

Ein Mensch, zwei Diagnosen – psychische Erkrankungen neben der Sucht



Du liegst mir am Herzen

Soest, 13.11.2013

Abteilung Suchtmedizin der LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein



WERBUNG

Eckdaten der Abteilung:

6 Stationen

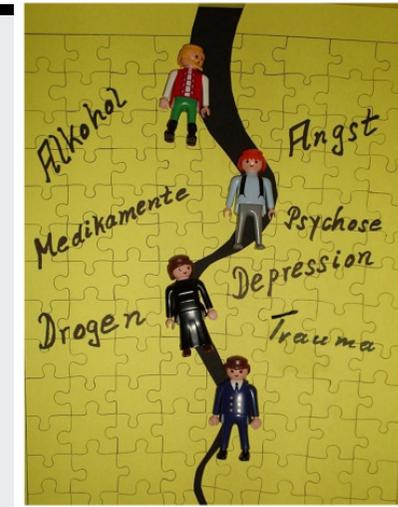
2 Alkoholstationen mit 56 Betten / Ø belegt 34

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 (2012): Ø 13,4 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)

Vier Systeme, wenig Berührung



Koordinieren kann nur der, der alle vier Systeme kennt!

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

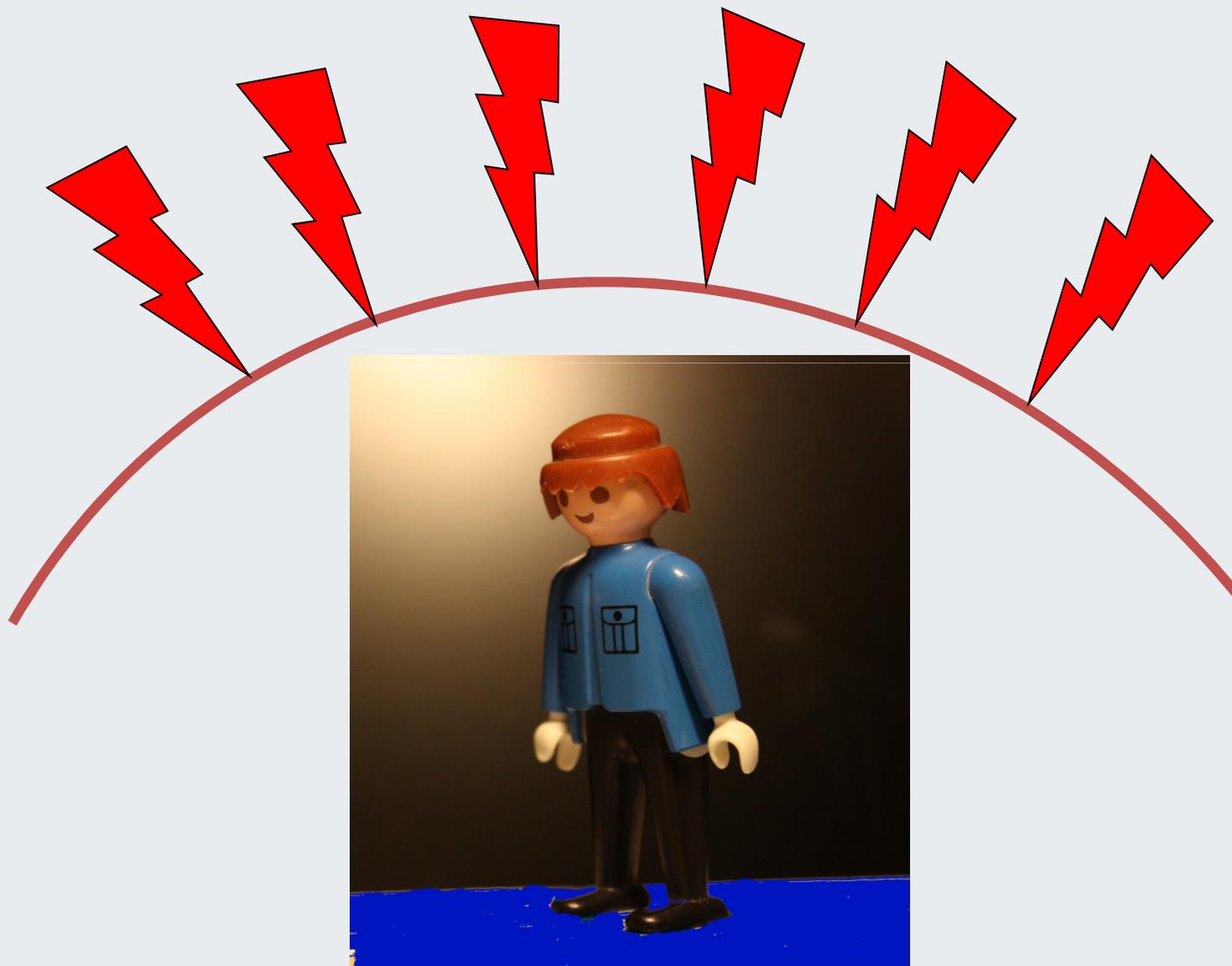
Lebensgeschichte

Aktuelle Probleme

„endogen“

