

# Die Idee des Ganzen

Wie komorbid-psychische Erkrankungen im stationären Setting behandelt werden können

## Die Therapie von komorbiden Erkrankungen stellt eine besondere Herausforderung dar. Ein Überblick über den aktuellen Stand der Forschung.

ARMITA TSCHITSAZ UND MARGOT MATTHIS

«Den ersten Schritt, den schwierigsten, habe ich geschafft. Es war die bittere Erkenntnis, dass ich Hilfe in Anspruch nehmen muss», meint Daniela Fisser (Name geändert), Patientin in der Klinik Wysshölzli, einer Fachklinik für Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen und Essstörungen im Kanton Bern. Daniela Fissers Gedanken kreisen um das Beschaffen und Konsumieren von Alkohol und Kartoffelchips; sie hat ein Substanzverlangen (Craving) nach hochkalorischen Nahrungsmitteln. Der Krankheitseinsicht folgt nun eine intensive Therapie. Die Patientin leidet unter mehreren psychischen Erkrankungen, welche gemeinsam auftreten: einer substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankung und einer Binge-Eating-Störung. In der psychiatrischen Diagnostik und Behandlung wird dieses Phänomen Komorbidität genannt. Wir möchten einerseits eine Begriffsklärung vornehmen und die verschiedenen Formen von Komorbidität aufzeigen. Andererseits soll dargelegt werden, welche stationäre therapeutische Massnahmen bei Komorbidität wirken.

Komorbidität bedeutet nach dem sogenannten phänomenologischen Modell, dass sich die Erkran-

kungen in sehr unterschiedlichem Verhältnis zueinander befinden. Zuweilen bedingen sie einander. Den zwei Störungen liegt eine gemeinsame Ursache zugrunde, wie Gene, wobei die beiden Erkrankungen zu anderen Zeitpunkten auftreten können.

Gemäss dem ätiopathogenetischen Modell ist eine Erkrankung eindeutig erklärbar durch eine andere Krankheit; ein Beispiel sind die somatischen Folgestörungen von Substanzerkrankungen oder Anorexia Nervosa. Beim Interaktionsmodell wiederum beeinflusst eine Krankheit den Verlauf der anderen indirekt oder direkt, wenn etwa aufgrund einer Persönlichkeitsstörung Krankheitseinsicht und Emotionsregulation schwach ausgeprägt sind und somit die therapeutische Arbeit an der Primärdiagnose Depression oder Essstörung schwierig ist, wodurch die Symptome immer stärker werden. Treten zwei Erkrankungen unabhängig auf und interagieren nicht, sprechen wir vom Zufallsmodell. Hier ist es wichtig, einerseits unerklärliche Abhängigkeiten nicht fälschlicherweise als Zufall zu interpretieren, denn nicht alles Unerklärliche ist Zufall. Andererseits müssen gemäss einer Studie des deutschen Psychiaters Martin Driessen aus dem Jahr 2013 zufällige Symptomkorrelationen (Artefakte) erkannt und ausgeschlossen werden, wenn fälschlicherweise Zusammenhänge gemessen werden, die gar nicht existieren. Die oben genannten Modelle haben den Vorteil, dass auch moderne Konzepte, wie die Forderung nach dimensionaler Diagnostik, integrierbar



Zu Beginn der Einzelpsychotherapie legt eine Therapeutin zusammen mit Daniela Fisser die Therapieziele fest.

sind. Einzuräumen ist jedoch, dass sie zuweilen artifizuell anmuten. Die Erfassung der Komorbidität ist sehr wichtig, weil in Abhängigkeit der Diagnosen die entsprechende Therapie angewendet wird.

### Komplexe Verflechtungen

Der Zusammenhang zwischen der Substanzgebrauchs- und der Binge-Eating-Störung wird in epidemiologischen Analysen deutlich. Von einer Substanzgebrauchsstörung Betroffene weisen sehr hohe Komorbiditätsraten auf. Wenn Abhängigkeitsstörungen und psychische Erkrankung gemeinsam auftreten, nennt sich dies Doppeldiagnose. Die Betroffenen leiden häufig unter Affekt- und Angststörungen, ADHS oder posttraumatischen Erkrankungen.

