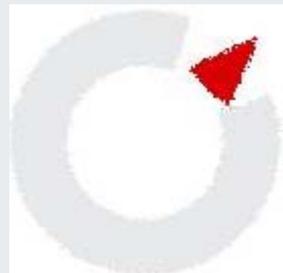


Psychische Erkrankungen bei Suchterkrankungen

33. Westfälisch-
Lippische
Elternkreistagung

Vlotho, 14.07.2013



Abteilung Suchtmedizin der LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein



Eckdaten der Abteilung:

6 Stationen

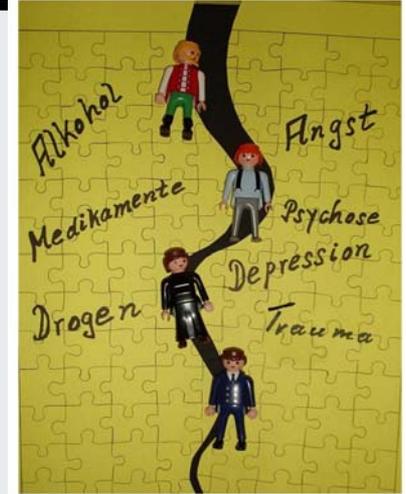
2 Alkoholstationen mit 56 Betten / Ø belegt 34

3 Drogenstationen mit 68 Betten / Ø belegt 52

1 gemischte Station mit 24 Betten / Ø belegt 19,5

Rund 3.000 - 3.300 Behandlungsfälle jährlich

Verweildauer (2011): Ø 13,2 Tage



Abteilungsaufbau

2 Standorte (Warstein und Lippstadt)
6 Stationen, 120 Betten, 2 Institutsambulanzen

Drogenbereich:

THC / Amphetamin
Paare
Behandlungserfahrene
Migranten

Legaler Bereich:

Alkohol offen / geschlossen
Basis-Gruppe /
Behandlungserfahrene
akute Korsakow
Medikamentenabhängige
Migranten

Übergreifend:

Sucht + Angst
Sucht + Depression
Sucht + PTBS
(Sucht + Psychose)

Übersicht Psychische Erkrankungen

- Organische Störungen
- Störungen durch psychotrope Substanzen
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- Affektive Störungen
- Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Intelligenzminderung

Ursachen psychischer Erkrankungen

Genetik

Lebensgeschichte

Aktuelle Probleme

„endogen“

organisch

Substanz

Abhängigkeit

**Peer group /
Familie**

Personelle Faktoren

Soziale Situation

Verfügbarkeit

Substanz

Abhängigkeits-
Potential

Wirkung

Konsum-Häufigkeit
und
Menge

Abhängigkeit

Peer group /
Familie

Psychische Krankheit

Personelle Faktoren

Genetik

Lebensgeschichte

Zukunftsperspektive

Probleme

Soziale Situation



Depression

Hauptsyndrome:

Antriebsmangel

Interessenlosigkeit

Gedrückter Affekt



Depression

Behandlung:

Medikamente

Psychotherapie

Kombinationsbehandlung

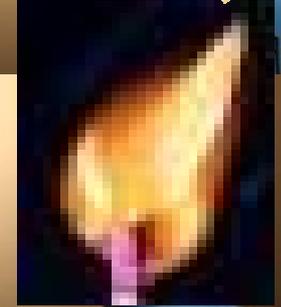


Definition „Burn out“

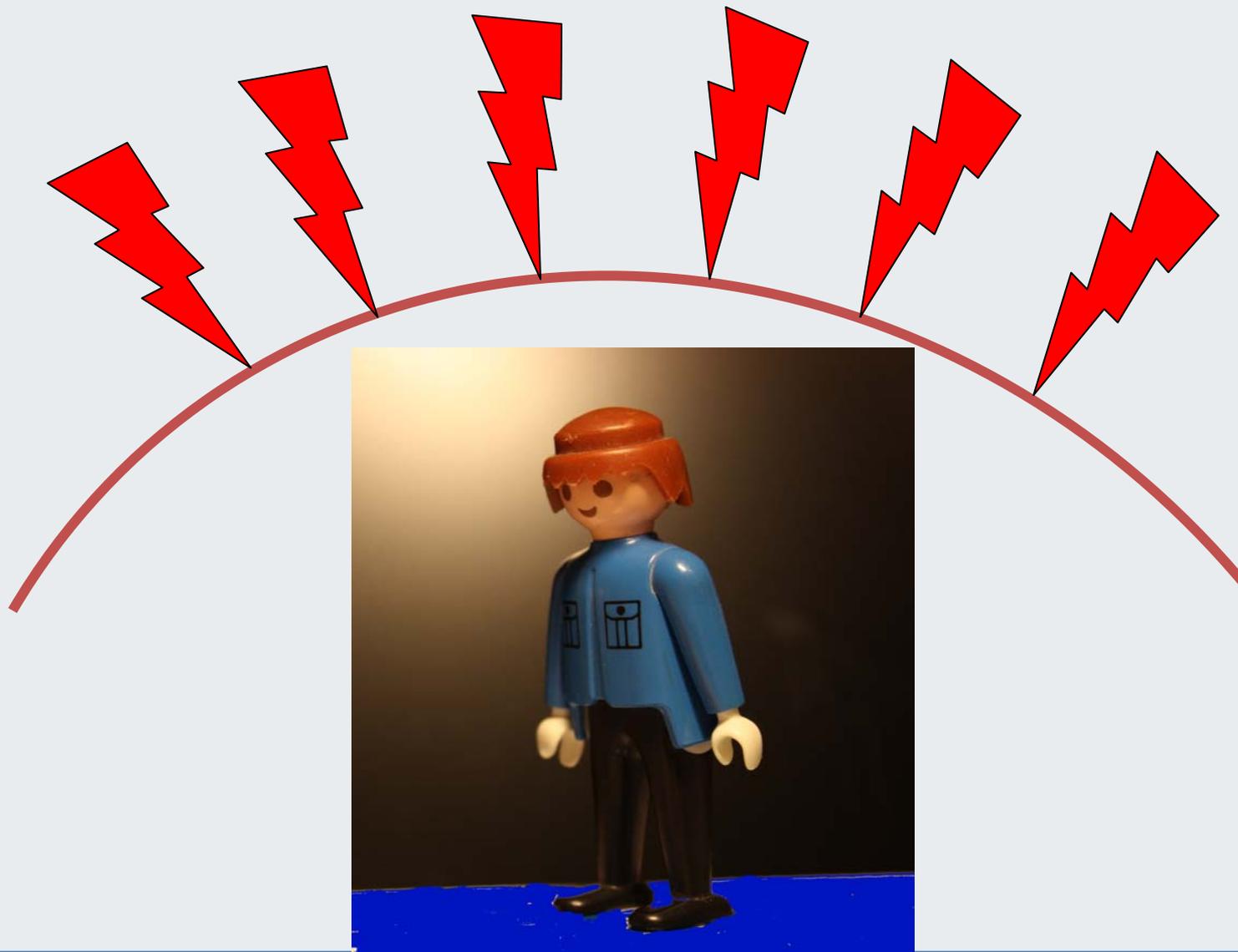
Mit dem „Burnout-Syndrom“ wird ein Zustand bezeichnet, der am Ende einer Entwicklung steht, die mit Enthusiasmus beginnt und über Stagnation, Frustration und Apathie sich ausbildet. Typische Symptome sind reduzierte Leistungsfähigkeit (fehlender Antrieb) und gedrückter Stimmung, verbundenen mit dem Gedanken, dass einem alles zu viel ist. Es können auch psychosomatische Beschwerden auftreten und Suchterkrankungen ihren Beginn haben.

Burn out

Abzugrenzen ist die „depressive Anpassungsstörung“, deren Auslöser belastende Ereignisse, Situationen oder Lebenskrisen von nicht außergewöhnlichem Ausmaß sind und deren Symptomatik sehr ähnlich ist.



Umgang mit Belastungen



Bewältigungsstrategien

- Verleugnung
- Kompensation
- Phantasie
- Projektion
- Rational-logisch
- Verdrängung
- Süchtiges Verhalten

Süchtiges Verhalten

Die Realität wird durch „sich zu machen“ vermieden bzw. erträglich (besseres Aushalten von Problemen und / oder unangenehmen Gefühlen bzw. Situationen, „weiter funktionieren können“).

Es ist ein Versuch, die eigene Unabhängigkeit zu sichern.

Neben Substanzen (Alkohol, Medikamente, Drogen) möglich mit TV, Sex, Arbeit, Konsum, Glücksspiel, Essen.

Schizophrenie

- Grundsymptome
 - Assoziationen
 - Affektstörung (Affektverflachung, Parathymie)
 - Ambivalenz (Fühlen, Handeln, Wollen)
 - Autismus (Loslösung von der Wirklichkeit)
 - Störung der Person (Depersonalisation, „Spaltung“)
- Akzessorische Symptome
 - Wahn
 - Halluzination
 - weitere Symptome

Schizophrenie

- Subtypen
 - Paranoide Schizophrenie
 - Hepephrenie
 - Katatone Schizophrenie
 - Undifferenzierte Schizophrenie
 - Schizophrenia simplex
 - Zoenästhetische Schizophrenie

Borderline-Störung

- Gehört zu den Persönlichkeitsstörung
- Kernsymptome
 - Anhaltende Gefühl von Leere
 - Übertriebene Bemühungen das Verlassenwerden zu vermeiden
 - Eigenes Selbstbild instabil
 - Intensive instabile Beziehungen
 - Wiederholte Selbstbeschädigung und Suizidversuche

Leitsymptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Wiedererleben

Vermeidungsverhalten

Vegetative Übererregbarkeit



Auslöser

Nach Traumatisierungen verschiedener Art:

Verkehrsunfälle 2-5%

Vergewaltigung bis > 50%

Schwerste Gewaltverbrechen bis > 50%

PTBS ist eine mögliche Folge von Trauma

Mögliche andere Symptombildungen:

- Persönlichkeitsveränderungen (mit depressiven Verstimmungen)
- Schlafstörungen
- Beziehungsstörungen (z.B. starkes Misstrauen, „Reinszenierungen“)
- körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzsyndrome)

Häufige Symptome bei PTBS

- Amnesien
- Beziehungsstörungen (z.B. gesteigertes Misstrauen, „Reinszenierungen“)
- Depersonalisation und Derealisation
- erhöhtes vegetatives Erregungsniveau
- Erschöpfung
- Hoffnungslosigkeit
- Impulsivität
- Schlafstörung / Albträume
- Intrusionen
- Selbstverletzen
- Scham- und Schuldgefühle
- Schmerzsyndrome
- Soziale Ängste / Phobien
- Suchtmittelmissbrauch / -abhängigkeit
- Suizidalität
- Vermeidungsverhalten
- Wasch- / Reinigungszwang

Trauma Typ 1 und 2 nach Lenore Terr

Typ-1-Trauma:

Einmaliges traumatisches Ereignis

Typ-2-Trauma:

Langandauernde und extreme Traumatisierungen

Verbunden mit dem Erleben von extremer Hilflosigkeit und Demütigung mit der Folge einer existentiellen Störung von Grundannahmen über eigene Fähigkeiten und den eigenen Wert sowie Vertrauenswürdigkeit anderer

Komplexe PTBS nach Judith Herman

DESNOS: disorders of extrem stress not otherwise specified

Zustandsbild nach chronischen Traumatisierungen:

- Störungen der Affektregulation
- dissoziative Symptome
- gestörte Selbstwahrnehmung
- gestörte Wahrnehmung des Täters
- Störung der Sexualität
- Störungen der Beziehungsgestaltung
- Veränderung persönlicher Glaubens- und Wertevorstellungen

PTBS nach ICD-10 und DSM-IV:

Wiedererleben des Traumas

Intusionen Albträume
Flash backs

Intensive traumabezogene Emotionen

verbunden mit physiologischer Reagibilität

Vermeidungsverhalten

Vermeidung traumabezogener Erinnerungen
psychogene Amnesie Absonderung
Sozialer Rückzug Entfremdung

Übererregbarkeit

Konzentrationsstörungen Allgemeine Reizbarkeit
Wutausbrüche Vermehrte Wachsamkeit
Schreckreaktionen

Neurobiologie

- Noradrenerge Aktivität steigt bei Trauma-assoziierten Reizen
- Bei hoher noradrenerger Aktivität übernimmt statt präfrontaler Cortex die Amygdala Verhaltenssteuerung: Kampf, Flucht, Erstarren
- niedrige GABA-Spiegel (Gegenregulator) bei PTBS-Patienten

Medikamentöse Behandlung

Frühintervention: BZD negativer Effekt

NICE-Guidelines: primär kognitive VT, wenn
Medikamente: Paroxetin, Mirtazapin, Amitriptylin

APA-Guidelines: SSRI Mittel der Wahl, ggf.
SNRI (Venlafaxin) – off label

Cochrane Review: SSRI am besten, Paroxetin
zugelassen, Sertralin besser (aber nur in USA
zugelassen) (Stein et al. 2006)

Medikamentöse Behandlung

Prinzip: Je schwerer PTBS, um so länger bis Ansprechen auf Medikation

Therapieresistenz: SSRI bis Maximaldosis (z.B. Paroxetin 40-60mg) über 8 – 12 Wochen.

Ggf. auch neuere Neuroleptika

Rezidivprophylaxe: mindestens 3 Monate Behandlungsdauer

AD(H)S



Sucht & ADHS:

30 - 40% aller Alkoholiker leiden an ADHS

(Kraus et al. 2002)

35% aller Kokain-Missbraucher haben ADHS

(Carrol et al. Kraus et al. 1993)

Unbehandelt 33% im Verlauf Suchterkrankung,
behandelte Jugendliche 13%

(Biedermann et al. 1999)

ADHS bei Erwachsenen

Aufmerksamkeitsstörung:

Begrenzte Aufmerksamkeitsspanne

Probleme beim Lernen größerer Informationsmengen

Probleme längere Zeit zu zuhören (Besprechungen, Theater)

Probleme planvoll zu organisieren

Probleme Aufgaben zeitgerecht zu erledigen

Hyperaktivität wird zu

innerer Unruhe

Rededrang

Bedürfnis nach sportlicher Aktivität

Impulskontrolle:

Überschießende emotionale Reaktionen

Affektlabilität / Stressüberempfindlichkeit

Neigung zu voreiligen Entscheidungen

Warten / Geduld haben schwierig

Probleme bei Erwachsenen mit ADHS:

In Kindheit keine Behandlung

Inkomplette Bewältigung

Häufig Begleiterkrankungen

In Folge davon Maskierung des ADHS

Psychotherapeutische Ansätze

- Organisationshilfen
- Unterstützung bei Alltagsanforderungen
- Strukturierung
- Coaching
- Förderung sozialer Kompetenz
- Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen
- DBT-Bausteine (Stressregulation, Kontrolle der Impulsivität, Verhaltensanalysen, Achtsamkeitsübungen, Emotionsregulation)

Medikamentöse Behandlungs-Optionen

Handelsname	Handelsform	Initialdosis in mg	Tagesdosis in mg
Ritalin	Tbl. à 10 mg	2,5 - 5	10 – 60
Medikinet	Tbl. à 5, 10, 20 mg	2,5 – 5	10 – 60
Equasym	Tbl. à 5, 10, 20 mg	2,5 – 5	10 – 60
Methylphenidat (Hexal, ratiopharm, TAD)	Tbl. à 5, 10, 20 mg	2,5 – 5	10 – 60
Concerta	Kps. à 18, 36, 54mg	Individuell	18 – 54
Medikinet retard	Kps. à 10, 20 mg	10 – 20	10 – 60
DL-Amphetamin	Soft oder Kapsel, Rezetur erforderlich	2,5	5 – 40
Tradon (Pemolin)	Tbl. à 20 mg	10 – 20	20 – 100
Strattera (Atomoxetin)	Tbl. à 10, 18, 25, 40, 60 mg	0,5/kg KG	20 – 100 (1,2mg /kg KG)

Benzodiazepine ?

Benzodiazepine und Leitlinien

- Angststörung: kein ausreichender Effekt bei Panikstörungen; GAS Medikamentenpausen empfohlen (AWMF-Register 028/022)
- PTBS: Warnung für besondere Suchtgefahr bei PTBS, Evidenz für Wirksamkeit von BZD unzureichend (AWMF-Register 051/010)
- Demenz: sollen nicht eingesetzt werden (AWMF-Register 053/021)
- Demenzen: in Ausnahmefällen kurzfristig (AWMF-Register 038/013)
- Unipolare Depression: praktisch keine antidepressive Wirkung, dafür nicht zugelassen, aber wenn < 2 - 4 Wochen; innerhalb 14 Tage überprüfen (AWMF-Register nvl-005)

Benzodiazepine und Leitlinien

- Aggressives Verhalten: je nach BZD zwischen kurzfristig, wenige Tage oder keine Angabe (AWMF-Register 038/022)
- Schizophrenie: in der Regel adjuvant, zeitlich limitiert (AWMF-Register 038/009k)
- Persönlichkeitsstörungen: auf Notfallsituationen mit ausgeprägter Angst zu beschränken) (AWMF-Register 038/015)

Benzodiazepine und Leitlinien

- Nackenschmerzen: kurzzeitig, sehr strenge Indikationsstellung (AWMF-Register 053/007)
- Kreuzschmerz: Anwendung zu vermeiden, wenn <14 Tage (AWMF-Register nvl-007)
- Fibromyalgie: Hypnotika werden nicht empfohlen (AWMF-Register 041-004)

Antidepressiva

Trizyklika:

Anafranil (Clomipramin)
Aponal (Doxepin)
Saroten (Amitriptylin)
Stangyl (Trimipramin)

SSRI:

Cipramil (Citalopram)
Fluctin (Fluoxetin)
Fevarin (Fluvoxamin)
Seroxat (Paroxetin)
Zoloft (Sertralin)

Monoaminoxidase- hemmer:

Aurorix (Moclobemid)
Parnate
(Tranlylcypromin)

Andere:

Edronax (Reboxetin)
Nefadar (Nefadozon)
Remergil (Mirtazapin)
Trevilor (Velafaxin)

Neuroleptika

Typika / klassische

NL:

Hochpotent:

Dapotum (Fluphenazin)
Fluanxol (Flupentixol)
Haldol (Haloperidol)

Imap (Fluspirilen)

Mittelpotent:

Ciatyl (Clopenthixol)
Taxilan (Perazin)

Niederpotent:

Atosil (Promethazin)
Neurocil
(Levomepromazin)
Truxal (Chlorprothixen)

Atypika:

Leponex (Clozapin)
Risperdal (Risperidon)
Zyprexa (Olanzapin)
Solian (Amisulpirid)
Seroquel (Quetiapin)

Phasenprophylaxe

Lithiumsalze:

Quilonum
(Lithiumazetat)
Hypnorex
(Lithiumcarbonat)

Antikonvulsiva:

Tegretal
(Carbamazepin)
Orfiril (Valproinsäure)
(Antidepressiva)
(Neuroleptika)

Weitere

Tranquilizer /

Hypnotika

Anticraving

Nootropika

Med. zur Beh. Entzug

Psychostimulanzien

Med. zur Beh. EPMS

Med. zur Beh. sex.

Störungen

Psychopharmaka:

Gruppe von zentral wirksamen
Substanzen zur therapeutischen
Beeinflussung gestörter psychischer
Funktionen.

Fragen an den Sucht-Doktor Nr. 1



Alkoholfreies Bier – Rückfallgefahr für „trockene Alkoholiker“?!

Fragen an den Sucht-Doktor Nr. 2



Schlafstörungen - was hilft außer Suchtmitteln?!

Fragen an den Sucht-Doktor Nr. 3



Alkohol - vom Genuss zur Abhängigkeit

Fragen an den Sucht-Doktor Nr. 4



Cannabis - harmlos oder „Teufelszeug“?

Fragen an den Sucht-Doktor Nr. 5



Alkohol zu viel? Zu oft? Und nun? Beratung, Hilfen, Entzug – das Angebot der Psychiatrie

Fragen an den Sucht-Doktor Nr. 6



Pillen gegen die Sucht? - Medikamente gegen Rückfall!

Fragen an den Sucht-Doktor Nr. 7



Informationen für Suchtkranke mit Kindern

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit