



Psychotherapeutische Behandlung von komorbiden Störungen bei Abhängigkeitserkrankungen

Dr. Ahmad Khatib – salus klinik Bad Nauheim

Ko- bzw. Multimorbidität bei psychischen Störungen

Psychische Störungen äußern sich vielfältig

- **Ca. 25 %** der Menschen mit psychischen Störungen bekommen (nur) 1 Diagnose
- **Ca. 75 %** bekommen 2, 3 oder 4 Diagnosen (Jahresprävalenz)

Konservative Einschätzung einer repräsentativen Befragung von 5800 ambulant Behandelten. Erste Ergebnisse der DEGS zur Verteilung von psychischen Störungen in Deutschland; Wittchen und Kollegen; April 2013

Sucht kommt selten alleine!

- Bei **Alkoholabhängigen** kommen ko- bzw. multimorbide psychiatrische Störungen zu ca. 80 % vor (Lebensprävalenz = im Laufe des Lebens mind. 1 weitere Störung)
- Bei Punktprävalenz: ca. 65 %.

➤ Affektive Störungen:	03-98 % (w>m)
➤ Angststörungen:	12-69 % (w>m)
➤ Persönlichkeitsstörungen	13-45 % (m>w)
➤ Schizophrenien	2-8 %

(z. T. nach Überblick von Jahresberichten mehrerer Fachkliniken)

P.S.: Bei Opiatabhängigen liegen die Angaben höher

Komorbide Störungen bei Abhängigkeitserkrankungen in der salus klinik – Bad Nauheim im Jahr 2024

Von 976 Rehabilitand*innen haben ...

- 968 Rehab. (99,2 %) eine Zweitdiagnose
- 902 Rehab. (92,4 %) eine Drittdiagnose

Die häufigsten Zweitdiagnosen

1. Drogen (21,3 %)
2. Tabak (18,6 %)
3. Depressionen (18,4 %)
4. Medikamente (6,6 %)
5. Alkohol (6,1 %)
6. Sonstige: 29,0 % (PTBS, Phobien, Angst-, Zwangs-, Ess- und Persönlichkeitsstörungen etc.)

Die häufigsten Drittdiagnosen

1. Tabak (15,0 %)
2. Depressionen (14,3 %)
3. Drogen (10,3 %)
4. Medikamente (5,4 %)
5. Essentielle Hypertonie (5,2 %)
6. ADHS (4,7 %)
7. Alkoholische Fettleber / Leberzirrhose (4,7 %)
8. Sonstige: 40,4 %

Unterschiedliche Angaben, je nach Methode!

- z.B. Stichprobenwahl
 - Instrument (z.B. BDI vs. ADS)
 - Zeitpunkt der Erhebung
 - Instruktion (retrospektiv für die letzten 2 Wochen, 2 Monate, 1 Jahr etc.)
 - Standardisierte Diagnostikinstrumente vs. psychologische/psychiatrische „Erfahrung“
 - Selbst- vs. Fremdbeurteilung (bzw. beides zusammen)
- Es fehlt ein einheitliches empirisch fundiertes Vorgehen!

Der „schwierige“ Patient!

Suchtpatient*innen mit ko- bzw. multimorbiden Störungen

- ... sind häufiger **erwerbsunfähig** bzw. öfter arbeitslos
- ... leiden stärker unter **Kontrollverlust**
- ... zeigen komplizierte **Behandlungsabläufe**
- ... **brechen** die Behandlung **eher ab**
- ... weisen schlechtere **Prognosen** auf

In der therapeutischen Interaktion ...

