DROGEN FORUM ZUG

Weiterbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte

Reformiertes Kirchenzentrum Zug

24.09.2020

Opioid-gestützte Behandlung und psychische Komorbidität

Adrian R. Kormann

FMH Psychiatrie und Psychotherapie

Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen

FMH Allgemeine Innere Medizin

Ärztlicher Leiter, HeGeBe ZOPA, Drogenforum Zug

DROGEN FORUM ZUG

HeGeBe ZOPA

- 63 Patienten in Opioid-Agonisten-Therapie
- Davon 32 in HeGeBe, 12 Methadon, 11 SROM, 8 Buprenorphin
- Langjährigste Patientin: 25 J. in HeGeBe
- 65-jährige, somatisch schwer kranke Patientin seit 1 Jahr durch Spitex zuhause mit Heroin versorgt
- 2 Patienten mit nasaler Heroin-Applikation

Inhalt

Einführung zum Thema psychische Komorbidität bei Opioid-Abhängigkeit

Schwerpunktthemen:

- Beikonsum zusätzlicher Substanzen am Beispiel Benzodiazepine
- Suizidalität und Abhängigkeitserkrankung
- ADHS und Abhängigkeitserkrankung

Diskussion

Komorbidität von psychischen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen

Die Regel und nicht die Ausnahme !

- Lebenszeit-Prävalenz für eine psychischen Störung: 22.5 %
  - Davon haben 29% auch eine Substanz-Störung
- Lebenszeit-Prävalenz für Störung durch Alkohol: 13.5 %
  - Davon 45 % mit weiterer psychischer Erkrankung
- Lebenszeit-Prävalenz für Störung durch Drogen: 6.1 %
  - Davon 72 % mit weiterer psychischer Erkrankung

USA: Epidemiological Catchment Area Programm

Störungsmodelle

- Unidirektionale direkte Kausalbeziehung (A -> B)
- Bidirektionale direkte Kausalbeziehung (A <-> B)
- Indirekte Kausalbeziehung (A->.....-> B)
- Gemeinsame Faktoren für zwei gleichzeitig entstehende Störungen (F -> A+B)

Aetiologie und Symptomatik sind bei Doppeldiagnose-Patienten sehr heterogen und oft komplex. Standardisierte Therapieprogramme greifen deshalb oft zu kurz und sind wenig Erfolg versprechend.

Individuell zugeschnittene, integrative Beratungs-, Therapie- und Rehabilitations-Programme.

Moggi, Donati, 2004

Komorbide psychische Störungen
Abklärungs- und Behandlungsprinzipien

- Ca. 70-80 % komorbide psychische Störungen bei Abhängigkeitserkrankungen (vor allem aus dem Bereich affektive Störungen, Schizophrenie, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, ADHS)
- Steigendes Durchschnittsalter wie bspw. bei Opioid-Abhängigen hat Einfluss auf Komorbidität: höherer Bedarf an internistischen Behandlungen, mehr Hospitalisationen aus somatischen Gründen
- Diagnostik von Abhängigkeitserkrankung UND psychischer Komorbidität beachten!
- Komorbide Störungen und Abhängigkeitserkrankungen sollen zeitgleich behandelt werden und nicht seriell, sei es bei psychotherapeutischen oder bei medikamentösen Behandlungen.

Komorbide psychische Störungen

• Mindestens eine komorbide psychische Störung	47-93%
• Persönlichkeitsstörung	26-68%
• Affektive Störungen	7-74%
• Angststörungen	1-46%
• ADHS	8-33%
• Essstörungen	1-7%
• Schizophrene Störungen	1-14%

Frei & Rehm 2002; van de Glind, van den Brink et al. 2014

DROGEN FORUM ZUG

Konsum quantifizieren, auch bei illegalen Substanzen !

Standard-Einheiten lassen sich für alle Substanzen angeben.
Zum Beispiel:

ein Joint
eine Linie Kokain
eine Tablette Ecstasy
ein Paket Zigaretten
ein „Streifen“ Dormicum
ein „03“ Heroin
etc.

Drogenassoziierte Todesfälle weltweit

Geschätzte Zahl drogenassoziierter Todesfälle 2015 pro Million Einwohner und Jahr:

• **USA**	**246**
• Nordamerika total	172
• Ozeanien	102
• Asien	62
• Lateinamerika und Karibik	56
• Welt Durchschnitt	40
• **West- und Zentral-Europa**	**26**
• Ost- und Südost-Europa	23
• Afrika	15

UNODC 2015

Versorgungsanlässe

- Abhängigkeitserkrankung
  - Entzug mit Ziel Abstinenz
  - Teilentzug einer Substanz
  - Stabilisierung des (entgleisten) Substanzkonsums
  - Einstellung / Umstellung der Opioid- oder Psychopharmaka-Therapie
- Somatischer Grund
  - Akuter „Drogen-Notfall“
  - Drogen-assoziierte somatische Erkrankungen
- Psychischer Grund
  - Psychiatrische Notfallversorgung, Suizidalität
  - Psychische Komorbidität
- Sozialer Grund

Behandlungsziele bei Opioid-Abhängigkeit

DROGEN FORUM ZUG

Schadensminderung
(Sauberes Spritzenmaterial, Injektionsräume, niederschwellige medizinische Versorgung, Wohn-/ Beschäftigungsprogramme)

Opioid-freie Behandlungsstrategien (Abstinenz)

Pharmakologische Strategien
(Opioid-Substitution, Behandlung von Komorbidität)

Subjektiv zufriedene selbstbestimmte Lebenserfahrung

Stärkung adäquater Bewältigungsstrategien

Reduktion und Sistierung der Einnahme nichtverschriebener Opioide

Stabilisierung der gesamten Lebenssituation

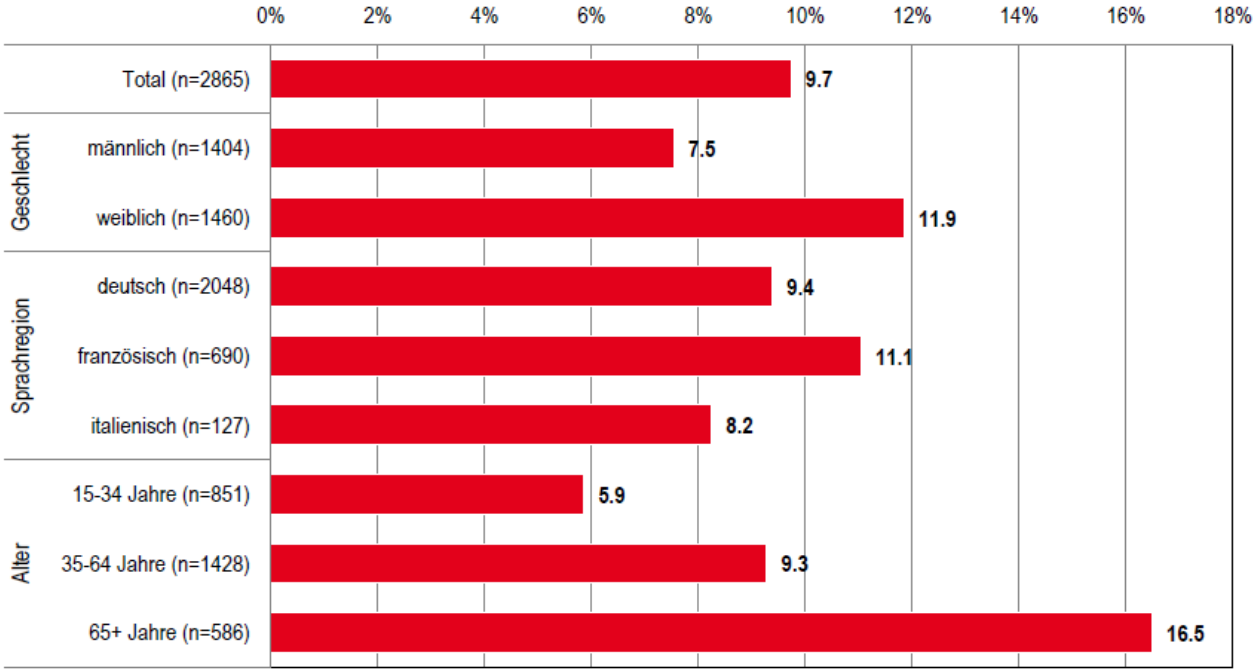
Erfassung und Behandlung komorbider Störungen

Sicherung des Überlebens

Opioid-Abhängigkeit und Beikonsum anderer psychotroper Substanzen am Beispiel Benzodiazepine

Komorbidität Benzodiazepin-Abhängigkeit
Suchtmonitoring 2014 im Auftrag des BAG

Abbildung 2.0.1 *12-Monatsprävalenz der Einnahme von Schlaf und Beruhigungsmitteln - Total und nach Geschlecht, Sprachregion und Alter, Januar - Juni 2014*



Bei Opioid-abhängigen Patienten ist der Gebrauch von BZD noch höher als in der Allgemeinbevölkerung

Komorbidität Benzodiazepin-Abhängigkeit Suchtmonitoring 2014 im Auftrag des BAG

Tabelle 2.2.1 *Prävalenz von Medikamenten bei Einnehmenden von Benzodiazepinen oder benzodiazepinähnlichen Mittel nach Geschlecht, Sprachregion und Alter, Januar - Juni 2014*

	Geschlecht		Sprachregion			Alter			Total
	männlich	weiblich	deutsch	französisch	italienisch	15-34	35-64	65+	
n	*43*	*66*	*60*	*40*	*8*	*15*	*54*	*40*	*109*
Xanax	10.7%	9.7%	12.4%	8.8%	0.0%	12.8%	11.1%	7.8%	10.1%
Rivotril	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Valium	5.6%	2.0%	6.2%	0.0%	0.0%	0.0%	5.1%	2.4%	3.4%
Stesolid	2.9%	3.9%	3.7%	4.0%	0.0%	6.5%	2.3%	4.1%	3.6%
Rohypnol	5.3%	4.4%	6.0%	4.0%	0.0%	2.0%	4.8%	5.7%	4.8%
Dalmadorm	2.3%	6.7%	5.2%	5.8%	0.0%	9.3%	4.8%	4.0%	5.0%
Temesta	29.9%	34.1%	21.2%	48.8%	28.6%	45.3%	30.3%	31.4%	32.6%
Mogadon	1.9%	3.8%	5.7%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	6.2%	3.1%
Seresta	11.0%	7.3%	13.4%	4.0%	0.0%	0.0%	12.5%	6.6%	8.7%
Dormicum	5.1%	13.0%	13.3%	7.7%	0.0%	10.9%	9.3%	10.8%	10.1%
Lexotanil	10.2%	15.9%	13.5%	12.2%	22.5%	0.0%	11.7%	21.2%	13.7%
Zolpidem oder Stilnox	50.1%	54.5%	46.8%	59.4%	61.8%	37.7%	52.1%	59.1%	52.8%
andere	27.3%	12.4%	10.9%	28.1%	14.2%	17.1%	28.4%	5.0%	18.0%

Anmerkung: Mehrfachantworten möglich; vgl. Tabelle 2.2.1 im Anhang. "Andere" bezeichnet Personen, die sagten, sie hätten Benzodiazepine oder ähnliche Mittel eingenommen, die aber keines aus der Liste angegeben hatten.

Indikationen für Benzodiazepine

- Breites Anwendungsspektrum: nosologie-übergreifend, symptomorientiert, auch als Komedikation oder bei psychiatrischen/internistischen Notfällen.
- Depression, Manie
- Panikstörung / Agoraphobie, andere Phobien
- Generalisierte Angststörung
- PTSD
- Schizophrenie
- Persönlichkeitsstörungen
- Schlafstörungen
- Alkoholentzug

Komorbidität Benzodiazepin-Abhängigkeit Wirkungsspektrum

- anxiolytisch
- sedierend
- hypnotisch
- muskelrelaxierend
- antiepileptisch
- amnestisch

BZD sind hochwirksam, schnell und zuverlässig, gut verträglich, mit grosser therapeutischer Breite, bei vielen Komorbiditäten einsetzbar, aber:

Abhängigkeitsrisiko

Komorbidität Benzodiazepin-Abhängigkeit
Toleranzentwicklung bei Benzodiazepinen

- **Toleranzentwicklung** selten gegenüber der **anxiolytischen** Wirkung, aber gegenüber der **sedierenden**, **muskelrelaxierenden** und **antikonvulsiven** Wirkung.

- **Kreuztoleranz:** bei längerem Alkoholkonsum sind zur wirksamen Anxiolyse und/oder Sedierung höhere Dosen eines BZD notwendig.

- Dies wird auch bei Non-BZD-Hypnotika («Z-Drugs»), GBL, GHB, Opioiden und Baclofen vermutet.

Komorbidität Benzodiazepin-Abhängigkeit Vorsichtsmassnahmen (insb. bei Sucht-Patienten)

- Strenge Indikationsstellung
- Alternativen prüfen
- Auf Missbrauch / Abhängigkeit in der Anamnese achten
- Dosisempfehlungen beachten
- Limitierte Behandlungsdauer und Absetzregeln einhalten

4-K-Regel:

Klare Indikation

Kleine Dosis

Kurze Anwendungsdauer

Kein abruptes Absetzen

Komorbidität Benzodiazepin-Abhängigkeit
Therapeutische Prinzipien und Haltung

Guidelines SSAM

- Benzodiazepine sind sichere, wirksame und hilfreiche Substanzen. Für ihren Einsatz gibt es klare Indikationen.
- Benzodiazepine haben ein Abhängigkeitspotential und können missbräuchlich verwendet werden. Dabei wird zwischen einem gelegentlichen und regelmässigen Konsum, sowie low- und –high dose Konsum unterschieden
- Die Umstellung von kurz auf lang wirkende Benzodiazepine und die kontrollierte Abgabe der Substanzen ist bei Missbrauch und Abhängigkeit in der Regel sinnvoll.

SSAM
Swiss Society of Addiction Medicine
Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin
Société Suisse de Médecine de l'Addiction
Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze

Komorbidität Benzodiazepin-Abhängigkeit
Therapeutische Prinzipien und Haltung

Vorgehen Substitution mit Benzodiazepinen

Bei ausser Kontrolle geratenem indiziertem Gebrauch oder bei missbräuchlichem Gebrauch gilt:

1. Mitbehandlung der Komorbiditäten (bspw. Depression, Angststörung)
2. Umstellung von kurz auf lang wirksame BZD
3. Evaluation, ob Entzug gewünscht und möglich ist
   - Falls ja, Reduktion/Entzug ambulant vor stationär. Ggf. stationär in Schlussphase des Entzugs oder bei Kontraindikation für ambulanten Entzug
   - Falls nein, kann eine längerfristige kontrollierte Abgabe sinnvoll sein

Suizidalität und Abhängigkeitserkrankungen

Abhängigkeitserkrankungen und Suizidalität

- Anteil Suizidopfer mit Substanz-Abhängigkeit: 19-63%
- Suchterkrankungen sind mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert
- 36 Jahre nach der ersten Diagnostizierung einer Suchterkrankung sind 4.7% der Männer und 3.3% der Frauen an einem Suizid verstorben (Nordentoft et al. 2011)
- Substanzkonsum ist sowohl ein proximaler (d.h. ein unmittelbarer, mit einer sofortigen Gefährdung assoziierter), als auch ein distaler (d.h. ein mit einer generell erhöhten Gefährdung assoziierter) Risikofaktor für suizidales Verhalten (Hughes 2008)

Abhängigkeitserkrankungen und Suizidalität

- Heroinkonsumenten, die an einem Methadonprogramm teilnahmen, hatten ein 18.4x erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung (Lee et al. 2013)
- Bei einer Substanzkonsum-Störung mit Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika war das Suizidrisiko stark erhöht und bei Kokain- und Heroinkonsum am stärksten erhöht (Harris, Barraclough, 1997)
- Akuter Kokain-Gebrauch führt am häufigsten von allen illegalen Drogen zu Suiziden (Petit et al. 2012)
- Komorbidität von Depression und Störung durch Substanzkonsum war mit dem höchsten Suizidrisiko assoziiert (Cheng 1995)
- 41% der Suizidopfer mit Persönlichkeitsstörung hatten auch eine Substanzabhängigkeit, 74% der Suizidopfer mit Substanzabhängigkeit hatten auch eine Persönlichkeitsstörung (Cheng 1995)

Abhängigkeitserkrankungen und Suizidalität
Basisrisiko Selbstgefährdung

- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Suizidgedanken und / oder -absichten in der Vorgeschichte
- Selbstschädigende Handlungen in der Vorgeschichte
- Suizidversuche bei nahen Angehörigen
- Soziale Isolation
- Traumatisierende Lebensereignisse in der Vorgeschichte
- Störungen der Impuls- und Aggressionskontrolle
- Jahrestage stark belastender Ereignisse

Abhängigkeitserkrankungen und Suizidalität
Zusätzliches Risiko nach NGASR*

Auswahl betreffend Abhängigkeit und psychische Komorbidität:

- Hinweis auf Stimmenhören / Verfolgungsideen / Psychotische Störungen
- Deutliche Depression, Verlust an Freude und Interessen, sozialer Rückzug
- Kürzliche, mit Stress verbundene Lebensereignisse z.B.: Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, schwebende Gerichtsverfahren
- Vorliegen schlechter sozioökonomischer Verhältnisse, schlechte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Armut
- Vorliegen von Alkohol -oder anderem Substanzgebrauch

* Nurses Global Assessment of Suicidal Risk

Abhängigkeitserkrankungen und Suizidalität
Prävention von Suiziden

- Sensibilisierung für die Häufigkeit von Suiziden bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen.
- Rechtzeitiges Erkennen und insb. die adäquate Behandlung der am häufigsten mit Suizid assoziierten komorbiden Störungen würden die Suizidrate reduzieren.
- Nebst der Behandlung der akuten Suizidalität sind bei Suchtkranken vor allem die Therapie der Abhängigkeitserkrankung und die gleichzeitige Behandlung der komorbiden psychischen Störungen wichtig.
- Eventual-selbstgefährdende Verhaltensweisen beachten.
- Durch Frage nach Gründen zu leben und Gründen sterben zu wollen sowie deren Gewichtung kann neben Aufbau einer therapeutischer Beziehung auch Entlastung gegeben werden.

Das Risiko der Umsetzung von suizidalen Absichten oder Impulsen kann reduziert, aber nicht 100% verhindert werden.

Freiheitsberaubung <–> Fahrlässigkeit

ADHS und Abhängigkeitserkrankungen

ADHS und Abhängigkeitserkrankungen Epidemiologie

- ADHS ist eine neuropsychiatrische Entwicklungsstörung, die im Kindesalter beginnt und häufig bis ins Erwachsenenalter persistiert.
- ADHS ist mit einem erhöhten Risiko für verschiedene psychische Störungen verbunden, insb. Substanzkonsumstörungen (SKS).
- Die bisher einzige Metaanalyse mit 29 Studien ergab, dass 23.1% der Patienten mit SKS auch eine ADHS aufweisen.
- Im Gefolge dieser Metaanalyse wurde die bisher grösste internationale Studie mit standardisierter Diagnostik durchgeführt. Resultat: **Bei 14% der Patienten in Suchtbehandlung konnte eine ADHS-Diagnose festgestellt werden**. Die Prävalenzraten variierten dabei je nach Alter, Geschlecht, Behandlungssetting und Land.
- Eine Schweizer Multi-Center-Studie ergab, dass 18.4% der Patienten mit Alkohol-Abhängigkeitssyndrom positiv auf ADHS-Symptome gescreent wurden, was einer **mutmasslichen Prävalenz von 10-20%** entspricht.

ADHS und Abhängigkeitserkrankungen Epidemiologie

- Wim van den Brink, Universität Amsterdam (Suchtsymposium UPD Bern, 10.10.2019):
  - Starke Hinweise, dass Genetik und Gen-Umwelt-Interaktion Hauptfaktoren sind für sowohl die Entstehung von ADHS, wie auch von Substanzkonsumstörungen bzw. beides zusammen.
  - ADHS und Substanzkonsumstörungen zeigen häufig ähnliche Defizite:
    - Starke Impulsivität
    - Neigung, sich für rasche Belohnung anstatt für langzeitigen Erfolg zu entscheiden
    - Herabgesetzte Kontrollfähigkeit von Impulsivität und Überemotionalität
- Geurt van de Glind, ICASA Nijmegen (Suchtsymposium UPD Bern, 10.10.2019):
  - Patienten mit ADHS + Substanzkonsum-Störung leiden deutlich häufiger als Suchtpatienten ohne ADHS an weiteren Komorbiditäten wie Depression, Bipolare Störung, Dissoziale oder Borderline-Persönlichkeitsstörung

ADHS und Abhängigkeitserkrankungen Abklärung und Behandlung

- Wegen hoher Prävalenz von ADHS bei allen Patienten mit Substanzkonsum-Störungen **ADHS-Sreening** machen
- Bei positivem Sreening oder klinischem Verdacht: ausführlichere **Diagnostik** durch Spezialisten mit Erfahrung in beiden Krankheitsbildern
- Diagnostik soll auch **Komorbidität** und **Differenzialdiagnosen** berücksichtigen sowie wenn möglich **Fremdanamnese** für Kindheit und Erwachsenenalter beinhalten
- Ausführliche **Substanz-Anamnese** zur Erfassung von ADHS-Symptomen während Konsum- und Abstinenz-Phasen
- Behandlung besteht aus **integrierter Psychotherapie und Pharmakotherapie**, dies sowohl für ADHS wie für Substanzkonsumstörung, und alles zeitgleich
- Pharmakotherapie mit **langwirksamen Stimulanzien oder Atomoxetin** ist wichtiger Bestandteil der Behandlung und wird sehr empfohlen

ADHS und Abhängigkeitserkrankungen Behandlung von Kindern mit Stimulanzien ?

- Statement von Wim van den Brink, Universität Amsterdam, am Suchtsymposium Bern vom 10.10.2019, bezugnehmend auf eine entsprechende Studie aus Nijmegen 2013:
  - Das Risiko eines Kindes mit ADHS, im Erwachsenenalter an einer Substanzkonsumstörung (Alkohol, Tabak, THC, Drogen) zu erkranken, ist grösser, wenn Kinder bzw. Jugendliche nicht mit Stimulanzien gegen ADHS behandelt wurden.
  - In der Öffentlichkeit teils geäusserte Vorwürfe oder Besorgnis, Stimulanzien-Einnahme bei Kindern und Jugendlichen würden allenfalls den Einstieg in den Drogenkonsum fördern, sind klar widerlegt.

ADHS und Abhängigkeitserkrankungen Stimulanzien bei Kokain-Abhängigkeit ?

- **Evidenz ?**
  - Psychostimulanzien für Kokain-Abhängigkeit: Castells 2016 / Cochrane Library:
  - 26 Studien, >2300 Probanden
  - Untersuchte Psychostimulanzien: Bupropion, Dexamphetamin, Lisdexamphetamin, Methylphenidat, Modafinil, Mazindol (trizyklisches Isoindolderivat, das früher bei Adipositas eingesetzt wurde, heute aus dem Handel), Methamphetamin und Selegilin (MAO-B-Hemmer, Parkinson-Medikament)
- **Resultate:**
  - **Psychostimulanzien verlängern eine bereits bestehende Kokainabstinenz**
  - Psychostimulanzien reduzieren NICHT den Kokainkonsum bei aktiven Konsumenten
  - Psychostimulanzien verbessern insgesamt NICHT die Treatment Retention
  - Psychostimulanzien werden ähnlich gut vertragen wie Placebo
  - **Psychostimulanzien erhöhen den Anteil Kokain- und Heroin-abstinenter Patienten unter Methadon-substituierten Heroin- und Kokain-Abhängigen** (Nuijten 2016)
  - **Psychostimulanzien reduzieren den Kokainkonsum bei Patienten mit ADHS** (Dürsteler 2015)
-

Opioid-Agonisten-Therapie und psychische Komorbidität
Take Home

- Substanzkonsum detailliert erfragen
- Bei allen Substanzkonsumenten routinemässig Komorbidität beachten und abklären
- Individueller, bedarfsorientierter Zugang zu Information, Beratung, Kurzinterventionen, Therapie / Überweisung
- Zieloffenheit führt zum „richtigen“ Ziel. Partnerschaftliche Arbeitsbeziehung
- Multimodales Vorgehen aus Psychotherapie, Pharmakotherapie, OAT, Interdisziplinarität
- Konsequente Nutzung von schadensmindernden Massnahmen bei Substanzkonsum-Störung und bei Komorbidität
- Zeitgleiche Behandlung von Abhängigkeitserkrankung und komorbiden psychischen Störungen