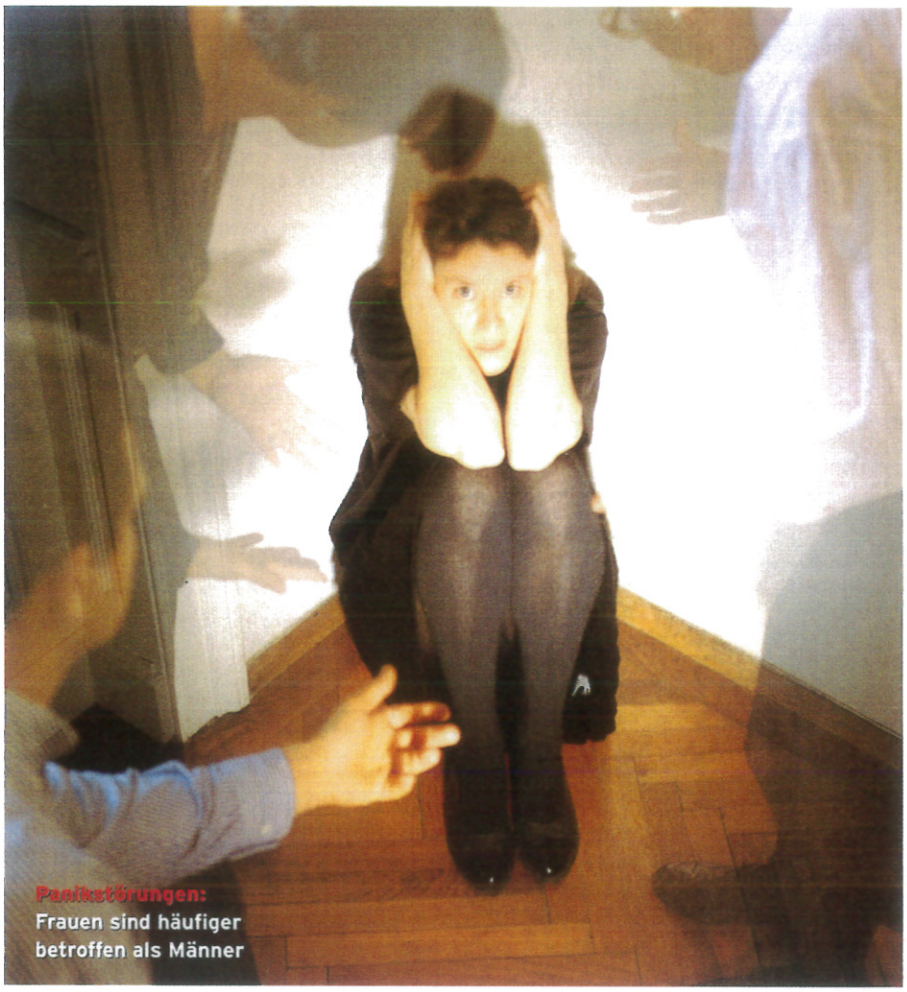
PSYCHIATRIE

Komorbiditäten sehen & behandeln

Komorbidität stellt eine besondere Herausforderung in der Behandlung von Sucht- und psychiatrischen Patienten dar und erfordert eine gezielte Therapie.



Panikstörungen: Frauen sind häufiger betroffen als Männer

Ein bislang unterschätztes bzw. selten diagnostiziertes Phänomen ist die Komorbidität bei Suchterkrankungen. Das diesjährige Symposium des Anton Proksch Instituts[1], das unter diesem Thema stand, beschäftigte sich mit der Diagnose und Therapie von Komorbidität.

Mehrfache Belastung. Komorbidität bedeutet das simultane oder sukzessive Auftreten zweier oder mehrerer Störungen. „Darunter ist aber auch die Summe unterschiedlicher Syndrome und aktueller Belastungsfaktoren, wie etwa Arbeitslosigkeit, zu verstehen", erklärt Dr. Oliver Scheibenbogen, Klinischer und Gesundheits-Psychologe am Anton-Proksch-Institut, Kalksburg. Ein Spezialfall der Komorbidität ist die Doppeldiagnose. „Hierbei handelt es sich um eine Substanzabhängigkeit, die mit einer oder mehreren psychiatrischen – also substanzunabhängigen – Störungen einhergeht", so Scheibenbogen. Häufige solche Komorbiditäten sind depressive Symptome, die viele Patienten im Entzug zeigen. Scheibenbogen: „Oft ist allerdings nicht klar, ob die Depression aus der Entzugssymptomatik heraus entstanden ist oder als eigenständiges Krankheitsbild besteht."

Alkoholabhängigkeit & Genderaspekt. Nach Lindenmeyer[2] entwickeln alkoholabhängige Patienten verschiedenste Komorbiditätsraten. Die Wahrscheinlichkeit, eine Angststörung zu entwickeln, liegt zwischen ein und 69 Prozent, affektive Störungen treten in 20 bis 73 Prozent und Nikotinabhängigkeit in 64 bis 85 Prozent der Fälle auf.

„Im Rahmen unserer eigenen Studie an alkoholabhängigen Patienten in stationären Settings konnten wir feststellen, dass Panikstörungen deutlich häufiger bei Frauen auftreten als bei Männern. Allerdings wird im Rahmen der therapeutischen Arbeit klar: Die Panikstörung scheint eher ein Teil der soziophoben Symptomatik als ein eigenes Krankheitsbild zu sein", sagt Scheibenbogen.

Die Prävalenzrate posttraumatischer Belastungsstörungen ist bei alkoholabhängigen Frauen doppelt so hoch wie bei Männern. Und die Hälfte der Fälle beim schweren depressiven Syndrom wird bei Frauen beobachtet, bei männlichen Patienten hingegen nur bei einem Drittel.

Traumatisierung. Sehr oft führt eine posttraumatische Belastungsstörung zu einem Suchtmittelkonsum. Dieser bewirkt jedoch keine Verarbeitung der traumatischen Ereignisse, sondern führt zu einer wesentlichen Verschlechterung des Zustands.

„Wir erleben im klinischen Alltag sehr häufig, dass Patienten, die im niedergelassenen Bereich in Therapie sind, aus Schuld und Scham nicht über ihre Substanzabhängigkeit sprechen", so Scheibenbogen und gibt zu bedenken: „Eine Mitbehandlung der Substanzabhängigkeit erhöht den Fortschritt der posttraumatischen Therapie."

„Posttraumatische Belastungsstörungen führen oft zur Sucht"

Dr. Oliver Scheibenbogen

Positive Wirkungserwartung. Ein sehr häufiges Störungsbild, das im Zusammenhang mit einem Substanzmissbrauch bei Frauen vermehrt auftritt, ist die Angststörung. „Angstzustände führen in der Regel zu einem Suchtmittelkonsum, der diese nur kurzfristig verringert. Im Zuge dessen entsteht eine positive Wirkungserwartung an das Suchtmittel", weiß Scheibenbogen. Aufgrund der Toleranzentwicklung kommt

Foto: Corbis

es folglich zu einer Steigerung der Suchtmitteldosis und damit zu einer Verstärkung der Angstzustände, da beispielsweise leichte Entzugssymptome wieder Angstzustände auslösen können. Daraus kann sich tatsächlich eine Angststörung manifestieren, die dann als sekundäre Substanzstörung in Erscheinung tritt.

Hohe Suizidalität. Die Selbstmordrate unter Alkoholabhängigen ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, bei der sie in Österreich bei zwei Prozent liegt, um das Sechsfache erhöht. Einer Studie von Preuss[3] zufolge, die sich mit Suizidhäufungen beschäftigte, treten Suizidversuche unter Alkoholabhängigen dann besonders häufig auf, wenn als komorbide Störung eine Depression vorhanden ist, welche allein die Suizidrate um das Zwei- bis Dreifache erhöht.

Ressourcen sehen. „Sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie empfiehlt sich ein theoriegeleitetes Vorgehen", betont Scheibenbogen. „Das gemeinsame Bearbeiten von Substanz- und psychischen Störungen sollte separat, aber möglichst zur selben Zeit erfolgen." Unbehandelte Komorbidität führt zu stationären Wiederaufnahmen, dem sogenannten Drehtürphänomen.

„Wir dürfen außerdem nicht nur die Störungsseite unserer Patienten betrachten, sondern auch ihre Ressourcenseite", meint Scheibenbogen. Patienten sollen nicht nur etwa ihre Depression in den Griff bekommen, sondern gleichzeitig Angststörungen lindern bzw. Traumatisierungen reduzieren. Scheibenbogen: „Ein wesentlicher Aspekt der Therapie soll dem Patienten helfen, ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu führen – mit der Lebensqualität, die er sich für sein Leben vorstellt." ■

Mag. Nicole Martinek

1) „Das Wesentliche sehen? Zur Epidemiologie komorbider Störungen in der Suchtbehandlung", Anton-Proksch-Institut(API)-Symposium: Sucht, Komorbidität und Behandlung, 25. bis 26. Jänner 2008, Wien

2) Lindenmeyer, J. (2005). Alkoholabhängigkeit. Verlag Hogrefe, Göttingen

3) Preuss UW, Koller G, Bottlender M et al. Suizidversuche bei Alkoholabhängigen: klinische Charakteristika und Differenzierung nach der verwendeten Methode. Fortschr Neurol Psychiatr 2006;74:77-84