organisch

Umgang mit Belastung / Krankheit



Bewältigungsstrategien

(Beispiele)

- 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.

Substanz

Abhängigkeit

**Peer group /
Familie**

Personelle Faktoren

Soziale Situation

Depression

Hauptsyndrome:

Antriebsmangel

Interessenlosigkeit

Gedrückter Affekt



Depression

Behandlung:

Medikamente

Psychotherapie

Kombinationsbehandlung



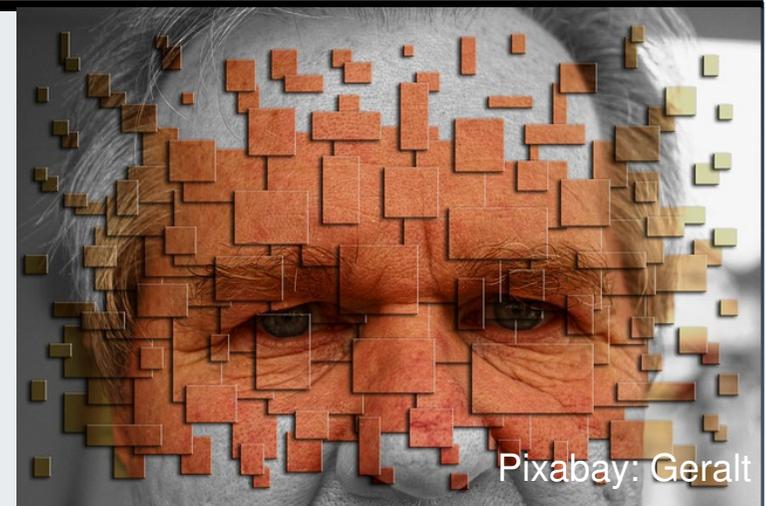
Schizophrenie

- 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
 - Hebephrenie
 - 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

Auslöser der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Nach Traumatisierungen verschiedener Art:

Verkehrsunfälle 2-5%

Vergewaltigung bis > 50%

Schwerste Gewaltverbrechen bis > 50%



Leitsymptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Wiedererleben

Vermeidungsverhalten

Vegetative Übererregbarkeit

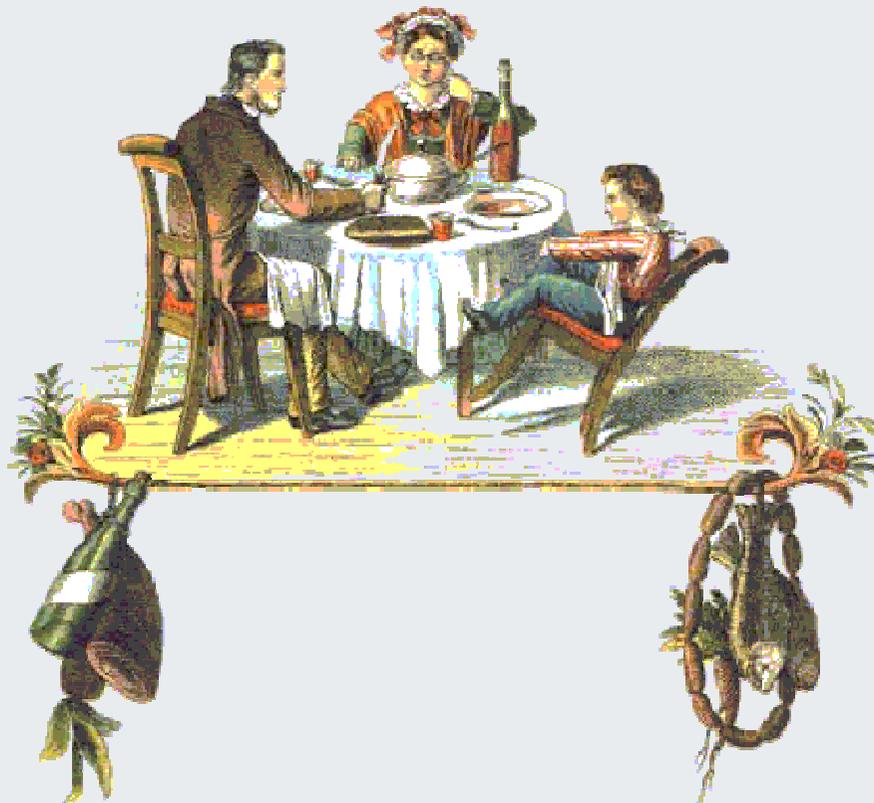


PTBS ist eine mögliche Folge von Trauma

Mögliche andere Symptombildungen:

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

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



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.

Ergebnisse der NCS und ECA:

	Alkohol- missbrauch		Alkohol- abhängigkeit		Drogen- missbrauch		Drogen- abhängigkeit		Substanz- störungen insgesamt	
	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR
Major Depression										
NCS	9,1	1,0	26,4	2,7	6,6	1,7	15,4	2,8	41,4	2,3
ECA	5,0	0,9	11,6	1,6	7,3	3,3	10,7	3,7	27,2	1,9
Dysthymie										
NCS	8,6	0,9	28,7	1,0	5,8	1,3	16,7	2,5	40,0	1,9
Angststörung										
NCS	40,9	2,1	44,9	2,2	47,6	2,5	55,4	3,3	-	-
ECA	5,8	1,0	12,2	1,8	5,0	2,3	6,9	2,4	23,7	1,7

Sucht & Psychische Erkrankung - Entstehung

Sucht



Genetik

Umwelt
(Erziehung,
peer group)

Stress

Organisch



**Psychische
Erkrankung**

Sucht & Psychische - Störungsmodell

Störung A → **Störung B**

Störung A ↔ **Störung B**

Störung A → **Störung C** → **Störung B**

Gemeinsame
Faktoren → **Störung A**
→ **Störung B**

Sucht & Psychische - Störungsmodell

Selbstmedikationsmodell:

Substanz gegen Krankheitssymptome

Exazerbationsmodell:

Substanz verschlimmert Psychische Erkrankung

Suchtfolgemodell:

