

Leitliniengerechte Vergabe von Psychopharmaka in den unterschiedlichen Settings der Suchthilfe

**CaSu-Fachtage 28.-29.11.2019
Stadthotel Münster**

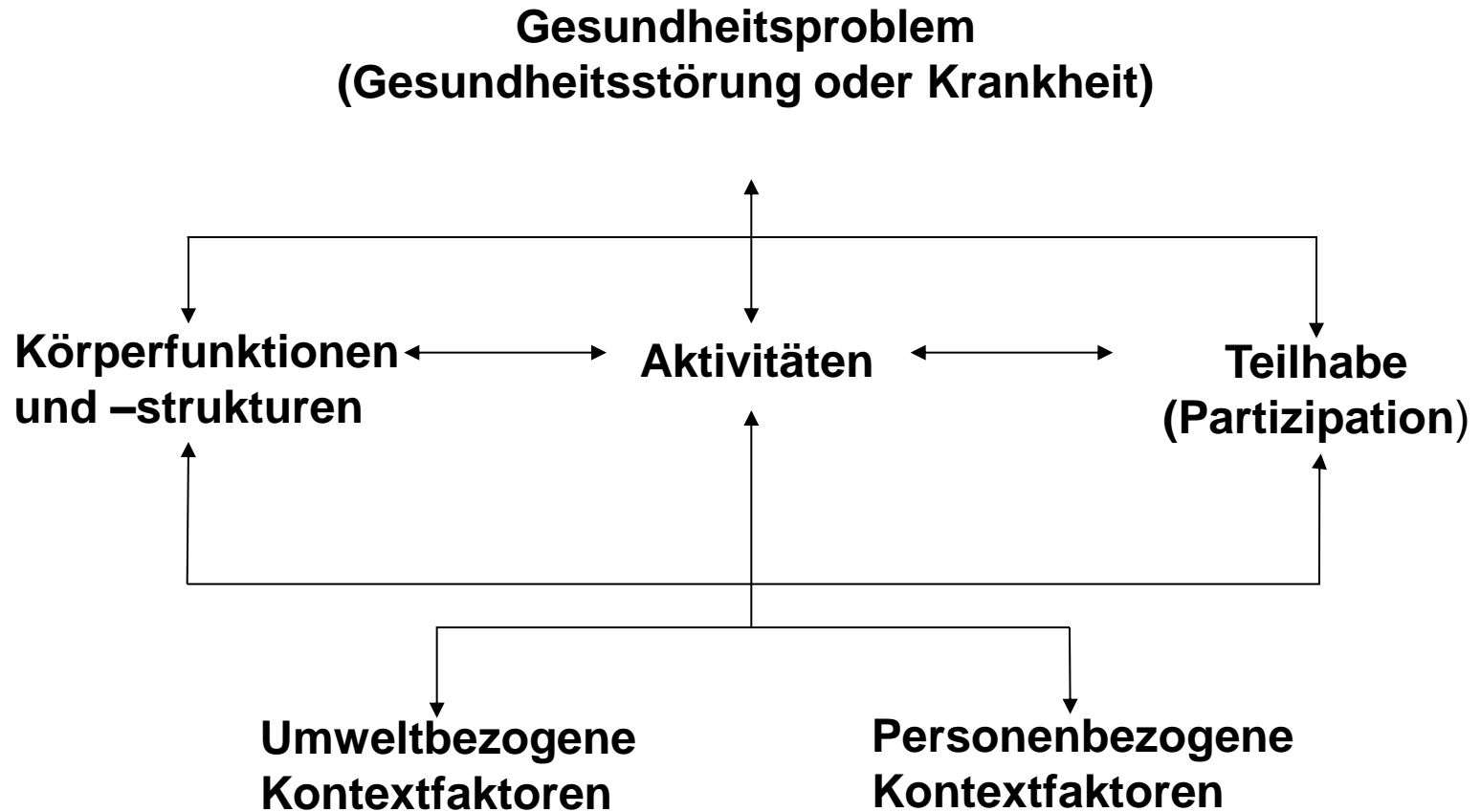
Langfristige Nachsorge nach schweren Erkrankungen, Betreuung und Förderung von chronisch Kranken

WHO Definition 1981

„Der koordinierte **Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen** sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur **weitest gehenden Partizipation** in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

caritas



Bedeutung der ICF

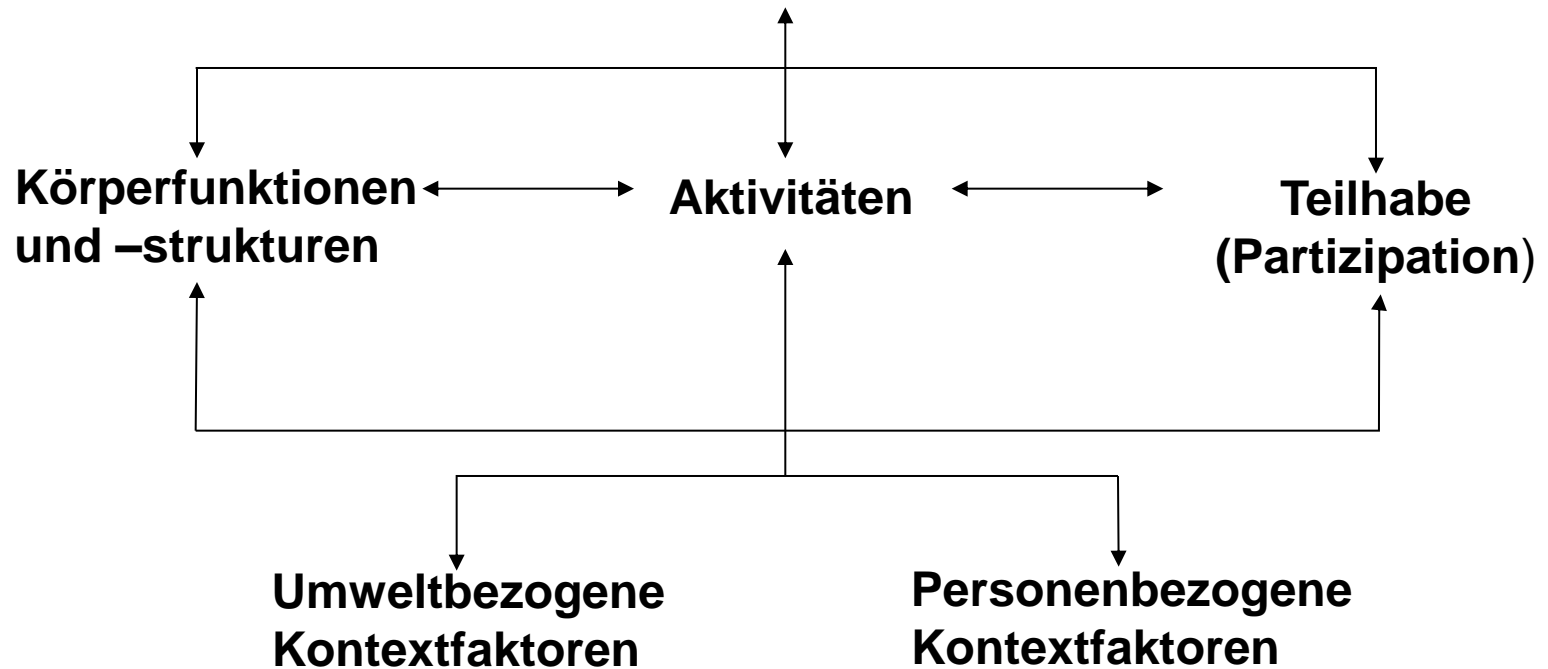
- die Folgen von (chronischen) Erkrankungen werden im ICF-Modell der funktionalen Gesundheit als das Ergebnis einer Wechselwirkung von Krankheit, Individuum und seinem Kontext dargestellt
- zum Kontext gehören Lebensgeschichte, Persönlichkeit, physische und soziale Umwelt
- sie bezieht sich nicht nur auf die betroffene Person, sondern auch an die Bedingungen, welche die Beeinträchtigungen verstärken oder vermindern
- der Lebenshintergrund eines Menschen spielt eine große Rolle bei der Frage, inwieweit ein gesundheitliches Problem bzw. eine Krankheit (Bezugssystem ICD) zu einer Gefährdung oder einer Einschränkung seiner Teilhabe am Arbeitsleben bzw. am Leben in der Gesellschaft führt
- die einheitliche Sprache zu funktionalen Problemen dient als Brücke zwischen verschiedenen Leistungserbringern

Nach der ICF gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamtem Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren)

- 1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen),**
- 2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und**
- 3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen)**

Rehabilitation - Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

**Gesundheitsproblem
(Gesundheitsstörung oder Krankheit)**



1. Suchterkrankung

2. Komorbidität

Neben der Suchterkrankung liegt eine weitere Störung aus dem Gebiet der psychiatrischen Diagnosen vor

Hypothesen zu funktionalen Zusammenhängen bei komorbiden Störungen

- **Psychiatrische Komorbiditäten als Mitursache für die Suchterkrankung**
- **Psychiatrische Komorbiditäten als Folge des Suchtmittelkonsums**
- **Entwicklung unabhängig voneinander: erhöhte Vulnerabilität**

Häufigkeiten

- **Über 50 % der drogenabhängigen Rehabilitanden weisen mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose auf, bei Rehabilitanden der Fachklinik Nettetal durchschnittlich 1,5 psychiatrische Begleitdiagnosen**
 - ca 15 % Depressionen, affektive Störungen
 - ca 1 % Angsterkrankungen
 - ca 8 % Schizophrenien, andere psychotische Störungen
 - ca 1% AD(H)S
 - ca 10 % Anpassungs-/Belastungsstörungen

Folgen

- schlechterer Verlauf der Suchterkrankung
- schlechterer Verlauf der komorbiden psychischen Störung
- geringere Compliance und Adhärenz
- höhere Rate an psychosozialen Problemen
- höhere Komplikationsrate
- mehr neurokognitive Defizite
- vermindertes bio-psycho-soziales Funktionsniveau

Notwendigkeiten

- **Differenzierte Diagnostik in abstinenten bzw. stabil substituierten Phasen (PSSI, SKID, SCL-90-R, ETI, BDI u.a.)**
- **Erarbeitung eines alle Erkrankungen berücksichtigenden Krankheitsmodells**
- **Einleitung einer störungsspezifischen integrierten Therapie inklusive psychopharmakologischer Behandlung**
- **ICF-orientierte Beratung, Begleitung, Behandlung**

..... in Bezug auf den Patienten

- **Leitliniengerechte Behandlung der Suchterkrankung**
- **Leitliniengerechte Behandlung der psychiatrischen Komorbiditäten**
- **Leitliniengerechte Behandlung der somatischen Komorbiditäten**

..... in Bezug auf das bio-psycho-soziale Behandlungsteam

- **Information über den wissenschaftlichen Kenntnisstand**
- **Kenntnisse über die komorbiden psychiatrischen Störungen**
- **„Kleine Medikamentenkunde“**

..... in Bezug auf das bio-psycho-soziale Behandlungssetting

- **Informationsgruppen „Basiswissen Sucht“**
- **Informationsgruppen „Komorbiditäten“**
- **Störungsspezifische indikative Gruppen**

..... im Einzelsetting

Wie heißt die weitere Erkrankung?

Drogeninduziert?

Doppeltes Stigma?

Medikamentöse Therapie?

Fahrtauglichkeit?

Bedeutung für Partnerschaft, Beruf, Freizeit,....?

Maß an Unterstützung (gesetzliche Betreuung, GbB,...)?

..... mit dem Ziel

- **Fundiertes Wissen bei allen am Prozess Beteiligten**
- **Akzeptanz einer alle Ebenen umfassenden Therapie**

..... und der Notwendigkeit

- **Grundkenntnisse der leitliniengerechten psychopharmakologischen Therapie**

Grundlagen der medikamentösen Therapie

- **Behandlung des Entzugssyndroms**
- **Behandlung zur Rückfallprophylaxe**
- **Behandlung mit Ersatzstoffen**

- **Beispiele Entzugs-lindernde Medikamente**
 - Clomethiazol (Distraneurin), Diazepam (Valium), Oxazepam (Adumbran), Doxepin (Aponal), Quetiapin (Seroquel), Gabapentin
- **Beispiele Anticravingsubstanzen**
 - Acamprosat (Campral), Naltrexon (Nemexin), Nalmefen
- **Beispiele Substitutionspräparate**
 - Methadon, Polamidon, Subutex, Substitol

Sucht und psychiatrische Komorbidität

caritas

Häufig vorkommende komorbide Störungen:

- **Depressionen**
- **Angsterkrankungen**
- **Psychosen**
- **AD(H)S**
- **Anpassungs-/Belastungsstörungen**

- **gedrückte Stimmung**
- **verminderter Antrieb**
- **Freudlosigkeit/Interessenverlust**
- **verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit**
- **vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen**
- **Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit**
- **negative und pessimistische Zukunftsperspektiven**
- **Suizidgedanken**
- **Schlafstörungen**
- **verminderter Appetit**

Grundlagen der medikamentösen Therapie

- **Einteilung der Antidepressiva nach ihrem Angriffspunkt im zentralen Nervensystem**
- **Nebenwirkungsprofil eher aktivierend versus eher sedierend kann therapeutisch genutzt werden**
- **Wirkungseintritt häufig erst im Verlauf von mehreren Wochen muss beachtet werden**

- **Beispiele trizyklische Antidepressiva**
 - Amitriptylin (Saroten), Doxepin (Aponal), Trimipramin (Stangyl)
- **Beispiele Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)**
 - Citalopram (Cipramil), Fluoxetin (Fluctin), Sertralin (Zoloft)
- **Weitere Beispiele**
 - Mirtazapin (Remergil), Venlafaxin (Trevilor), Agomelatin (Valdoxan), Johanniskraut (Laif)

Panikstörung

- **Herzklopfen, Pulsbeschleunigung, Schwindel, Atembeschwerden**
- **Entfremdungsgefühle**
- **Furcht vor Tod, Kontrollverlust**
- **Angst wahnsinnig zu werden**

Generalisierte Angststörung

- **Befürchtungen**
- **motorische Spannung**
- **vegetative Übererregbarkeit (Herzklopfen, Atembeschwerden, Übelkeit, Durchfall)**

Grundlagen der medikamentösen Therapie

- **Erste Wahl: Benzodiazepine, bei Suchterkrankungen kontraindiziert**
- **GABA-Analoga, hohes Missbrauchspotenzial**
- **Nutzung von anxiolytischen Eigenschaften von Antidepressiva, Antipsychotika**

- **Beispiele Benzodiazepine**
 - Lorazepam (Tavor), Diazepam (Valium), Alprazolam (Tafil), Bromazepam (Lexotanil)
- **Beispiele GABA-Analoga**
 - Pregabalin (Lyrica)
- **Beispiele Antidepressiva/Antipsychotika**
 - Mirtazapin (Remergil), Quetiapin (Seroquel)

- **Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung**
- **Kontrollwahn, Beeinflussungswahn**
- **Kommentierende oder dialogische Stimmen**
- **Anhaltender kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn**
- **Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesqualität**
- **Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankengang**
- **Katatone Symptome**
- **Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, sozialer Rückzug, verminderte soziale Leistungsfähigkeit**

Grundlagen der medikamentösen Therapie

Einteilung der Antipsychotika nach ihren „atypischen“ Eigenschaften

- **Konventionelle Antipsychotika**
- **Atypische Antipsychotika mit folgenden Charakteristika:**
 - Gute antipsychotische Wirksamkeit
 - Weniger EPS
 - Wirksamkeit bei Negativsymptomatik
 - Wirksamkeit bei Therapieresistenz
 - Geringe Prolaktinerhöhungen

- **Beispiele konventionelle Antipsychotika**
 - Haloperidol (Haldol), Benperidol (Glianimon), Chlorprothixen (Truxal), Perphenazin (Decentan)
- **Beispiele atypische Antipsychotika**
 - Risperidon (Risperdal), Quetiapin (Seroquel), Olanzapin (Zyprexa), Aripiprazol (Abilify), Clozapin (Leponex)

- **Aufmerksamkeitsdefizit**
- **Hyperaktivität**
- **Impulsivität**

Deshalb häufig

- **Komplikationen im Lernverhalten**
- **verminderte Organisationsleistung**
- **Fehlanpassungen im Sozialverhalten**

Grundlagen der medikamentösen Therapie

- **Erste Wahl Psychostimulanzien, relative Kontraindikation Suchterkrankungen**
- **Zweite Wahl selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, sehr zurückhaltendes Ordnungsverhalten bei niedergelassenen Ärzten**
- **Wirksamkeit auch einiger Antidepressiva und Antipsychotika, allerdings keine Zulassung**

- **Beispiele Psychostimulanzien**
 - Methylphenidat (Medikinet, Ritalin)
- **Beispiele selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer**
 - Atomoxetin (Strattera)
- **Beispiele Antidepressiva/Antipsychotika**
 - Venlafaxin (Trevilor), Quetiapin (Seroquel)

Anpassungsstörung (Reaktion auf belastende Lebensereignisse)

- **vorwiegende Störung des Sozialverhaltens, z. B. aggressives Verhalten, Unbeherrschtheit, Introvertiertheit**
- **vorwiegende Störung der Gefühle, z. B. Indifferenz, Hilflosigkeit, Teilnahmslosigkeit, Depressivität**

Belastungsstörung: Reaktion auf eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes, normale Reaktion der menschlichen Psyche auf eine außergewöhnlich Situation

- **Akute Belastungsstörung: „Nervenzusammenbruch“**
- **Posttraumatische Belastungsstörung: Amnesie, Depressivität, Persönlichkeitsveränderungen, Emotionslosigkeit**

Grundlagen der medikamentösen Therapie

- Derzeit kein zugelassenes Medikament verfügbar
- Therapie der Begleitsymptome mit
 - Antidepressiva
 - Benzodiazepine in Notfallsituationen
 - Antipsychotika

- **Beispiele Antidepressiva**
 - Sertralin (Zoloft), Paroxetin (Tagonis), Fluoxetin (Fluctin), Mirtazapin (Remergil)
- **Beispiele Benzodiazepine**
 - Lorazepam (Tavor), Diazepam (Valium), Alprazolam (Tafil), Bromazepam (Lexotanil)
- **Beispiele Antipsychotika**
 - Quetiapin (Seroquel), Asenapin (Sycrest)

..... mit dem Fazit

- **eine den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende Behandlung aller Gesundheitsstörungen ist aus unserer Erfahrung unerlässlich zur Verbesserung und Sicherung der Teilhabe (ICF)**

Mein Leben ohne Sucht.



Vielen Dank!

Dr. med. E. H. Sylvester
Chefärztin Fachklinik Nettetal
CRT – Caritas Reha und Teilhabe GmbH