- ... **stimmt** mit BZT **nicht** überein
- ... akzeptiert die **Diagnose** (Abhängigkeit) nicht
- ... ist in Behandlung eigentlich **wegen der anderen Diagnosen**
- ... befolgt die **Empfehlungen** der BZT nicht/kaum

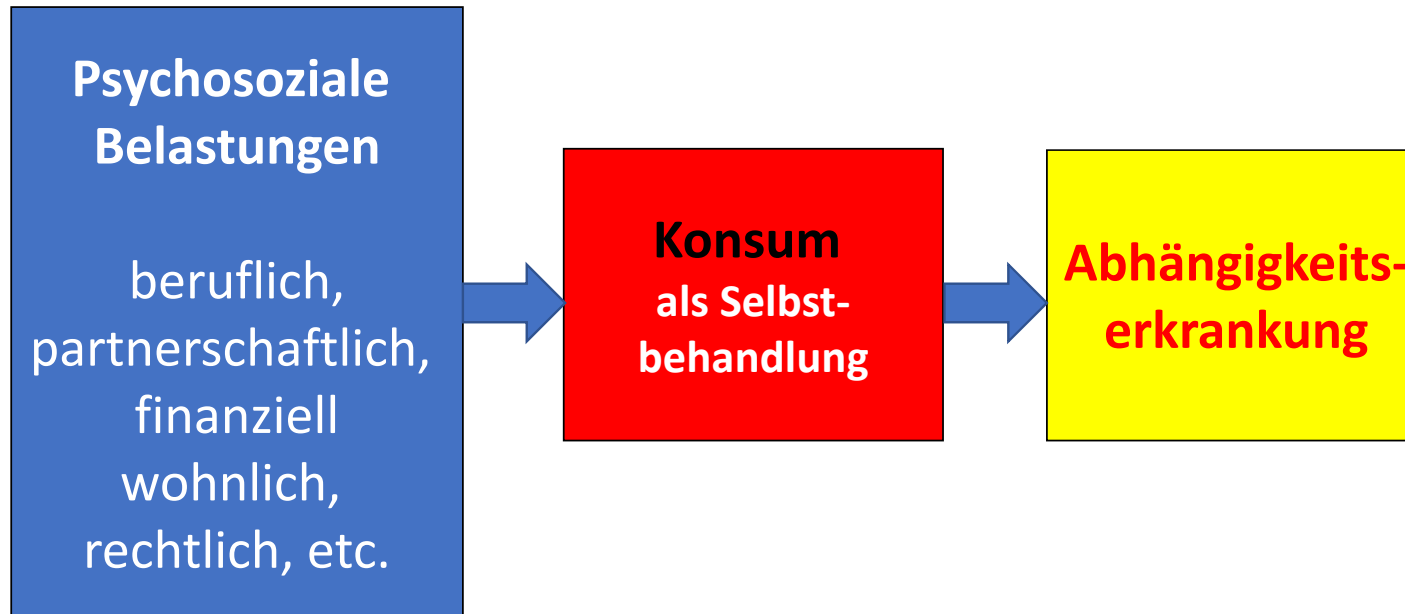
Trotz brisanter Problematik mit langer Vorgeschichte findet die Thematik Multimorbidität in der **Forschung** wenig Aufmerksamkeit

Ursache oder Folge?

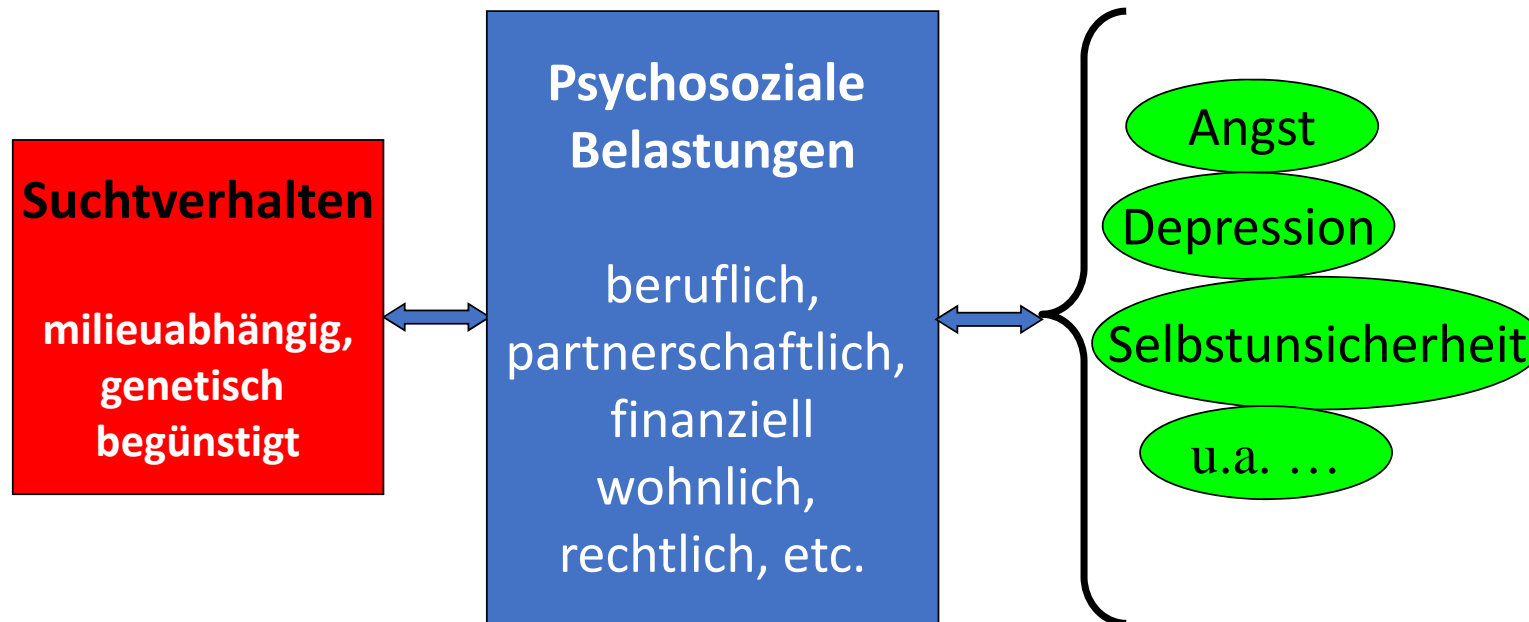
Henne oder Ei?!

Erklärungsmodelle

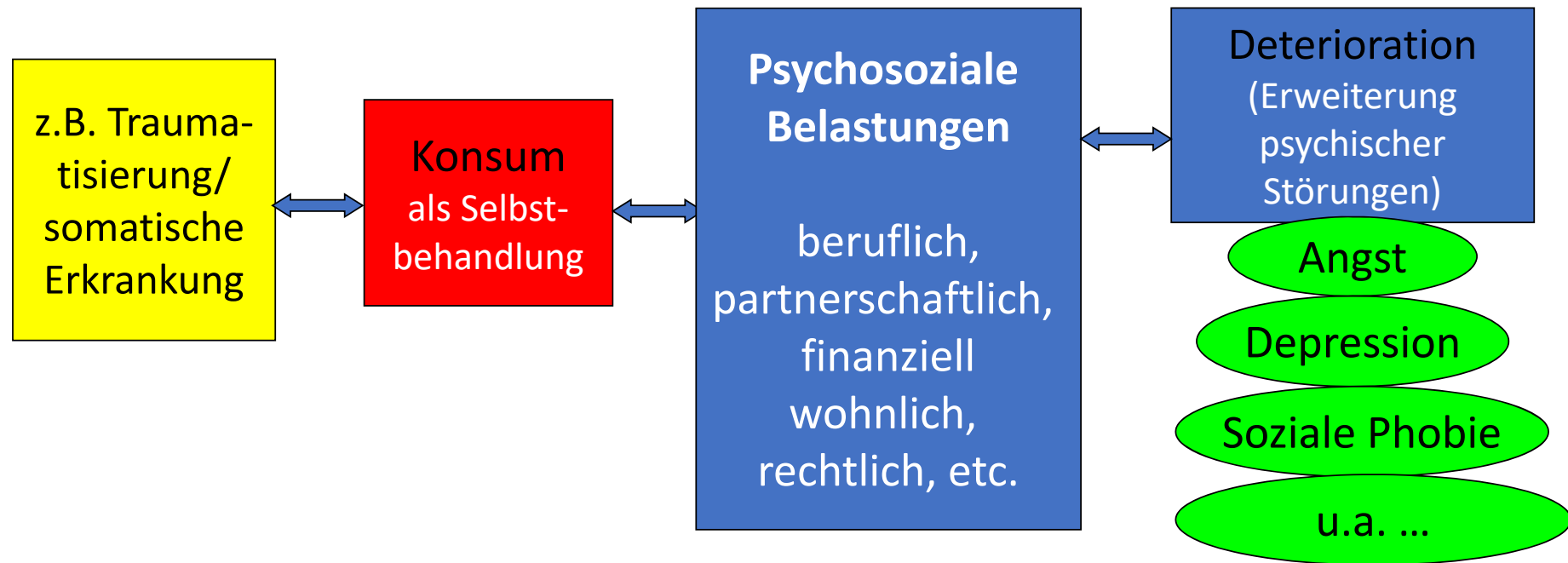
1. Psychosoziale Störungen führen zur Sucht



2. Suchtmittelkonsum führt zu psychosozialen Störungen



3. Ein dritter Faktor führt zur Ko- bzw. Multimorbidität



Komorbidität in der Entwicklung der Suchttherapie

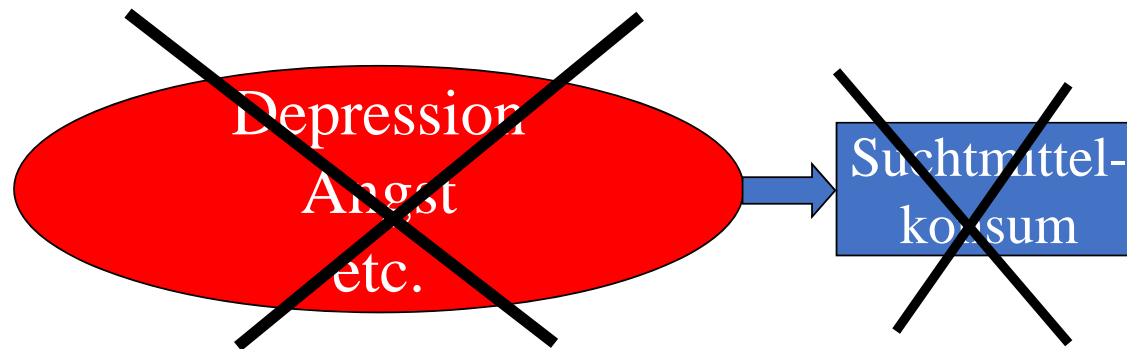
- „Herkömmliche“ Behandlungskonzepte der Suchttherapie haben psychische Besonderheiten kaum beachtet („*Die Sucht ist Ursache aller Probleme – mit der Bewältigung der Sucht regelt sich auch alles andere!*“)
- Psycholog*innen und Psychiater*innen verstanden Süchte **primär als Folge frühkindlicher Entwicklungsstörungen** oder als untauglichen Selbstheilungsversuch für Störungen der Persönlichkeitsstruktur bzw. psychische Störungen – die Sucht war für sie ein sekundäres Phänomen
- Zwischen klassischer Trinkerheilstätte und unangemessen psychologisierender Psychotherapie **sucht die stationäre Rehabilitation** in den späten 70ern und in den 80ern **nach pragmatischen Lösungen** für eine angemessene Behandlung der „**multikonditionalen**“ und „**multimorbiden**“ Suchterkrankung
- Neben einer weiter auf **Sucht fokussierten Basistherapie** wurden zusätzliche Maßnahmen entwickelt, **die individuell nach Indikation** zum Einsatz kamen (FVS-Kongress 1989: Individualisierung der Suchttherapie)

Das sinnvolle Indikationssystem zog auch Nachteile mit sich!

- Psychische Belastungen werden als nebeneinander bestehende Einzelelemente gesehen
- Eine ganzheitliche Betrachtung der Problematik wird kaum erkennbar
- Der Bezugstherapeut behandelt nur einen „Teilaspekt“ der psychologischen Prozesse
- „Die eine Hand, weiß nur bedingt, was die andere tut!“

Aus der Sicht vieler Rehabilitand*innen

Das Modell, die psychische Belastung als das eigentliche Anliegen und den Suchtmittelkonsum als nebensächlich anzusehen, wird von Rehabilitand*innen lange Zeit bevorzugt.



Ungünstige Folgen:

- Therapeut*innen streiten sich mit Rehabilitand*innen; Therapiemotivation bleibt aus! Oder
- Die Sucht wird „zweitrangig“ behandelt; spezifische suchtbezogene Methoden werden nicht beachtet!

Klinische Schlussfolgerung

- Die subjektive Sicht der Rehabilitand*innen verständnisvoll behandeln („Don't argue with the patient“)
- Die professionelle Sicht des Behandlungsmodells verständlich erläutern
- Therapien und Therapeut*innen sollen sich bemühen, die Rehabilitand*innen darin zu unterstützen, ihre persönlich relevanten Lebensziele (realistisch) zu verwirklichen
- Die zentrale Frage einer Entwöhnungsbehandlung: „Was müssen Süchtige erfahren und können, um ihre Sucht zum Stillstand zu bringen?“

Zunächst: Aufklärungskunst anwenden

- Psychisch chronische Erkrankungen führen in i.d.R. zur Entwicklung weiterer Störungen
- Die Krankheitsanteile verstärken sich spiralförmig
- Mit zunehmender Krankheitsdauer verliert die Frage an Bedeutung, welche Krankheitsanteile pathogenetisch als primär oder sekundär aufgefasst werden.
- Die Gesamtproblematik schwächt ab, je länger suchtmittelfreie Zeiten eingehalten werden
- Die Suche nach „Henne oder Ei“ ist wenig sinnvoll!

Im weiteren Verlauf: keine weiteren Überzeugungsversuche! Motivierung zur Thematisierung im Rahmen der Gruppentherapie/Basisgruppe und zur Nachdenklichkeit

Klinische Schlussfolgerung

- Komorbide Störungen können der Hintergrund für den Suchtmittelkonsum sein, müssen es aber nicht sein!
 - *Für die Behandlung der Sucht muss nicht immer eine komorbide Störung gefunden werden!*
- Komorbide Störungen benötigen störungsspezifische Behandlungsmethoden.
 - *Auch die Sucht benötigt suchtspezifische Behandlungsmethoden.*
 - **Die Schwierigkeit auf psychotrope Substanzen zu verzichten ist nicht selbstverständlich in den komorbiden Störungen zu suchen!**
 - Der Umgang mit dem Verlangen hat seine eigene „Dynamik“

Behandlungsmöglichkeiten und Wirkfaktoren

- **Problembewältigung:** Aktive Unterstützung zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien und neuer Fähigkeiten
- **Problemklärung:** Bewusstwerden eigener Motive, Werte, Ziele, Überzeugungen, Bestrebungen, Verarbeitungs- und Interpretationssysteme, Konstruktionen über sich selbst und die „Realität“ etc.
- **Problemaktualisierung:** Emotional korrektive Erfahrung durch Aktivierung von Schwierigkeiten (‘Reden ist Silber, real erfahren ist Gold’)
- **Ressourcenaktivierung:** Selbstwerterhöhende Wahrnehmung, sich selbst als fähig erleben

Interdisziplinäre Behandlung körperlicher, psychischer und sozialer Störungen

Ärztliche Behandlung	Psycho- edukation	Einzel- Psychotherapie	Gruppen- Psychotherapie	Indikativgruppen Komorbide Störungen	Soziales Umfeld	Funktions- bereiche
Medizinische Diagnostik und Anamnese	<u>Suchtmittel</u> Entwicklung einer Gewohnheit	Erfassen persönlicher Überforderung	Motivierung durch Modelle	Depressionsbewältigung	Angehörigen- und Partnerseminare	Soziotherapie: Beruflich Reha, Wohnen, Finanzen, Bewerbungen Adaption
Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen	Neurobiologie	Ziel- und Wertklärung	Erleben von tragender Beziehung	Emotionale Turbulenzen	Paargespräche	Körperbezogene Therapie: Sporttherapie, Thai Chi, Krankengymnastik Spiel
Verordnungen z.B. Physiotherapie/ Krankengymnastik, Konsile	Missbrauch	Erstellung eines individuellen Therapieplans	Rückmeldung	Stabilisierungsübungen	Betriebsseminare	Ergotherapie: Arbeitstraining PC-Kenntnisse Kreativität Haushaltstraining
Training gesunder Ernährung	Abhängigkeit	Durchführung spezifischer Änderungsmaßnahmen	Konfliktlösung	Training emotionaler Kompetenzen	Schulungen von Vorgesetzten und Kollegenteams	Kunsttherapie
	Selbständerung und Therapie	Stärkung des Explorationsverhaltens	Akzeptanz und Entfaltung in der Gruppe	ADHS	Selbsthilfegruppen	Musiktherapie
	Psychologische Schulung	Entfaltung persönlicher Stärken und Resilienz	Unterstützung	Spezifische Ängste		Klinikseelsorge
	Verhaltensmedizin Begleiterkrankungen Folgeschäden	Entwicklung eines ausgewogenen Lebensstils	Information Selbsthilfe	Selbstsicherheitstraining		
	Berufs- und arbeits- bezogene Beratung Psychosoziale Themen Ernährungsberatung Sozialberatung MPU-Beratung	Förderung von Selbst- hilfemöglichkeiten	Rückfallprophylaxe	Konfliktmanagement		
				Ärger, Streit & Ungeduld		
				Beruf & Zukunft		
				Arbeitsleben & Stressbewältigung		
				Lebensbalance		
				Genusstraining		
				Entspannungstraining		
				Achtsamkeitstraining		
				Schlafstörung		
				Nichtraucher-Training		

Breite Vielfalt ermöglicht individualisierte Therapieplanung

Jedem/r die passenden Module

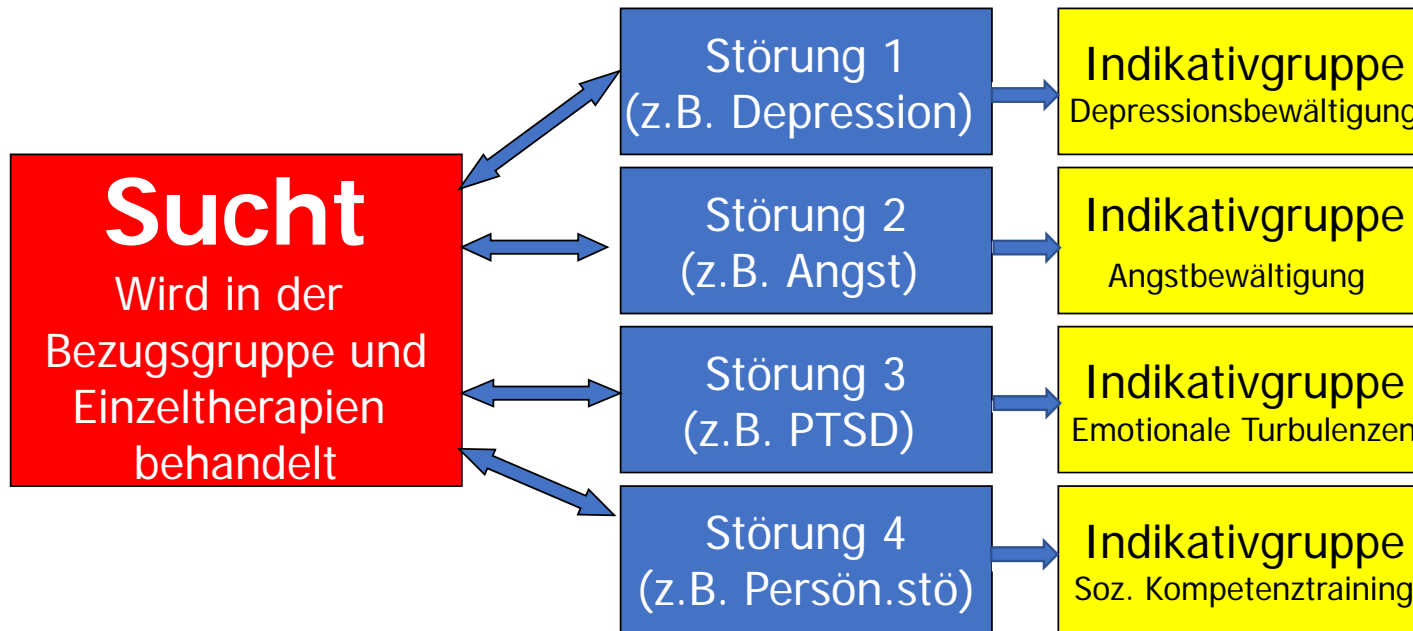
Viele Störungen – ein Mensch!



