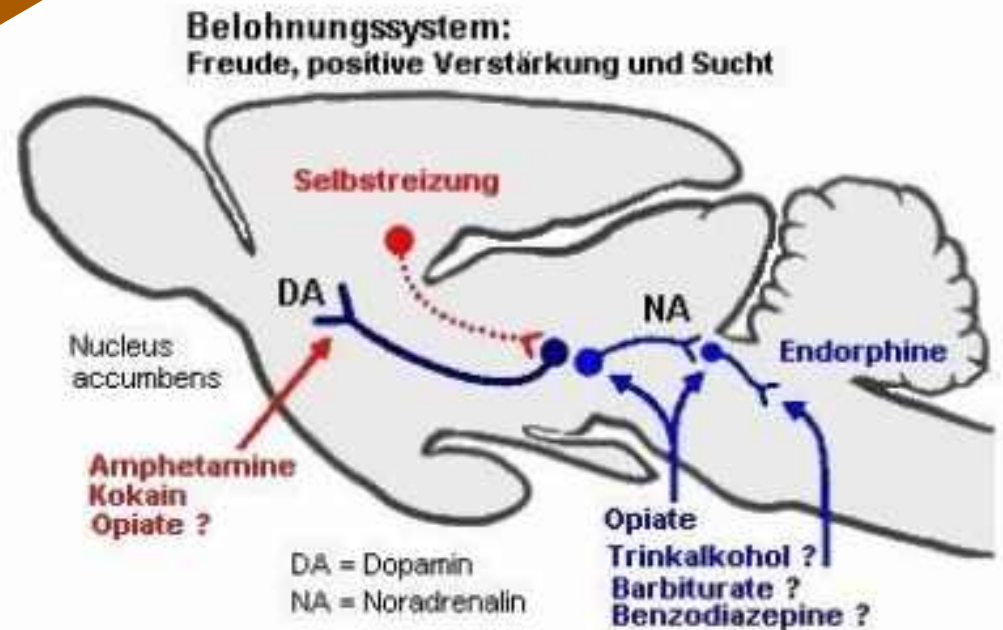


Vorteil der neurobiologischen Forschung in der Sucht:

.....noch mehr weg vom Lasterkonzept



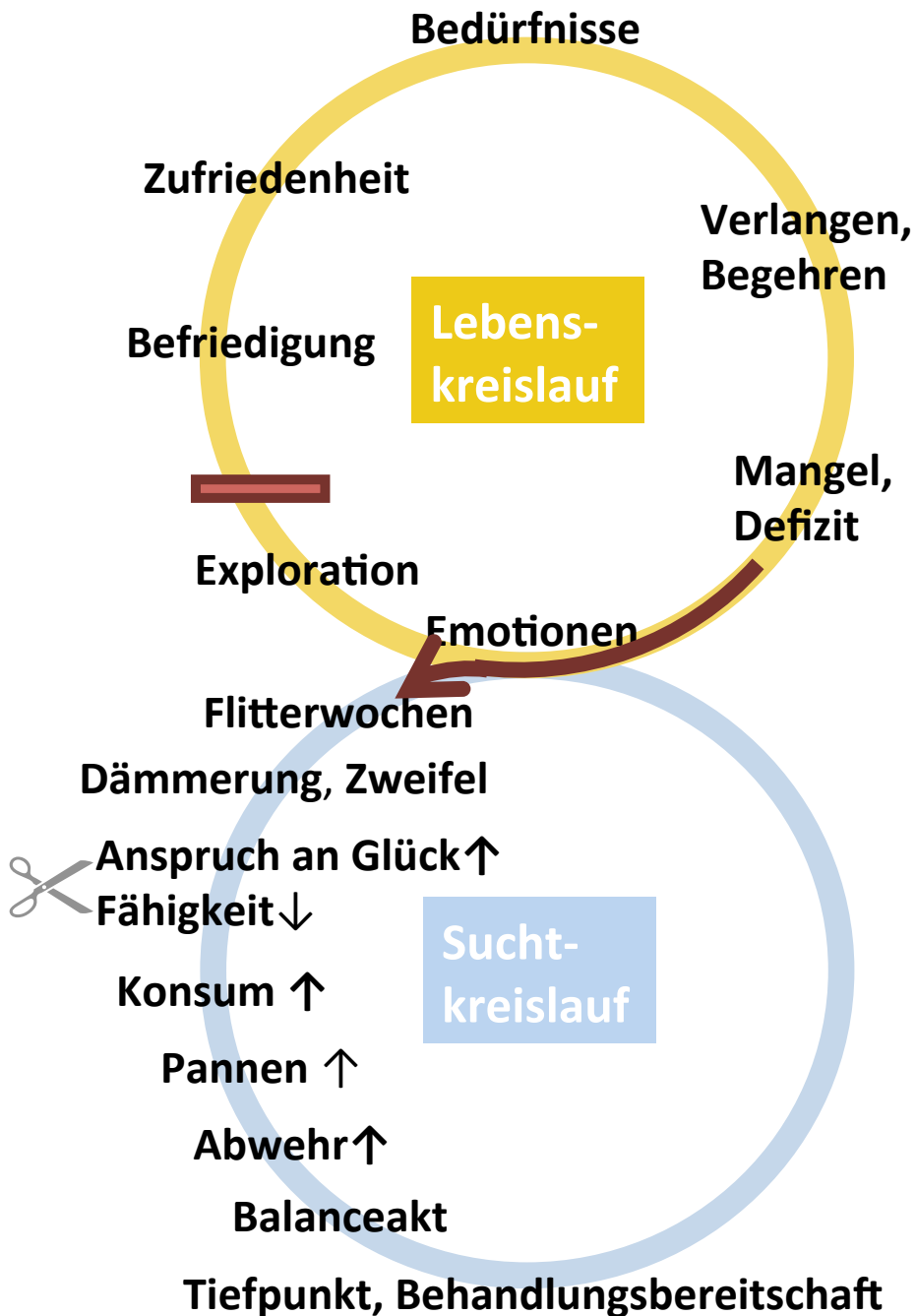
.....noch weiter hin zum Krankheitskonzept



