

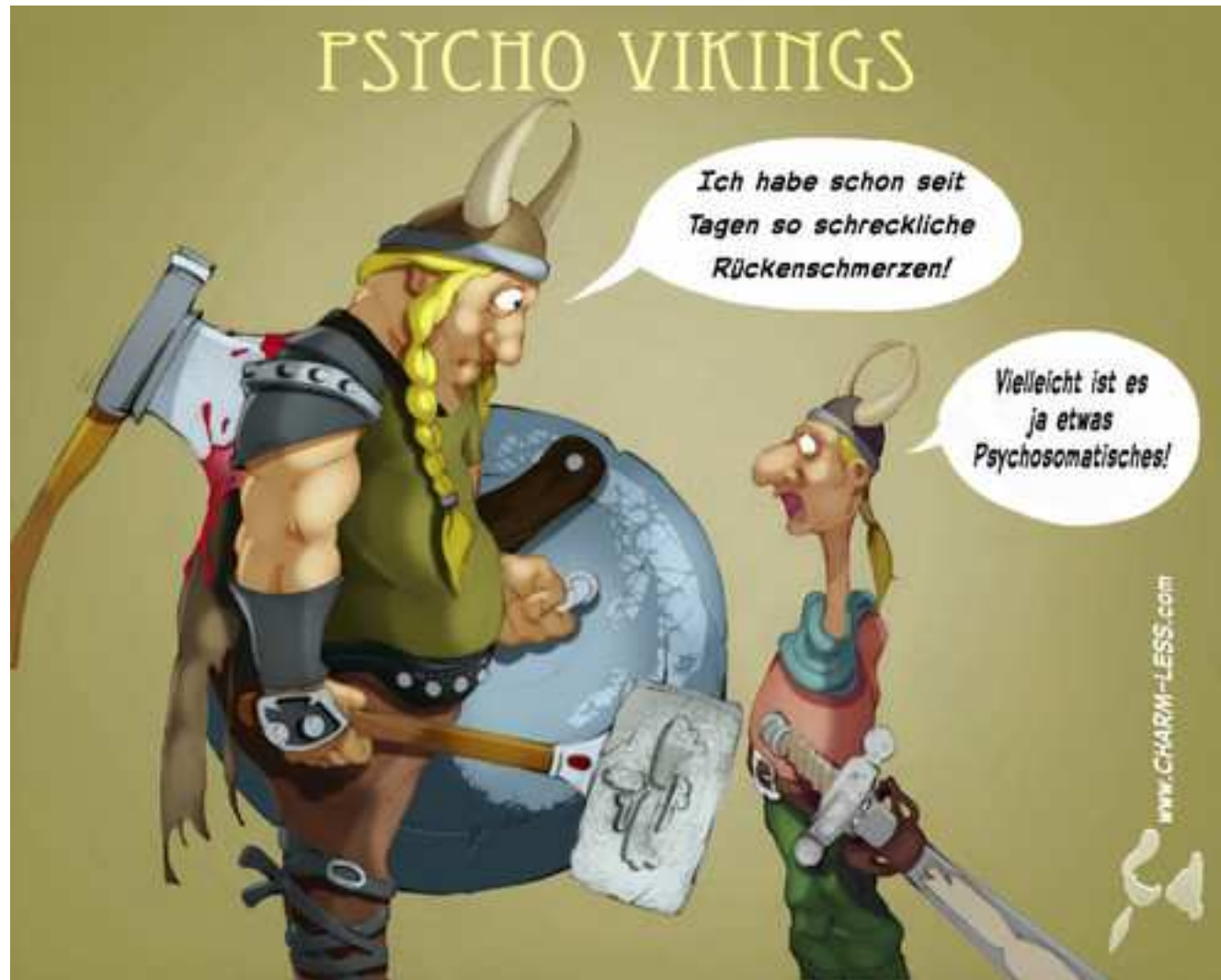
UPK

**Universitäre
Psychiatrische Kliniken**
Basel

SUCHT AUS PSYCHOSOMATISCHER SICHT

PD Dr. med. Marc Walter, 30. August 2011
Dienstagmittag-Fortbildung der Psychosomatik





SUCHT UND PSYCHOSOMATIK

Alkohol- und Drogenabhängigkeit aus psychosomatischer Sicht

Besonderheiten der Kommunikation und
der Arzt-Patient Beziehung

Schmerzstörung und Medikamentenabhängigkeit Charakteristika und Behandlungsempfehlungen

HEROIN

1898: Einführung Heroin als Schmerz- und Hustenmittel



25'000 Heroinabhängige in der Schweiz
> 60% in opioidgestützter Behandlung (BAG 2010)



ALKOHOL



Ein Schweizer resp. eine Schweizerin konsumiert durchschnittlich 8,6 Liter reinen Alkohol pro Jahr (rund 170 Liter Bier, 70 Liter Wein oder 20 Liter Spirituosen)

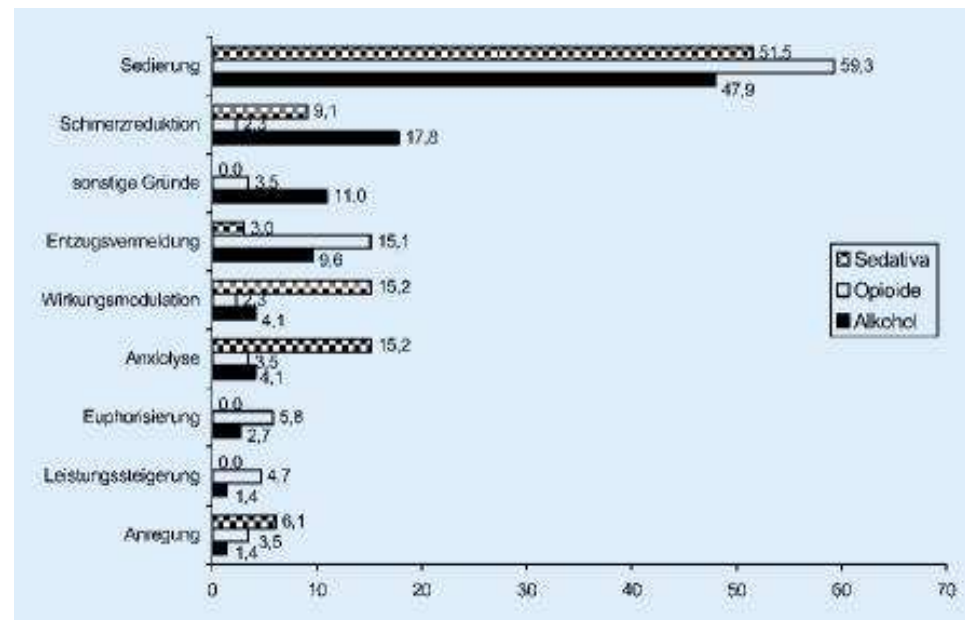
250'000 Alkoholabhängige
in der Schweiz (BAG 2011)

MEDIKAMENTE



Elvis Presley (1935-1977)
zuletzt Einnahme von
500 mg Diazepam-Äquivalente pro Tag

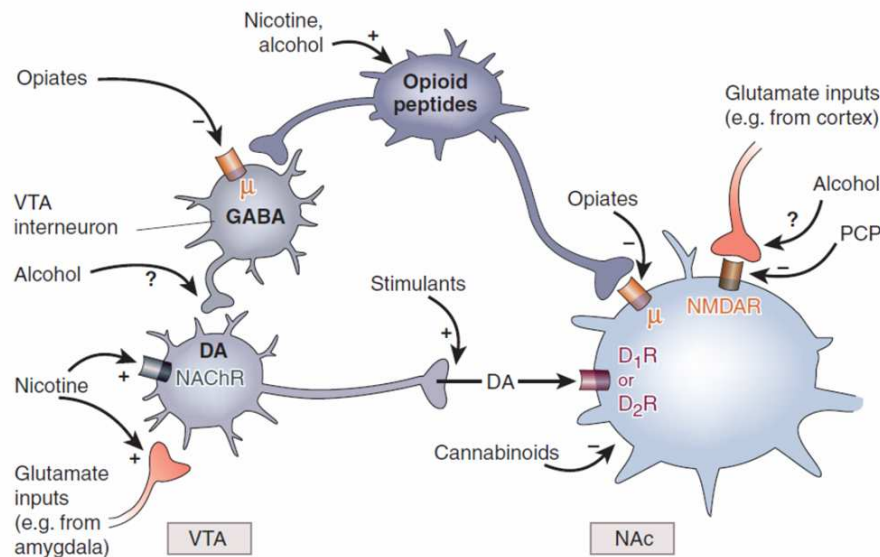
1% - 2% gelten als Medikamentenabhängig
Psychopharmaka (Hypnotika/ Tranquilizer)
und Analgetika (Opioidanalgetika)



(Soyka et al. 2005)

SUCHT UND ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

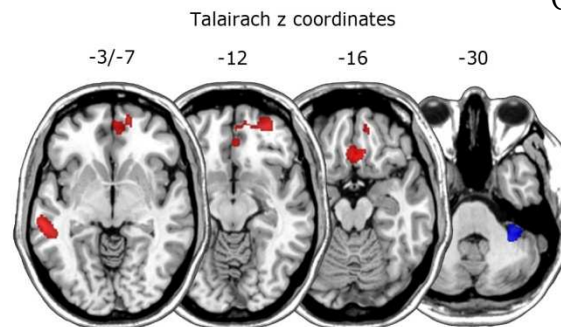
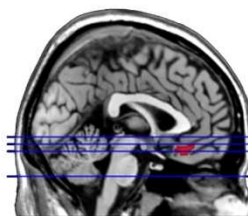
Chronische Störungen des Gehirns mit dem Zwang
psychoaktive Substanzen zu konsumieren



(Hyman et al. 2006)

(Walter et al., submitted)

HEROIN vs. CONTROL



VBM Analysis

- : HEROIN < CONTROL
- : HEROIN > CONTROL

Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen

	ICD-10
Schädlicher Gebrauch	Schädigung der psychischen und physischen Gesundheit
Abhängigkeit	Starker Wunsch oder eine Art Zwang zu konsumieren
	Verminderte Kontrollfähigkeit
	Nachweis einer Toleranz
	Körperliches Entzugssyndrom
	Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen
	Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen

PSYCHOSOMATIK

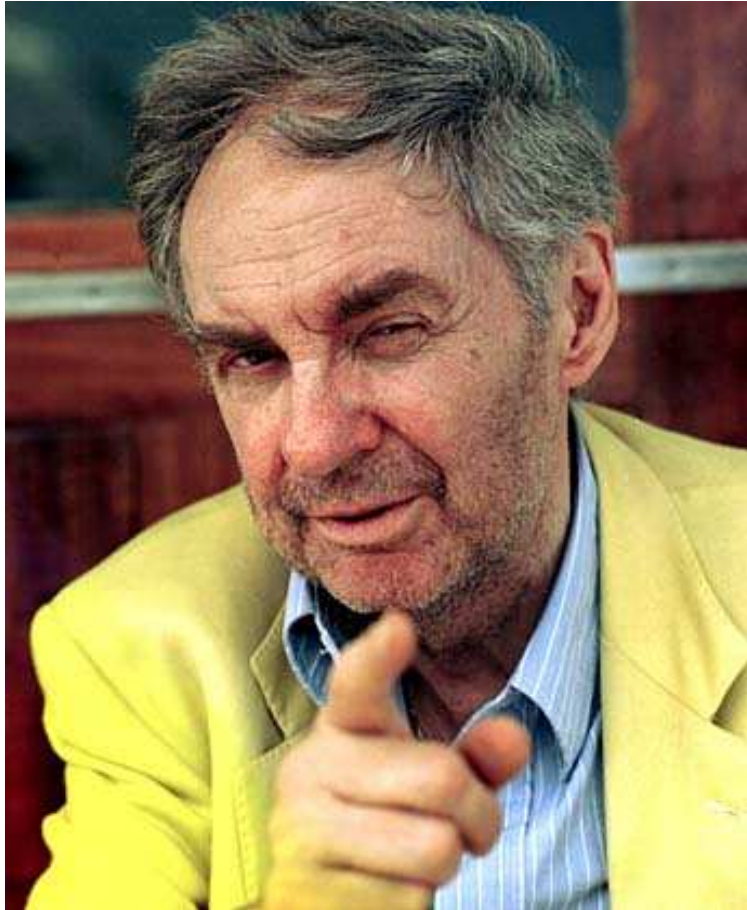
Das zentrale Element
psychosomatischer Grundversorgung
ist die **Arzt-Patient Beziehung** und
die Förderung der
kommunikativen Kompetenz des Arztes
(Janssen 2009)



Dr. Michael Balint (1896-1970)

ARZT-PATIENT BEZIEHUNG

...ist abhängig von der **Persönlichkeitsstruktur** des Patienten



Persönlichkeitsstruktur

Persönlichkeitsstruktur	Identität	Klinik
<p>1. Neurotische Persönlichkeitsorganisation</p> <p>Hysterische Persönlichkeit, Depressive Persönlichkeit Zwanghafte Persönlichkeit</p>	<p>Gut integrierte Identität</p>	<p>Ängste, depressive Verstimmungen</p>
<p>2. Borderline Persönlichkeitsorganisation = schwere Persönlichkeitsstörung</p> <p>Narzisstische Persönlichkeit Borderline Persönlichkeit Antisoziale Persönlichkeit</p>	<p>Identitätsdiffusion = nicht integriertes Konzept des Selbst und wichtiger Bezugspersonen</p>	<p>Widersprüchliches Verhalten, Widersprüchliche Selbstwahrnehmung, oberflächliche Wahrnehmung von anderen, chronische Leere</p>

(Clarkin et al. 2003, Kernberg 2006, Dammann et al. 2011)

Beziehung zu Suchtpatienten


- › Am Anfang steht die Bedeutung der Substanzeffekte für die Person und die Selbst-Regulation im Vordergrund
- › Substanzen werden vorrangig als Selbstmedikation verwendet
- › Krisen, Affekte wie Angst und Aggressionen, und Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht, können durch den Substanzkonsum situativ behoben werden
- › Motivierende Gesprächsführung zum Aufbau einer tragfähigen Beziehung

KOMMUNIKATION MIT SUCHTPATIENTEN

- › Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- › Wertfreie Kommunikation auf gleicher Augenhöhe
- › Keine konfrontative Interventionen
- › Empathische Grundhaltung
- › Klärung von Ambivalenzen bezüglich des Substanzkonsums

(Miller & Rollnick 2002)

Schwere Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen	Schweregrad	Identitätsdiffusion
<p>Narzisstische Persönlichkeitsstörung Muster von Grossartigkeit, dem Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Einfühlungsvermögen</p>		<p>Selbst und Beziehungsstörungen, einige aggressive Anteile</p>
<p>Borderline Persönlichkeitsstörung Muster von interpersoneller und affektiver Instabilität und Impulsivität</p>		<p>..., starke abgespaltene Aggressionen</p>
<p>Antisoziale Persönlichkeitsstörung Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer</p>		<p>..., Wut und Hass, fehlende Empathie und Gewissen</p>

(APA 2000, Clarkin et al. 2009)

KOMMUNIKATION MIT SUCHTPATIENTEN UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

- › Therapeut achtet besonders auf die nonverbalen Signale
- › Therapeut benennt seine eigenen Emotionen
- › Therapeut *balanciert* zwischen Akzeptanz und Drängen auf Veränderung
- › Therapeut *balanciert* zwischen Einhaltung von Regeln und Flexibilität
- › Therapeut *balanciert* zwischen stützender und wohlwollend fordernder Haltung

(Bohus 2002)

Schwierigkeiten im Umgang mit Persönlichkeitsstörungen

**... die emotionale Reaktion des Therapeuten auf den
Patienten/Patientin**

1. Konkordante Gegenübertragung:

Therapeut identifiziert sich mit dem zentralen subjektiven Erleben der Patientin etwa mit dem Gefühl ein Opfer zu sein

2. Komplementäre Gegenübertragung:

Therapeut identifiziert sich mit dem abgespaltenen und projizierten Anteil (Aggressiv-sadistisch, „Täter“)

(Kernberg 2002)

Fallvignette: Patientin (30 J.) mit Drogenabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung

Biographie: Aufgewachsen als einzige Tochter einer drogenabhängigen Mutter ohne Vater. Früher Kontakt mit der Drogenszene und emotionale Vernachlässigung in der Kindheit.

Verlauf: Die Patientin träumt von geregelterm Leben mit Familie. Selbstwerteinbrüche werden mit Drogenkonsum beantwortet. Gleichzeitig bedeutet die Droge ein verlässliches Objekt, das sie gebrauchen und missbrauchen kann. Zusätzlich führt der Drogenkonsum zur Stabilisierung der Situation und verhindert eine Anpassung an die Realität. Unzuverlässiges Einhalten der Therapiestunden auch aufgrund des Drogenkonsums.

Technik: Therapievertrag. Etablierung einer regelmässigen Substitutionsbehandlung. Verhaltensanalysen, um den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Gefühlen zu verstehen. Übertragungsfokussierte Psychotherapie, supportive Psychotherapie.

SOMATOFORME SCHMERZSTÖRUNG



Lebenszeitprävalenz von 12%
20-40% in Allgemeinarztpraxen und
Spital (Scheidt 2009)
Hohe Komorbidität mit PS und
depressiven Störungen
(Lieb et al. 2007)



Andauernder quälender Schmerz

1. der nicht hinreichend durch eine körperliche Erkrankung zu erklären ist
2. der in Verbindung mit Belastungen und Konflikten auftritt

SOMATOFORME SCHMERZSTÖRUNG

- › Biologisch orientiertes Krankheitskonzept
- › Geringe Fähigkeit zur Affektwahrnehmung und Affekttoleranz
- › Geringe Introspektionsfähigkeit
- › Erfahrungen von gescheiterten Behandlungsversuchen



Dr. Michael Balint (1896-1970)

KOMMUNIKATION MIT SCHMERZPATIENTEN

- › Aufklärung und Information über die Krankheit
- › Erarbeitung eines psychosozialen Krankheitsverständnisses
- › Eruierung belastender Ereignisse und Konflikte und der Behandlungsvorgeschichte
- › Somatische Symptome als Signal und Kommunikationsangebot an das medizinale System

(Stuart & Noyes 1999, Scheid 2009)

Schwierigkeiten im Umgang mit Schmerzstörungen

1. Durch die Ausschlussdiagnostik kann eine tragfähige Arzt-Patient Beziehung schwer aufgebaut werden («doctor-shopping»)
2. Die Krankheitsrolle, die vom Patienten in Anspruch genommen wird, bleibt häufig verwehrt
3. Der Patient fühlt sich nicht selten entwertet und stigmatisiert

(Noyes et al. 2008)

SOMATOFORME SCHMERZSTÖRUNG

Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit

- › Gescheiterte Behandlungen einer Schmerzstörung führen zu einem erhöhten Risiko einer Medikamentenabhängigkeit
- › Prävalenz einer Abhängigkeitserkrankung bei Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom in 3%-12%, am häufigsten Benzodiazepinabhängigkeit
- › Opioidmissbrauch zwischen 0% und 65% bei chronischen nichttumorbedingten Schmerzen
- › Bei der somatoformen Schmerzstörung sollten Opioide sehr zurückhaltend und nur im Einzelfall verschrieben werden

(Egle 2000, Sipos et al. 2000, Soyka et al. 2003)

Fallvignette: Patient (49 J.) mit chronischen Schmerzen und Opioidabhängigkeit

Vorgeschichte: Pethidinmissbrauch bei schmerzhaften chronischem Nierenkoliken mit rezidivierenden Steinbildungen. Kongenitale Hörschwäche. Stationäre Einweisung zum Opioidentzug in die UPK.

Eintritt: 50 mg Pethidin i.v. alle 3 Stunden aufgrund starker Schmerzen. Widerstand gegen Opioidentzug. Freundlich-zugewandt im Kontakt. Ängstlich-besorgt mit starker Überzeugung, die Steinneubildung immer direkt zu spüren. Keine depressive Störung. Einstellung auf 60 mg Morphin retard pro Tag.

Verlauf: Planung des Prozedere in der Schmerzkonferenz des USB. Therapievertrag. Substitution mit oralen Opioiden und kein Pethidin zu Hause, sondern bei vermehrten Schmerzen Eintritt ins USB und Kontakt zum «Pain Service».

ZUSAMMENFASSUNG

- › In der Kommunikation mit Suchtpatienten ist die motivierende Gesprächsführung zu empfehlen , bei einer komorbiden Persönlichkeitsstörung sind zusätzlich störungsspezifische Psychotherapieverfahren erfolgreich
- › Somatoforme Schmerzstörungen benötigen eine psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik und Therapie, Sedativa und Opioide sind in der Behandlung zu vermeiden

VIELEN DANK FÜR DIE AUFMERKSAMKEIT

Marc Walter
Abhängigkeitserkrankungen
marc.walter@upkbs.ch

www.upkbs.ch