Gemäss einer Studie von Kristine Steffen der US-Universität North Dakota im Jahr 2015 beträgt die Lebenszeitprävalenz bei Erkrankten mit Doppeldiagnose 40 bis 70 Prozent. Umgekehrt leiden Binge Eaters zu etwa 17 bis 40 Prozent auch unter einer Substanzgebrauchsstörung. Dabei scheinen die ursächlichen und aufrechterhaltenden Faktoren für beide Erkrankungen ähnlich zu sein. Die Eigendynamik der beiden Erkrankungen, motivationale Bedingungsfaktoren sowie neurobiologische Mechanismen weisen Überschneidungen auf, welche in der Forschung diskutiert werden. So erhöht gemäss einer Studie der klinischen Psychologin Erica Schulte aus dem Jahr 2016 ein Mangel an Selbstwert, Impuls- oder Emotionsregulation die

Wahrscheinlichkeit von Ess- und Substanzgebrauchsstörungen gleichermaßen. Studien konnten zeigen, dass beide Patientengruppen erhebliche Einschränkungen bei Emotionsregulation und Impulssteuerung aufweisen: Ein negativer Affekt schwächt die Selbstkontrolle, was wiederum Ess- und Substanzkonsum steigert. Offenbar weisen beide Erkrankungsmuster auch eine gesteigerte Belohnungssensitivität auf: Die Betroffenen reagieren auf belohnungsrelevante Reize mit einer erhöhten Aktivität des auch als «positives Belohnungssystem» bezeichneten mesolimbischen Systems. Viele Patientinnen können sich zudem schlecht fokussieren, weil sich bei ihnen krankheitsrelevante Stimuli wie Körperwahrnehmung, Nahrungsmittel, Alkohol oder Drogen in den Vordergrund drängen, was Craving auslöst und so die Vulnerabilität für Symptomrückfälle erhöht. Die biologischen Zusammenhänge sind ebenfalls komplex. Einerseits scheint Starvation zu einer Substanz-Affinität zu führen. Andererseits beeinflusst Ethanol das Sättigungsgefühl, gesteuert über den Hypothalamus, sowie den Stoffwechsel.

Obwohl die zugrunde liegenden Erkrankungsmechanismen so ähnlich sind, erfolgt die Zuordnung in medizinische Kategorien gemäss der internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation WHO in sehr unterschiedliche Bereiche; die Essstörungen sind der Kategorie «Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren» zugeordnet und die stoffungebundenen

Abhängigkeitsstörungen der Kategorie «Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle».

Substanzgebrauchsstörungen treten nach einer Untersuchung der deutschen Psychologin Anja Hildebrand aus dem Jahr 2015 zudem häufig gemeinsam mit traumaassoziierten Symptomen auf. Der bekannteste Erklärungsansatz ist die Selbstmedikationshypothese, welche besagt, dass die Substanzen als Bewältigungsstrategie eingenommen werden, um mit traumaassoziierten Erinnerungen umzugehen. Die Betroffenen beruhigen kurzfristig ihr Leid und andere belastende Emotionen mit Alkohol oder Drogen. Umgekehrt verstärkt der Konsum langfristig Hyperarousal, Angstgefühle oder Flashbacks. Eine weitere Erklärung liefert die Hochrisikohypothese, gemäss der sich Substanzerkrankte risikoreicher verhalten, weil ihre Lebensumstände unsicherer sind oder sie im berauschten Zustand weniger Emotionen verspüren. Daher erleben sie mit höherer Wahrscheinlichkeit traumarelevante Erfahrungen. Die dritte Hypothese, die Sensibilitätshypothese, bezieht sich auf die Vulnerabilität von Menschen, die Substanzen missbrauchen, gegenüber Traumatisierungen. Sie entwickeln nach Traumaexposition schneller Traumasymptome. Erklären lässt sich diese Beobachtung mit der neuronalen Organisation des limbischen Systems, welches aufgrund vergangener Erfahrungen bereits sensibler für traumaassoziierte Reize wurde. Selbstverständlich kann das Verhältnis zwischen Substanzstörung und Traumaerkrankung aber auch durch dritte unabhängige Variablen wie defizitäre Bewältigungsfertigkeiten mediiert werden.

### Auch Sportsucht kann komorbid auftreten

Während bisher der Fall diskutiert wurde, dass den verschiedenen Erkrankungen ähnliche Ätiologie- und Störungsmodelle zugrunde liegen, gibt es auch die Situation, dass eine Krankheit durch unterschiedliche Störungsdynamiken verursacht wird. So kann das exzessive Betreiben von Sport als stoffungebundene Abhängigkeitserkrankung diagnostiziert werden, wenn die Kriterien intensives Verlangen, Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, Entzugssymptome und Rückfall erfüllt sind. Diese Verhaltenssucht könnte sogar gepaart mit einer komorbid stoffgebundenen Abhängigkeit (beispielsweise Analgetika-Missbrauch) auftreten. Andererseits kann Sport auch als Bewegungszwang klassifiziert werden, was ein Sekundärphänomen der Anorexia Nervosa ist. Übertriebener Sport, der zu Leidensdruck führt, kann im Rahmen der Essstörungen ebenso als kompensatorische Massnahme zur gezielten Gewichtsreduktion auftreten: sogenanntes Sportpurgieren. Komorbid erkrankte Patientinnen und Patienten stellen eine besondere Herausforderung

für das therapeutische Personal dar. Die Behandlung erfordert die Berücksichtigung der verschiedenen Diagnosen sowie ihr Zusammenspiel bei der Therapie. In der Klinik Wysshölzli arbeiten wir mit einem integrierten Behandlungsmodell, das diagnosespezifische Programme für die beiden Hauptdiagnosen Essstörungen und Abhängigkeitserkrankungen umfasst. Dabei berücksichtigen wir empirische Befunde zur genderspezifischen Behandlung. So bestehen etwa Genderunterschiede bezüglich der Auftretenshäufigkeit, Behandlungseinwilligung, Ätiologie (wie genetische Wirkung, neuronale Sensitivitäten aufgrund hormoneller Unterschiede) und der Wirkung von Substanzen auf den Körper. Die Patientinnen werden durch eine individuelle psychotherapeutische und psychiatrische Therapie unter ganzheitlicher Betrachtungsweise von Diagnosen, Motivlage und Beziehungsstil in ihrem Leid unterstützt. «Ich weiss nun viel besser, was meine Gefühle und meinen Selbstwert positiv beeinflusst», meint Daniela Fisser heute. ♦

---

#### DIE AUTORINNEN

---

**Armita Tschitsaz** ist Leitende Psychologin der Klinik Wysshölzli. Sie war bis 2008 Forschungsassistentin am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern. Ihre Schwerpunkte sind Psychotherapie für Essstörungen, Substanzerkrankungen, Affektstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen.

**Margot Matthis** ist Chefärztin derselben Klinik. Sie war von 2002 bis 2015 in eigener Praxis als Fachärztin für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie tätig. Davor leitete sie 15 Jahre eine psychosomatisch ausgerichtete Praxis in Berlin. Ihre Schwerpunkte sind Diagnostik und Therapie der Essstörungen und Substanzerkrankungen sowie Affektstörungen.

---

#### KONTAKT

[armita.tschitsaz@wysshoezli.ch](mailto:armita.tschitsaz@wysshoezli.ch)

---

#### LITERATUR

Hildebrand, A., Behrendt, S. & Hoyer, J. (2015). Treatment outcome in substance use disorder patients with and without comorbid posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Psychotherapy Research, 25*(5), 565–582.

Schulte, E. M., Grilo, C. M., Gearhardt, A. N. (2016). Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. *Clinical Psychology Review, 44*, 125–139.