Wie entsteht die Sucht im Hirn?

Gegenfrage von Wolfgang Schmidbauer:

Wie entsteht die Milch in der Molkerei?



Suchtmittelkonsum und süchtiges Verhalten bleibt für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung stets eine große Gefährdung.

Individuell bedeutsame, meist soziale Verstärker machen die kraftraubende Bewältigung der Sucht lohnend.

Die Formulierung persönlich bedeutsamer Ziele (reinforcer) stehen im Vordergrund.

Die Abstinenz wird wichtigste Voraussetzung zum Erreichen der Ziele.

Bausteine: Kompetenzerweiterung, Fertigkeitentraining, Psychotherapie, Körpertherapie, Medikamente, skills,alle Therapieelemente.

Begleitung, „wissende Gemeinschaft“
Genesung bezeugende Kontakte.

Komorbidity: Mann

- **Männliches Geschlecht überrepräsentiert, auch wenn Frauen langsam „aufholen“**
- **Männer konsumieren mehr, riskanter und gefährlicher**

- | | | |
|---------------------|------------|------------|
| • Alkohol | 1/3 Frauen | 2/3 Männer |
| • Illegale Drogen | 1/3 Frauen | 2/3 Männer |
| • Path. Glücksspiel | 10% Frauen | 90% Männer |
| • Medikamente | 2/3 Frauen | 1/3 Männer |
| • (Essstörungen) | 90% Frauen | 10% Männer |

Stöver 2006

- **Für Männer ist der Suchtmittelkonsum häufig funktional zur Konstruktion der Männlichkeit (MOA-These: Demonstration von Macht, Kompensation von Ohnmacht) und zur sozialen Integration**

Komorbidität „Mann“

- Kürzere Lebenserwartung
- Höhere Mortalitätsrisiken bereits im Jugendalter (Straßenverkehr 3 : 2, Ertrinken 2:1, Stürze 2:1, Suizid 3:1)
- Männer sterben bis zum Rentenalter:
 - 2x häufiger an Leberzirrhose
 - 3x häufiger an Lungenkrebs
 - 3x häufiger an Selbstmord
 - 3x häufiger an Verkehrsunfällen

Risikofaktor „Mann“ II

- Männer betonen Funktionalität des Körpers
- Beeinträchtigungen werden nicht wahrgenommen, Risiken nicht gering gehalten
- Männer geben in Befragungen (trotz höherer Erkrankungsraten) weniger Beschwerden an
- Geringere Inanspruchnahme von Vorsorge
- Weniger Gesundheitsbewusstsein/ -wissen
- Männer gehen seltener und später in Beratungssituationen

Komorbidity: Sucht und Mann

Weitere komorbide Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angststörung, und posttraumatische Belastungsstörungen)

- treten bei suchtkranken Frauen deutlich häufiger auf
- und gehen der Substanzstörung auch häufiger voraus als bei Männern.

Sucht und Mann

zusammenfassend.....

(Epidemiologie)

- Die Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz verringern sich
- Männer zeigen deutlich riskantere Konsummuster (Qualität und Quantität)
- Der Konsum der von Männern bevorzugten Substanzen (Alkohol, illegale Drogen) ist – wie auch seine Folgen – öffentlich sichtbarer, unangepasster

Sucht und Komorbidität Mann

6 Merkmale männlicher Sozialisation

1. Externalisierung
2. Dominanz / Gewalt
3. Stummheit
4. Alleinsein / Einzelgängertum
5. Körperferne
6. Rationalität und Kontrolle

(nach Böhnisch & Winter)

Psychotherapie versus Männlichkeit

- Preisgeben – Verbergen von privaten Erlebnissen
- Aufgeben-Können – Bewahren von Kontrolle
- Zeigen-können von Schwäche – Zeigen von Stärke
- Erleben von Scham – Ausdruck von Stolz
- Zeigen von Verletzlichkeit – Demonstration von Unbesiegbarkeit
- Hilfesuchen – Wunsch nach Selbstständigkeit
- Gefühlsausdruck – Stoizismus, Introspektion – Aktion
- Ansprechen von Beziehungsproblemen – Vermeiden
- Auseinandersetzung mit Schmerz – Verleugnen
- Akzeptieren von Misserfolgen – Beharrlichkeit
- Eingestehen von Unwissenheit – Allwissenheitsanspruch
- Nicht sexuelle Intimität – Sexualisieren von Intimität

Modelle der Komorbidität

Zufallsmodell: unabhängiges Auftreten von zwei oder mehr Störungen, kein irgendwie gearteter Zusammenhang weder bei gleichzeitigem noch bei zeitlich aufeinanderfolgendem Auftreten.

Kausalmodell: Eine Störung ist ursächliche Voraussetzung für das Auftreten einer anderen Störung.

Risikofaktormodell: Eine Erkrankung erhöht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer anderen Erkrankung.

Phänomenologisches Modell: Störungen sind Ausdruck einer gemeinsamen Ursache.

Interaktionelles Modell: wechselseitige, meist ungünstige Beeinflussung

- **Selbsteilungsmodell**
- **Exacerbationsmodell**
- **Suchtfolgemodell**
- **Mischmodelle (fast immer)**

Hohe Komorbidität bei Spielsucht

- Alkoholabhängigkeit findet sich bei einem Viertel der Spieler, bei 50% missbräuchliche Konsummuster.
- Angsterkrankungen treten bei über 40 % als Begleiterkrankung auf.
- Depressive Störungen als Komorbidität sind bei rund der Hälfte zu beobachten.
- Bei jedem vierten Spieler findet sich mindestens ein Selbstmordversuch in seiner Spielerkarriere.
- Persönlichkeitsstörungen zeigen bis 60 % der Spieler, vor allem narzistische Persönlichkeitsstörung.
- Je stärker die Spielsucht, je mehr Komorbidität.

Komorbidity vorher / nachher (Spieler)

- Bei 70 % der Spielsüchtigen findet sich zuerst eine psychiatrische Diagnose (vor allem Angststörung).
- Bei Angststörung höhere Rückfälligkeit
- Aber: Nach der Spielsucht kommt bei 2/3 der Patienten eine weitere psychische Erkrankung (vorallem Depression) dazu.
- Abhängigkeitsmuster (Alkohol) bestehen etwa gleichhäufig vorher und nachher (44% : 50 %)
- Somatoforme Störungen etwas mehr nach Beginn der Spielsucht als zuvor (53% : 41%)

Typologie der Komorbidität (Spieler)

Quelle: Prepper V, Schulz W (2008).

Defensiv-leidende Glücksspieler

Personen mit einer „defensiven“ Persönlichkeitsstörung, hohe Komorbidität und mittlerer Ausprägung der Schwere der Glücksspielsucht

Reine Glücksspieler

Personen ohne Persönlichkeitsstörungen mit geringer psychiatrischer Komorbidität und niedriger Ausprägung der Schwere der Glücksspielsucht

Expansiv-leidende Glücksspieler

Personen mit einer „expansiven“ Persönlichkeitsstörung, mittelgradige Komorbidität und hoher Ausprägung der Schwere der Glücksspielsucht

Spielsucht und Komorbidität

Bearbeitung der Hintergrundproblematik bessert Komorbidität:

Gefühlsdysregulation:

Aktionsdrang als Vermeidungsverhalten, negative emotionale Schemata:
Angst vor Verletzung in Nähe

Beziehungsstörung:

Individualistisch-kompetitives Interaktionsverhalten
(Austauschorientierung), Verletzungsfreie Beziehung zu Spielautomat?

Selbstwertproblematik:

Diskrepanz zwischen Befindlichkeit und Außendarstellung
(Überkompensation)

Sucht und ADHS

ADHS und Alkoholabhängigkeit	20% bis 42,5%
ADHS und Kokainabhängigkeit	15% bis 35 %
ADHS und Opiatabhängigkeit	ca. 30 %

Ätiologie:

Brückenschlag zwischen neurobiologischem Erklärungsmodell, maladaptiv erlernter Verhaltensweise und psychodynamisch orientierten Erklärungsmustern.

So können Psychotherapeuten akzeptieren lernen, daß es tatsächlich auch organisch-neurologische Engramme gibt, die Verhalten steuern und medikamentös beeinflußbar sind. Die biologistisch denkenden Mediziner wiederum müßten anerkennen, daß die Reifung des menschlichen Gehirns wesentlich im Rahmen der frühen sozialen Beziehungserfahrungen geprägt wird.

Sucht und ADHS

- Gleichförmigkeit der Psychodynamik

- Die Hyperaktivität eines Kindes basiert immer auf einer frühen und oft persistierenden Beziehungsstörung mit den primären Bezugspersonen, die sich als Verhaltensstörung zeigt.
- Überproportional häufig sind traumatische Trennungserlebnisse des betroffenen Kindes selbst oder transgenerationale Traumata der Mutter festzustellen, die sie unverstanden in die frühe Beziehung mit ihrem Kind einbringt.
- Der Vater ist als emotional haltender und verstehender Dritter in der Familie entweder abwesend oder er steht außerhalb einer ambivalent verwickelten Mutter-Kind Dyade.
- Der impulsive Bewegungsdrang des Kindes dient der Flucht vor dem eigenen Innenleben und der emotionalen Nähe in einer Beziehung.
- Die aktive Flucht nach Vorne hat die Funktion, die Angst vor der regressiven Wiederkehr früher Ohnmachtserfahrungen im Zaum zu halten.
- **Der Stimulationsdrang des Kindes hat eine psychisch stabilisierende Funktion für die Mutter. Oft dient die Hyperaktivität des Kindes der Mutter als Antidepressivum. In diesen Fällen hält die Stimulation durch das Kind die Mutter psychisch lebendig.**

Komorbidity: Sucht und Trauma

Wie hoch ist die Traumatisierungsrate bei suchtkranken Menschen in der Kindheit?

- **27%** bis **67%** der abhängigen Frauen wurden sexuell missbraucht, 33% körperlich misshandelt,
- **9%** bis **29%** der abhängigen Männer sexuell missbraucht, **24%** bis **53%** körperlich misshandelt.

Wieviel suchtkranke Menschen leiden an einer PTBS?

- **22%** der alkoholabhängigen Frauen litten an einer PTBS,
- **8%** der alkoholabhängigen Männer waren an einer PTBS erkrankt.

Komorbidity: Sucht und Trauma

„Es ist an der Zeit, dass sowohl Psychotraumatologen lernen, auf Suchterkrankungen bei ihrer Klientel zu achten und Suchttherapeuten umgekehrt mehr nach Traumafolgestörungen bei ihren PatientInnen forschen und daraus angemessene Behandlungskonzepte ableiten.“

Reddemann 2005

Komorbidity: Sucht und Trauma

Geschlechtsspezifische Unterschiede:

- Traumatisierte Frauen entwickeln eher eine psychologische Dissoziation (Angst löst parasympathische Reaktion aus: Dissoziation, Erstarrung)
- Traumatisierte Männer benutzen eher die chemische (substanzbezogene) Dissoziation (erhöhter Sympathikus: Hyperarousal mit geringer Impulskontrolle, Aggression, Hypervigilanz)
- Traumatisierte alkoholabhängige Männer zeigen weniger die typischen Trauma – Folgestörungen (Dissoziation, PTBS)

Komorbidität: Sucht und Trauma

„Traumasensibles Setting“, keine Traumatherapie

- Konfrontative und konfliktorientierte Verfahren mit Zurückhaltung
- Männer – typische Dissoziation kennen, erkennen
- Ausreichende Stabilität und sichere Abstinenz vor Traumabearbeitung
- Pharmakotherapie
- Skills, Notfallkoffer, Flashback-Stopp (Aktivieren der fünf Sinne, des somatischen Nervensystems, des Neokortex)
- Traumaanamnese konkret, aber oberflächlich
„Journalistenperspektive“
- Wertung der Symptome als autonomen Versuch der Integration durch den Körper
- Für ein gutes Ende des Gespräches sorgen.....