Viele Störungen – ein Mensch!

Therapeut*innen dürfen nicht trennen, was Patient*innen vereinen!

Ungünstige Störungsmodelle!



Klinische Schlussfolgerung

- Die Störungen/Belastungen sollen weniger plakativ (als Diagnose) im Sinne von „Depression“, „Angst“ u.ä. angesehen werden!
- Vielmehr soll geklärt werden, wie hängt die Sucht mit der (fehlenden) Befriedigung der Grundbedürfnisse zusammen
- Die Behandlung verschiedener Störungen: ob zeitlich parallel oder nacheinander, soll stets individuell entschieden werden
- Dabei gilt es: ohne den problematischen Konsum zu bewältigen, ist eine Überwindung weiterer psychischer Störungen nicht möglich; ohne Verbesserung der psychischen Verfassung ist andererseits eine Entwöhnung kaum möglich!

Unterstützung der Bezugstherapeut*innen mittels konkreter Anleitung zur Sicherung des Therapieprozesses

Inhaltsverzeichnis

A) Unsere „Bereichsziele“ zur Qualitätssicherung	1
B) Grundsätzliches zur Psychologie der Veränderung	2
C) Unsere Grundhaltung: Kompetenz und Freundlichkeit!	3
D) Unser therapeutisches Vorgehen	4
E) Mit wem habe ich es zu tun?	5
F) Unser Beziehungsmodell ist „komplementär“	6
G) Das therapeutische „Aufgaben-Kontinuum“	7
1. Die therapeutischen Aufgaben.....	8
1.1 Vorbereitung der Aufnahme.....	8
1.2 Anleitung zur Führung eines Telefongesprächs.....	9
1.3 Therapiewiederholung: Klärung der Behandlungsbereitschaft.....	10
1.4 Weitere Vorbereitungen für den aufzunehmenden Rehab.	11
2. Rehab. trifft in den salus kliniken ein: Die Aufnahme	12
2.1 Die erste Begegnung	13
2.2 Umgang mit Begleitpersonen beim Erstkontakt.....	13



Unterstützung der Rehabilitand*innen mittels konkreter Anleitung zur Sicherung des Therapieprozesses



DEPRESSIONSBEWÄLTIGUNG
Arbeitsheft



EMOTIONALE TURBULENZEN
Arbeitsheft



LEBENSBALANCE
Arbeitsheft



GENUSS UND GENIEßEN
Arbeitsheft



**BEWÄLTIGUNG
SPEZIFISCHER ÄNGSTE**
Arbeitsheft



36. Kongress Fachverband Sucht+

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!