

Komorbidity Psychische Erkrankungen und Sucht

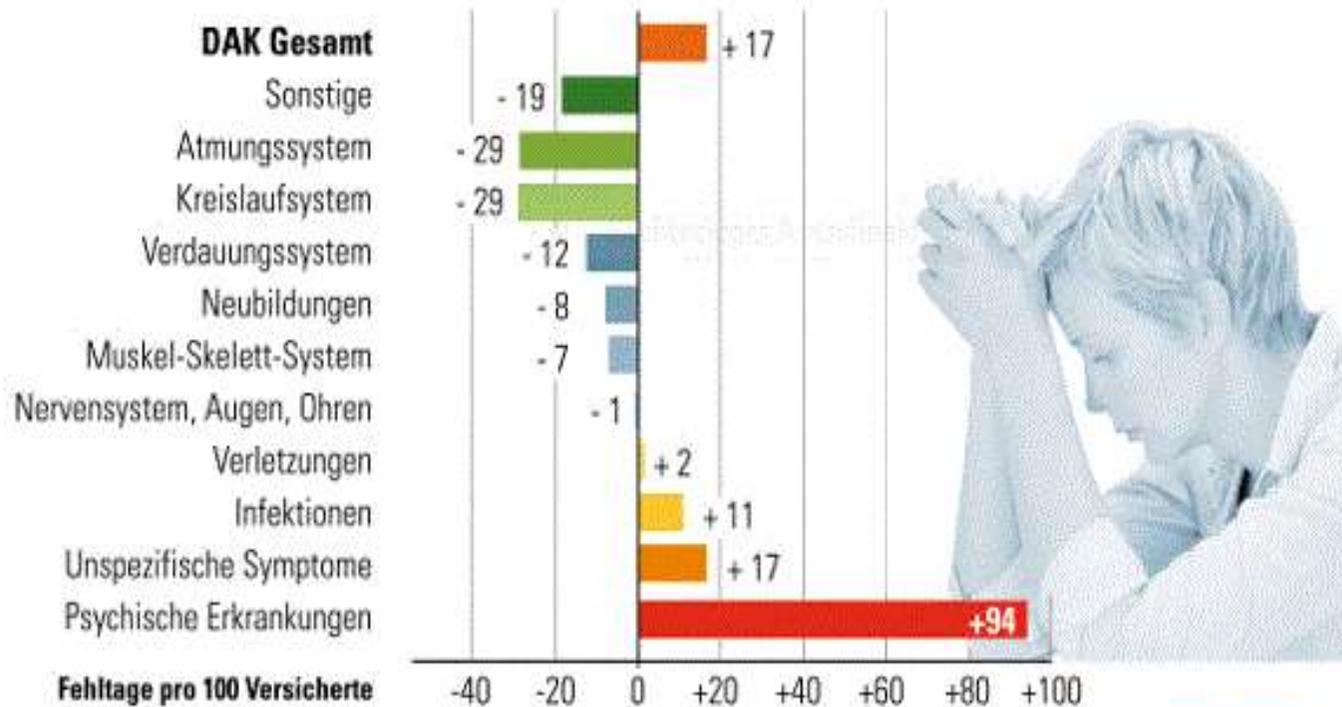
R. Höfter, Chefarztin FB Suchtmedizin
Kbo-Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg

Einführung

- Weshalb ist Komorbidität in der Suchtmedizin ein wichtiges Thema?
- Komorbiditäten mit anderen psychischen Erkrankungen –welche?
- Behandlungsstrategie (am Beispiel der Doppeldiagnose Schizophrenie/Sucht)
- Aussagen der aktuellen S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“
- Therapieangebote

Verschiebung des Krankheitsspektrums

Veränderung der Fehltage pro 100 Versicherte zwischen 2000 und 2012



QUELLE: DAK Gesundheitsreport 2013

DAK
Gesundheit

- Überholte Trennung von sog. „Psychisch Kranken“ und Suchtpatienten
- Traditionell getrennte Behandlungssysteme mit Ausschlusskriterien
 - > große Lücken vor allem in der ambulanten Versorgung
- Umgang der Betroffenen mit der Krankheitssymptomatik
- Sucht und Depression/ Sucht und Psychose – was war zuerst da?
- z. T. schwierige (uneinsichtige) Klientel mit sozialen Problemen
- Multiple Abhängigkeiten von unterschiedlichen Substanzen (Alkohol, THC, Opioide, Tranquilizer...)
- Kombination mit körperlicher Behinderung, Traumatisierung, finanzieller Notlage

Zusammenhang Sucht /Depression

(nach Schuckit)

- Alkoholkonsum kann kurzfristige depressive Verstimmungen triggern (Kater).
- Nach längerem, exzessivem Trinken können depressive Syndrome auftreten
- Der Alkoholkonsum kann während primär affektiver Erkrankungen exazerbieren.
- Depressive Syndrome und Suchterkrankungen können bei anderen psychiatrischen Erkrankungen auftreten
- Manche Patienten leiden sowohl an einer affektiven als auch an einer Suchterkrankung

Sucht und Depression

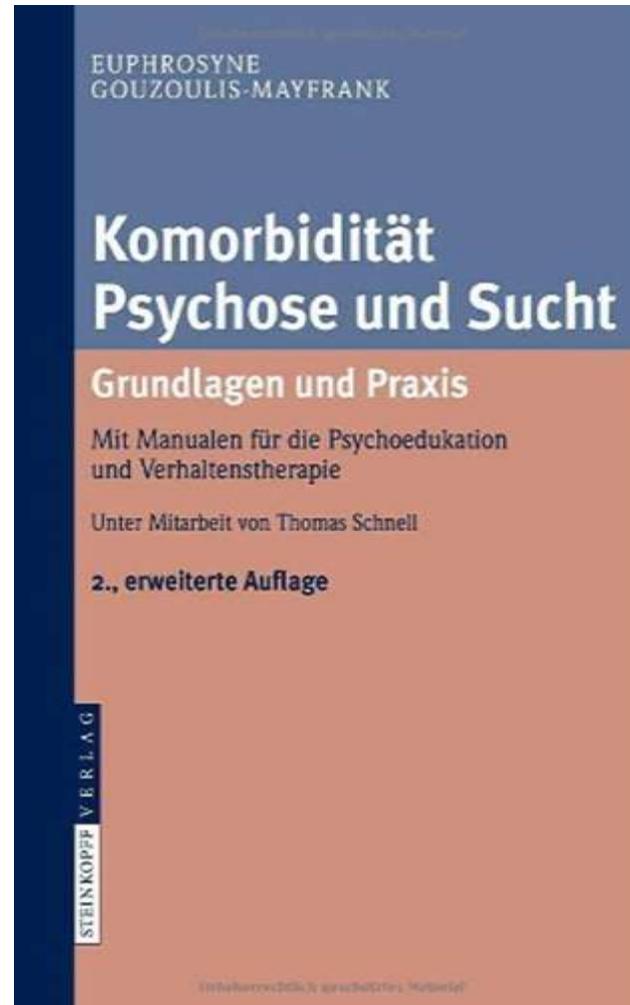
- Die Raten komorbider Alkoholabhängigkeit schwanken in 14 Studien zwischen 10 und 60 %
- Alkoholinduzierte Depressionen können im Verlauf einer Entzugstherapie innerhalb von Wochen abklingen
- Bei Männern höhere Zahl der Trinktage bei schwerer depressiver Episode
- Alkoholkonsum verschlechtert die Response auf antidepressive „Standardtherapie“

Weitere komorbide Störungen

- Schlafstörungen
- Angststörungen
- Somatoforme Schmerzstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- ADHS



Sucht und Psychose



Symptome der Schizophrenie

- **Persönlichkeitsveränderungen**
 - Verlust an Emotionen, Interesse, Motivation
 - unangemessene, bizarre Reaktionen, Misstrauen
- **Denkstörungen**
 - Verlangsamung, Sprunghaftigkeit, Blockade, Gefühl der Fremdbeeinflussung
 - Überwertige Ideen, Eigenbezug, Wahn
- **Wahrnehmungsstörungen**
 - Überempfindliche Reaktion auf Sinneseindrücke (Reizüberflutung)
 - Halluzinationen (alle Sinnesbereiche, vorwiegend akustisch)

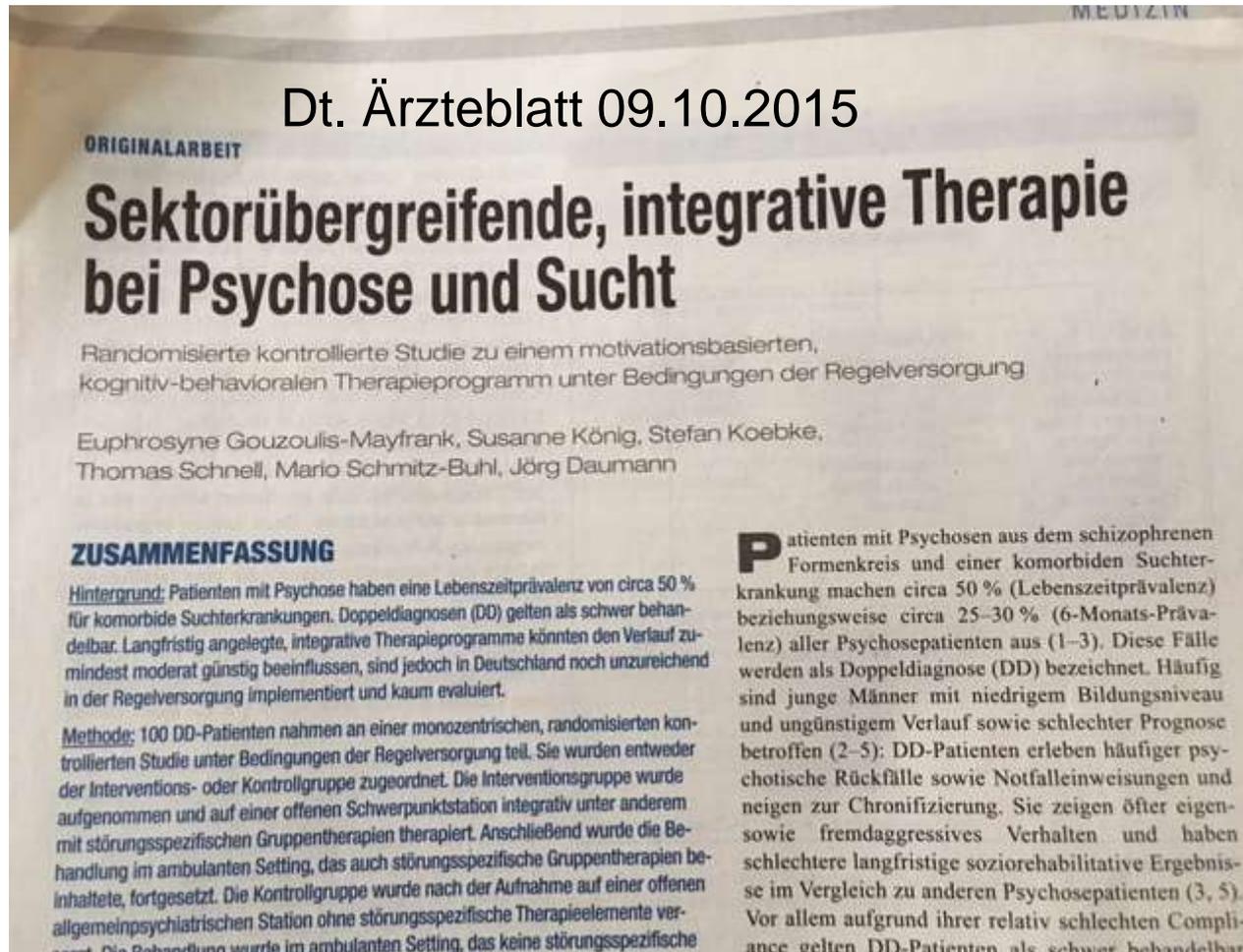
Modelle für Komorbidität Schizophrenie / Sucht

1. Schizophrenie (einschl. Prodrom und NW der Behandlung) → Suchtverhalten
 - **Selbstmedikation** bei **Positivsymptomen** (Unruhe, Schlafstörungen, Angst) → Cannabis, Alkohol, Benzodiazepine
 - Selbstmedikation bei **Negativsymptomen** (Anhedonie, Antriebs- und Kontaktarmut) → Cannabis, Amphetamine
 - Selbstmedikation bei **NW der Medikation (Anhedonie)** → Cannabis, Amphetamine

n. Gouzoulis-Mayfrank

Psychose und Sucht

Dt. Ärzteblatt 09.10.2015



Sektorübergreifende integrative Therapie bei Psychose und Sucht

Ergebnisse (Kernaussagen):

- Programm mit psychoedukativen und verhaltenstherapeutischen Elementen mit leicht positiven Effekten
- Höhere Abstinenzmotivation und reduzierter Substanzkonsum
- Gestiegene Zufriedenheit mit der Behandlung/bessere Haltequote
- Kein Einfluss auf Rehospitalisierung, Psychopathologie und Lebenszufriedenheit
- Forderung nach Implementierung und Optimierung von Programmen für Doppeldiagnosepatienten
- Realistische und moderate Erwartungen an Therapieerfolge

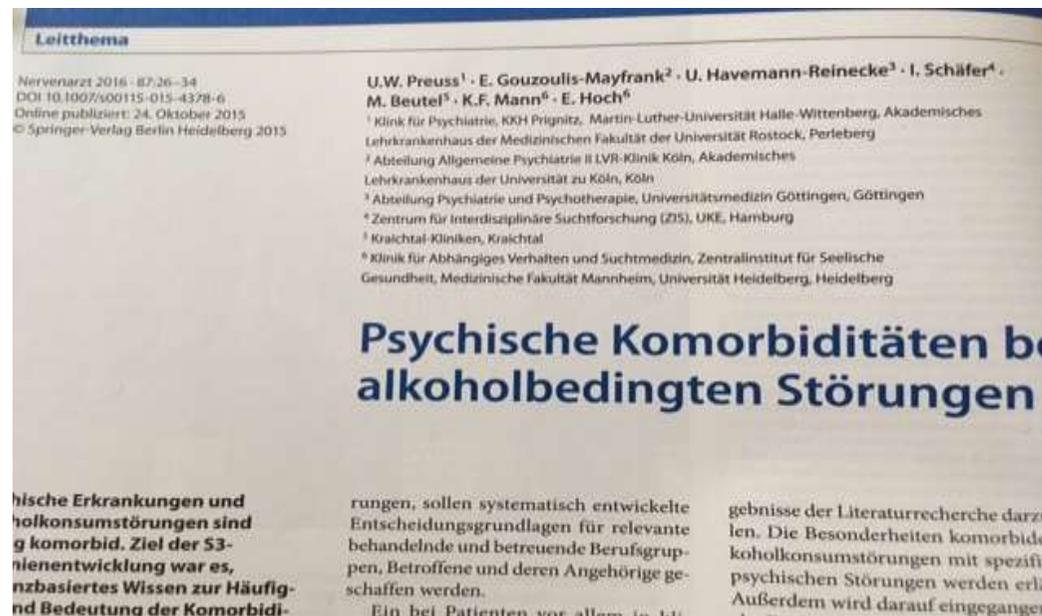
S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“

- Systematische Recherche evidenzbasierten Wissens zur Häufigkeit und Bedeutung der Komorbiditäten
- Berücksichtigung internationaler Leitlinien und Literatur
- Erstellen von Behandlungsempfehlungen zur
 - Psychotherapie
 - Pharmakotherapie
 - Kombinationstherapie
- Unter Berücksichtigung der Wirkung auf
 - Psychische Symptome
 - Trinkverhalten

Ergebnisse/Empfehlungen

Allgemein:

- Stationäres Behandlungssetting (NICE 2011)
- Integrierte psychosoziale Behandlung
- „Intensivere Interventionen“ bei ungünstiger Prognose
- Anwendung des AUDIT-Test (oder Kurzversion) zum Screening



AUDIT-C-Fragebogen

Wie oft trinken Sie Alkohol?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| Nie | <input type="checkbox"/> 0 Punkte |
| 1-mal im Monat oder seltener | <input type="checkbox"/> 1 Punkt |
| 2- bis 4-mal im Monat | <input type="checkbox"/> 2 Punkte |
| 2- bis 3-mal die Woche | <input type="checkbox"/> 3 Punkte |
| 4-mal die Woche oder öfter | <input type="checkbox"/> 4 Punkte |

Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?
(Ein Glas Alkohol entspricht 0,33 l Bier, 0,25 l Wein/Sekt, 0,02 l Spirituosen)

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1–2 Gläser pro Tag | <input type="checkbox"/> 0 Punkte |
| 3–4 Gläser pro Tag | <input type="checkbox"/> 1 Punkt |
| 5–6 Gläser pro Tag | <input type="checkbox"/> 2 Punkte |
| 7–9 Gläser pro Tag | <input type="checkbox"/> 3 Punkte |
| 10 oder mehr Gläser pro Tag | <input type="checkbox"/> 4 Punkte |

Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z. B. beim Abendessen, auf einer Party)? (Ein Glas Alkohol entspricht 0,33 l Bier, 0,25 l Wein/Sekt, 0,02 l Spirituosen)

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| Nie | <input type="checkbox"/> 0 Punkte |
| Seltener als einmal im Monat | <input type="checkbox"/> 1 Punkt |
| Jeden Monat | <input type="checkbox"/> 2 Punkte |
| Jede Woche | <input type="checkbox"/> 3 Punkte |
| Jeden Tag oder fast jeden Tag | <input type="checkbox"/> 4 Punkte |

Frauen >4 P.; Männer > 5P.

Schizophrenie

- Ca. 30 % der schizophrenen Pat. haben eine Alkoholkonsumstörung und ca. 4% der Alkoholabhängigen eine Schizophrenie
- **Therapieempfehlungen**
 - **Pharmakotherapie:** Antipsychotika ohne Präferenz der Atypika/Depotform
 - **Rückfallprophylaxe:** add-on zu Antipsychotika (Naltrexon) kann angeboten werden; keine Empfehlung
 - **Psychotherapeutische Verfahren:** Motivierende Gesprächsführung, KVT (oder Kombination), Kontingenzmanagement und Gruppentherapie (?); keine spezifische Empfehlung
 - **Kombination Pharmako- und Psychotherapie:** keine Studien

Depression

- 2-4-fach erhöhte Raten affektiver Störungen bei Pat. mit schädlichem Alkoholkonsum
- Unterscheidung in Subtypen zwischen alkoholinduzierten und primären Depressionen (etwa 1/3 zu 2/3)
- Behandlung (stufenweise) erst 3-4 Wochen **nach Entzugstherapie**
- **Therapieempfehlungen**
 - **Pharmakotherapie:** trizyklische Antidepressiva bei alkoholbezogenen Störungen; kaum Auswirkungen auf Trinkverhalten; keine weitere spezifische Empfehlung
 - **Rückfallprophylaxe:** einsetzbar Naltrexon, keine Empfehlung
 - **Psychotherapeutische Verfahren:** Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
 - **Kombination Pharmako- und Psychotherapie:** KVT+AD ; positive Wirkung auf Trinkverhalten bei KVT+SSRI+Naltrexon

Bipolare Störungen

- Komorbidität >40% bei Bipolar I+II-Störungen
- U.a. früherer Beginn, längere depressive Episoden, rapid cycling
- **Therapieempfehlungen**
 - **Pharmakotherapie:** Valproat als add-on bei Lithiumtherapie (signifikante Abnahme der Trinkmenge); Quetiapin ohne Wirkung auf Trinkverhalten
 - **Psychotherapeutische Verfahren:** keine Evidenz; Angebot von KVT
 - **Kombination Pharmako- und Psychotherapie:** KVT+ Phasenprophylaxe (ggf.add-on Valproat)
 - Naltrexon und Acamprosat ohne erwiesene Wirkung

Angststörungen

- 23% Alkoholabhängigkeit und 20% Alkoholmissbrauch bei sozialer Phobie (Lebenszeitprävalenz)
- 33-42% der Alk.abhängigen mit einer Form der Angststörung
- Schwere Verlauf der Abhängigkeit und gehäufte Rückfälle
- **Therapieempfehlungen**
 - **Pharmakotherapie:** Studie zu Paroxetin bis 60mg/d ohne Auswirkung auf Trinkmenge (bei Rückgang der sozialen Ängste), keine Empfehlungen
 - **Psychotherapie:** KVT

Posttraumatische Belastungsstörung

- Punktprävalenz bei Alkoholpatienten in Behandlung 15-25%
- Komorbidität bei männlichen Patienten mit PTBS 50%
- **Therapieempfehlungen**
 - **Pharmakotherapie:** SSRI wirksam, jedoch nicht bzgl. des Trinkverhaltens; Naltrexon in Studien wirksam; keine Empfehlung
 - **Psychotherapie:** integriertes PT-Behandlungskonzept; Exposition erst bei Abstinenz oder niedrigem Trinkniveau

ADHS

- Hinweis auf die NICE-ADHS-Leitlinie 2008 mit Empfehlung psychosozialer, psychoedukativer und familientherapeutischer Maßnahmen
- Diagnostik nach Abschluss der Entzugsbehandlung
- Pharmakologischer Therapieversuch mit Methylphenidat (keine Untersuchungen zur Wirksamkeit bei Alkoholkonsumstörung)
- Eine Studie mit Atomoxetin mit positiver Wirkung auf Trinkverhalten und ADHS-Symptomatik

kbo-Inn-Salzach-Klinikum

Psychiatrie - Psychotherapie - Psychosomatische Medizin - Geriatrie - Neurologie
Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München

- Zentralklinikum Wasserburg am Inn
- Tagesklinik Rosenheim
- Tagesklinik Althöring
- Klinik Freilassing

Mit seiner über 130-jährigen Geschichte ist das kbo-Inn-Salzach-Klinikum heute zentrale Versorgungsklinik für Menschen mit psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen im südostoberbayerischen Raum. Die Präsenz an vier Standorten garantiert unseren Patienten eine professionelle und wohnortnahe Behandlung und Betreuung.

Das kbo-Inn-Salzach-Klinikum ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München, die Klinik Freilassing zudem Akademische Lehrereinrichtung der Technischen Universität München. Hinter dem Engagement in Lehre und Forschung steht der Anspruch, unseren Patienten eine wissenschaftlich fundierte und evidenzbasierte medizinische Versorgung auf höchstem Niveau zu gewährleisten.

Gemäß dem Leitbild der Kliniken des Bezirks Oberbayern bieten wir eine medizinisch-therapeutische und pflegerische Versorgung auf der Basis humanistischer Grundwerte und unter Einhaltung wettbewerbsfähiger Wirtschaftsfaktoren. Die bestmögliche Betreuung aller Patienten unter Achtung bewährter Traditionen steht im Mittelpunkt unseres Handelns.

Kontakt

kbo-Inn-Salzach-Klinikum gemeinnützige GmbH

Zentralklinikum Wasserburg am Inn
Gabersee 7
D-83512 Wasserburg am Inn

Telefon | +49 (0) 80 71 71-0
Fax | +49 (0) 80 71 56 33
E-Mail | info@isk.de

Fachbereich Suchtmedizin
Telefon | +49 (0) 80 71 71-603
Fax | +49 (0) 80 71 71-657
E-Mail | info.sucht@kbo.de

Web | www.kbo-isk.de



kbo-Inn-Salzach-Klinikum Wasserburg am Inn



Fachbereich Suchtmedizin

© kbo-isk | 0131 944 44 99 0 - info@kbo-isk.de

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001