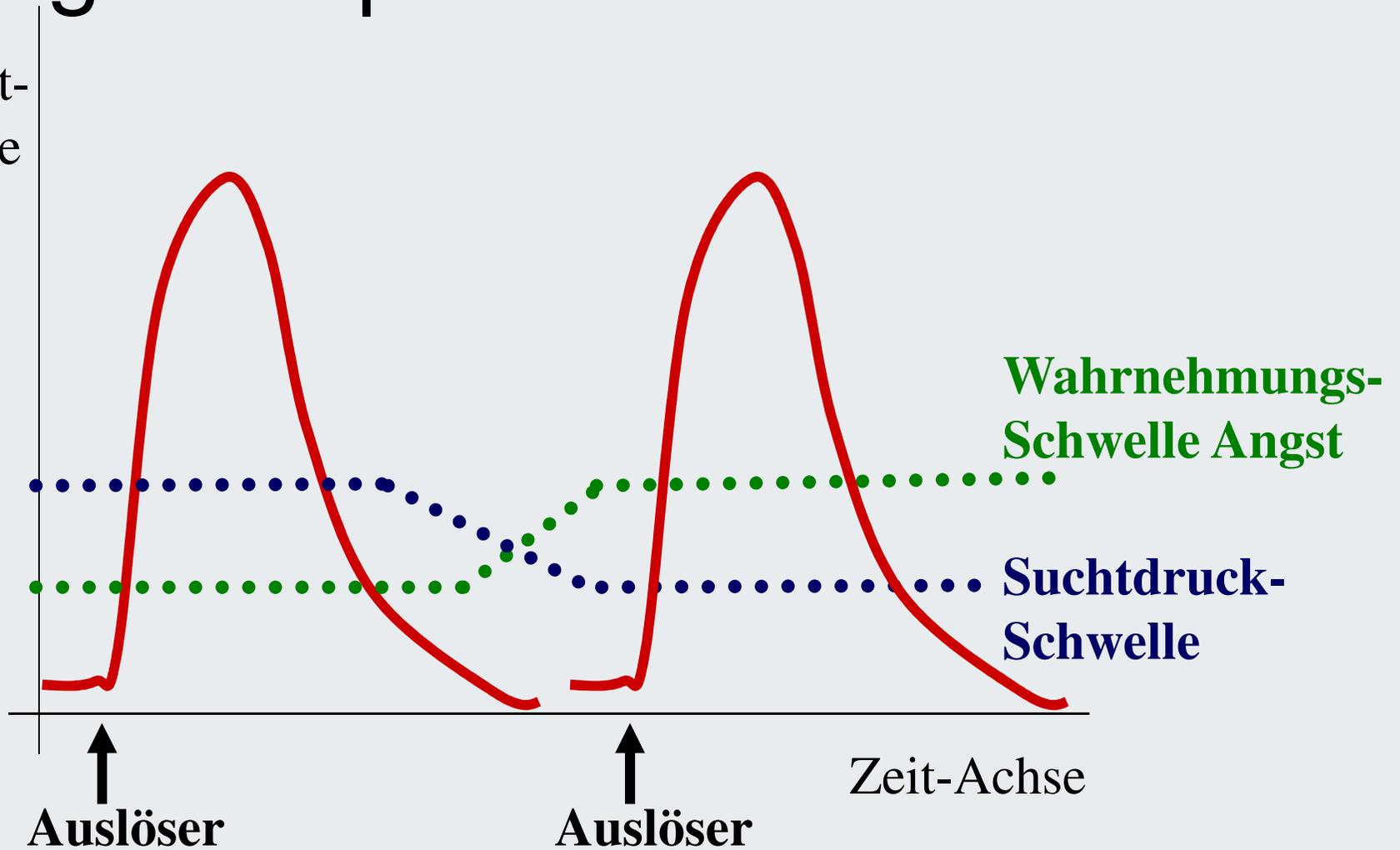
Substanzinduzierte Folgeerkrankung

Mischmodell:

im Sinne von Teufelskreislauf

Diagnostikproblem

Angst-
Stärke



Behandlungsansätze

Sucht

Eigenverantwortung

Kontrollverlust

Motivation

Medikamentenfrei

Biologisch vs.
suchttherapeutisch

Moral / Schuld /
Stigmatisierung

Psychiatrie allgemein

Fremdverantwortung

Steuerungsfähigkeit

Einsichtsfähigkeit

Medikamentenorientiert

Biologisch vs. sozialpsychiatrisch

Aus- und Abgrenzung /
Stigmatisierung

Ein Fall

42jähriger, lediger, arbeitsloser Ingenieur. Im Kontext einer Trennungssituation mit 24 Jahren erstmals Panikattacke, im Verlauf Agoraphobie mit typischen Vermeidungsverhalten. Geht nur unter Alkohol aus der Wohnung, trotzdem zunehmende soziale Isolierung. Bisher keine Behandlung.

Jetzt Alkoholentzug notwendig. Im Entzug auf Station problemlos, geht aber nur mit einer bestimmten Mitpatientin von Station

Behandlungskonsequenz?

1. Entzug, dann VT stationär, danach ambulante Reha
2. Entzug, dabei SSRI, dann VT stationär, danach stationäre Reha
3. Entzug, dabei SSRI, dann stationäre Sucht-Reha, danach ambulante VT
4. Entzug, dabei SSRI, dann stationäre Sucht-Reha, danach ambulante tiefenpsychologische Behandlung
5. Entzug, dabei SSRI, dann Sucht-Reha mit Angstbehandlung

Angst-Exposition bei Sucht

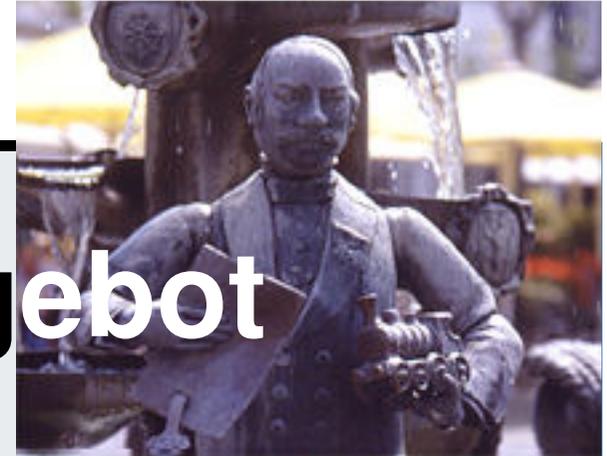
- ❖ Verlangsamter Erregungs- / Angstabbau
- ❖ erhöhte Vermeidungs- / Rückfallgefahr
- ❖ undifferenzierte Angstwahrnehmung – „Alles oder Nichts“-Modell
- ❖ reduzierte Angst-Toleranz – geringere „Leidensbereitschaft“



Der Lippstädter Weg

Sucht und affektive Störung gemeinsam behandeln im Rahmen der Akutbehandlung
(Kostenträger GKV)

Voraussetzung für Behandlung über den Entzug hinaus: Affective Störung alleine rechtfertigt eine stationäre Behandlung oder die Kombination von beiden Störungen macht andere Behandlungsform unmöglich



Das Behandlungsangebot

- ✓ Informationsvermittlung Angstmodell und spezifisches Störungsmodell Angst-Sucht
- ✓ Bearbeitung aufrechterhaltender Kognitionen
- ✓ Selbstbeobachtung, Angsttagebuch, Angstskala
- ✓ Erstellen persönlicher Übungshierarchie
- ✓ Exposition im Sinne von Desensibilisierung und anschließender Expositions-Reaktionsmanagement
- ✓ Entspannungstechniken

LWL-Klinik Lippstadt

Fragen an den Sucht-Doktor Nr.1

Alkoholfreies Bier –
Rückfallgefahr für
„trockene Alkoholiker“?!

LWL
Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe.

LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein

Fragen an den Sucht-Doktor Nr.2

Schlafstörungen -
was hilft
außer Suchtmitteln?!

LWL
Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe.

LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein

Fragen an den Sucht-Doktor Nr.3

Alkohol -
vom Genuss
zur Abhängigkeit

LWL
Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe.

LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein

Fragen an den Sucht-Doktor Nr.4

Cannabis -
harmlos oder
„Teufelszeug“?

LWL
Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe.

LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein

Fragen an den Sucht-Doktor Nr.5

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

LWL
Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe.

LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein

Fragen an den Sucht-Doktor Nr.6

Pillen gegen die Sucht?
- Medikamente
gegen Rückfall!

LWL
Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe.

LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein

Fragen an den Sucht-Doktor Nr.7

Informationen
für Suchtkranke
mit Kindern

LWL
Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe.

**Hilfen für
Beratung und
Vermittlung**



**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit**