

Mehrfachabhängigkeit

14.10.2011

Ulrike Dickenhorst



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Zertifiziert nach



DIN EN ISO 9001:2000

Inhaltsverzeichnis

1. Definition und Diagnose
2. Behandlung
3. Ausblick

Problembeschreibung

- RMK-Studie N 120 Patient 6 Monate 2009
- RMK-Studie (3. Phase) N120 Patient 10 Monate 2011
- In der BSK sind Frauen häufig mehrfachabhängig von Alkohol, Benzodiazepinen und begleitender Essstörung (Bulimie).
- Drogenpatienten gehörten in hoher Anzahl zur Gruppe der polyvalenten Abhängigkeitserkrankten.
- Zunehmend werden alkoholabhängige Patienten mit weiteren komorbiden Diagnosen des schädlichen Gebrauchs und weiterer Abhängigkeiten aufgenommen.

Diagnose

Polytoxikomanie (ICD 10 : F19.2; dt. Mehrfachabhängigkeit) ist eine Form der Abhängigkeit, bei der mindestens drei verschiedene Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial aus den Substanzgruppen Alkohol, Medikamente und **illegale Drogen** wahllos konsumiert werden. Prinzipien der Einnahme können einerseits die gegensätzlichen Wirkungen von aufputschend bis dämpfend sein und andererseits auch die Verfügbarkeit, sowie die Austauschbarkeit der Mittel sein.

In Abgrenzung dazu:

1. Bei einer Kombination von nichtstoffgebundenen und stoffgebundenen Süchten, wie Spielsucht und Alkoholismus, liegen zwar zwei Abhängigkeitskrankheiten vor, es wird aber nicht die Diagnose Polytoxikomanie verwandt.
2. Dies gilt auch für jene Fälle, bei denen eine Suchtkrankheit auf eine andere folgt, die Stoffe aber nie gleichzeitig konsumiert wurden.

Gründe für die gleichzeitige Einnahme von verschiedenen Substanzen können sein:

- Unabhängige, gleichzeitige Abhängigkeit von zwei oder mehreren Stoffen
- Wechselseitige Wirkungsverstärkung
- Gewünschte neue Wirkungen durch die Kombination
- Als Mittel gegen Entzugserscheinungen
- Abschwächung negativer Wirkungen einer Droge durch eine andere
- Die Wiederherstellung der ursprünglichen Wirkung bei einer erhöhten Toleranz



Generell ist festzustellen:

- sobald jemand von einer Droge abhängig geworden ist und er **andere** stimmungsändernde **Substanzen konsumiert**,
- das Risiko, auch von diesen Stoffen abhängig zu werden, erheblich steigt (Suchtverlagerung).

Sobald jemand eine erhöhte Toleranz einer Droge gegenüber entwickelt hat, hat er automatisch eine erhöhte Toleranz (**cross-addiction**) einer Droge der gleichen Klasse gegenüber.

Z. B.:

- So ist beispielsweise ein Alkoholiker besonders anfällig dafür, von Beruhigungsmitteln abhängig zu werden, da sie die gleichen chemischen Wirkungsmechanismen aufweisen. Das zeigt sich auch daran, dass die Gefahr eines Rückfalls für Alkoholiker steigt, wenn sie bei einer Krankheit vom Arzt Schmerzmittel mit Beruhigungsmittelanteilen verschrieben bekommen (bekannte Wirkungsweise).

Psychologische Faktoren spielen ebenfalls eine große Rolle bei der Entwicklung von Mehrfachabhängigkeiten.

Studien haben gezeigt, dass das psychische Verlangen, „high zu sein“, von jeder stimmungsverändernden Droge befriedigt werden kann (Sensation Seeking/ Entspannung fördernd) .

Tab. 3b: Substanzbezogene Komorbidität: Hauptdiagnosen und zusätzliche Einzeldiagnosen, stationär

Zusätzliche Einzeldiagnose	Hauptdiagnose					
	Alkohol	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimul.	PG
	19.704	2.346	1.085	216	454	537
Alkohol	99,4	57,9	61,3	57,3	63,7	32,4
Heroin	2,6	92,8	12,3	30,0	13,6	2,4
Methadon	0,4	32,1	1,2	7,0	1,1	0,0
Buprenorphin	0,1	11,7	1,0	3,7	1,3	0,0
Andere opiathaltige Mittel	1,1	15,7	2,2	5,5	4,8	0,6
Cannabis	11,1	66,1	99,7	72,9	79,9	20,4
Barbiturate	0,4	3,7	1,1	0,9	1,3	0,0
Benzodiazepine	3,9	31,1	5,7	12,8	9,9	1,8
andere Sedativa/ Hypnotika	0,7	2,1	1,4	0,9	1,7	0,0
Kokain	4,3	56,6	40,1	99,1	43,0	8,1
Crack	0,2	4,6	0,8	9,7	1,5	0,6
Amphetamine	3,3	29,4	53,4	40,1	92,4	3,3
MDMA ^o	1,5	21,0	33,0	28,9	50,1	2,4
Andere Stimulanzien	0,8	3,7	6,5	5,3	15,1	1,2
LSD	1,7	17,1	13,8	17,6	22,2	2,7
Meskalin	0,2	1,6	2,3	3,5	4,8	0,0
and. Halluzinogene	0,6	5,2	12,3	6,4	11,9	0,6
Tabak	70,2	84,0	82,7	82,4	85,7	78,4
Flüchtige Lösungsmittel	0,2	2,0	3,0	2,2	5,6	0,0
and. psychotr. Substanzen	0,9	4,9	3,5	2,2	3,4	0,9



Für die Menschen.
Für West

ziert nach



SO 9001:2000

	ambulant	stationär
A:	28% Tabak 6 % Cannabis	70 % Tabak 11 % Cannabis
D _{Opiat} :	41 % Tabak 32 % Cannabis 24 % Kokain 25 % Alkohol 13 % Benzodiazepine	84 % Tabak 66 % Cannabis 57 % Kokain 58 % Alkohol 31 % Benzodiazepine
Cannabis	37 % Tabak 28 % Alkohol 16 % Amphetamine 11 % Kokain 9 % MDMA	83 % Tabak 61 % Alkohol 53 % Amphetamine 40 % Kokain 33 % MDMA
Pathologisches Glückspiel	18 % Tabak, 4% Cannabis	78% Tabak, 20% Canna.
Medienabhängigkeit		18% Ca.14% Sp.2% Alk.

Auswirkung auf die Behandlung

- Längere und kompliziertere Entzugsphase
- Anpassung der Hausordnung (A/D)
- Krankheitseinsichtsentwicklung
- Behandlungsmotivation
- Regelmäßige Urin- und Blutkontrollen
- Suchtverlagerung thematisieren (Spieler/Alk.)
- Höhere Abbruchquote
- Kenntnisse und Kompetenzen der Mitarbeiter
- Zumeist höherer Grad an sozialer Desintegration (ZSD)

Früher: Konzepte von Separation

- Heute:
- Integration (D/A) BSK seit 1980
 - Alle komorbiden Störungen erheben (psychische Angst-, Depression, PTBS und Abhängigkeit/ Missbrauch, riskanter Konsum)
 - Verhaltensanalyse der verschiedenen genutzten Substanzen:
 - Funktionaler Gebrauch
 - Potenzierung der Wirkung
 - Bewältigung von Entzugerscheinungen
 - Behandlung der psychischen komorbiden Störungen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Ulrike.Dickenhorst@wkp-lwl.org



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Zertifiziert nach



DIN EN ISO 9001:2000