

Wenn die Entzugsbehandlung nicht abstinent macht, worin liegt dann der Sinn einer Entzugsbehandlung?

Welchen Stellenwert hat die Entzugsbehandlung in der Drogentherapie heute?

19. Substitutionsforum

10.04.2016, Mondsee

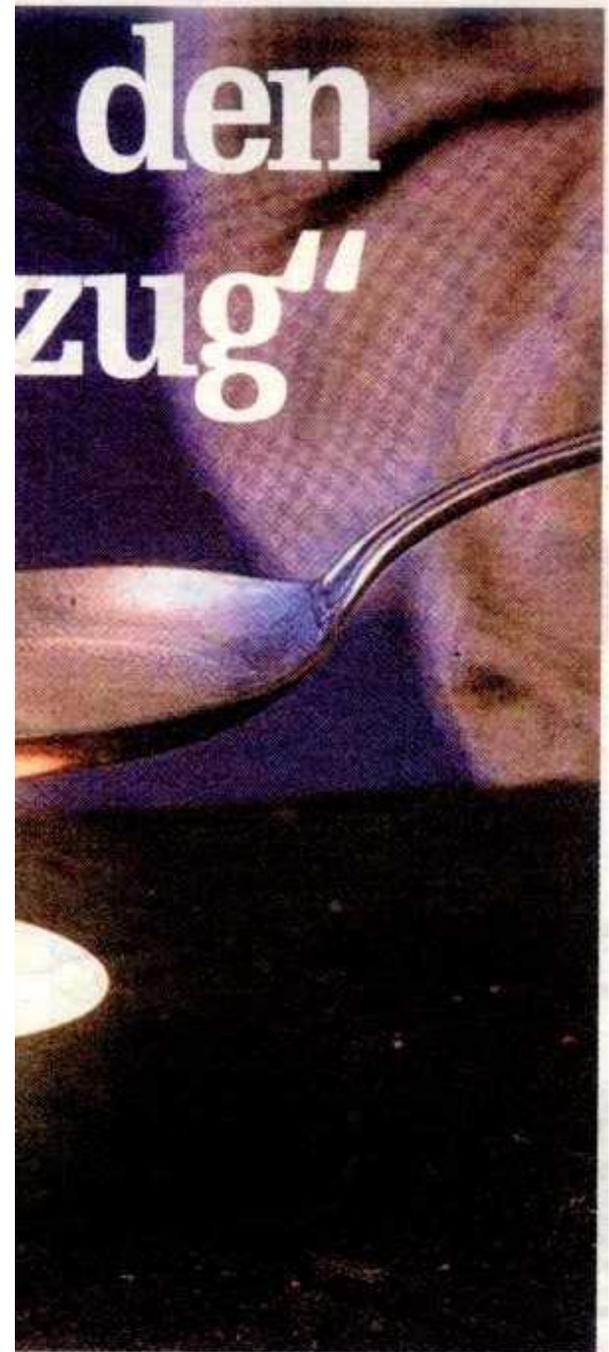
Evidence based ist

- Abstinenzorientierte Therapien erreichen nur einen kleinen Teil von Abhängigen (1-10% Uchtenhagen)
- 40 – 70% der Suchtkranken brechen eine abstinenzorientierte Therapie ab (Uchtenhagen, Backmund, Specka 2011: 50-85% Entzug)
- Nach einer abstinenzorientierten Therapie bleibt nur eine Minderheit längerfristig abstinent (McLellan, Smyth 2010: 91% Rezidiv nach Entzug)
- dass also *gemessen am Therapieziel* der dauerhaften Abstinenz, diese Therapie nur für ganz wenige erfolgreich ist

*„Detoxification should not be regarded as a treatment per se, since prospective controlled studies show that people who have undergone detoxification are no less likely to relapse to drug use than those who, have not.“
(Mattick, Lancet 1996)*

*„Die Detoxifizierung entspricht nicht mehr der State-of-the-art Therapie. Denn dauerhafte Abstinenz lässt sich nach heutigem Wissensstand therapeutisch nicht erzwingen“
(Fischer 2010).*

„Ich bin für den Zwangsentzug“



Schon der 8. Drogentote 2008: Verzweifelte Grazer Mutter will ihre Söhne

ntzug gezwungen sehen.

Evidence based ist

- Abstinenzorientierte Therapien erreichen nur einen kleinen Teil von Abhängigen (1-10% Uchtenhagen)
- 40 – 70% der Suchtkranken brechen eine abstinenzorientierte Therapie ab (Backmund, Uchtenhagen)
- Nach einer abstinenzorientierten Therapie bleibt nur eine Minderheit längerfristig abstinent (McLellan)
- dass also *gemessen am Therapieziel* der dauerhaften Abstinenz, diese Therapie nur für ganz wenige erfolgreich ist und
- Die Abstinenz bzw. abstinenzorientiertes Denken ist ein Risikofaktor für erhöhte Mortalität (Davoli, Strang, Uchtenhagen, Zanis)

Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study

John Strang, Jim McCambridge, David Best, Tracy Beswick, Jenny Bearn, Sian Rees, Michael Gossop

In many countries opiate overdose remains the main source of the 10-fold excess mortality among opiate addicts, notwithstanding the effects of HIV/AIDS.¹ Treatment reduces mortality but can sometimes increase mortality transiently—for example, during the first few weeks of methadone maintenance treatment and among former opiate addicts after their release from prison.^{2,3} The increase in mortality among

similarly increased mortality after treatment. We followed up patients who received inpatient opiate detoxification, looked for evidence of increased mortality, and investigated the distinctive characteristics of patients who died.

Participants, methods, and results

National Addiction Centre, Institute of Psychiatry and the Maudsley Hospital, London SE5 8AF
John Strang
professor and director
Jim McCambridge
senior research worker
David Best

Downloaded from bmj.com on 29 April 2005

Papers

inpatient unit, of whom three had died after a drug overdose within the first four months after discharge. We successfully interviewed 103 patients (at a mean interval of 8.7 months after discharge). A search of records indicated that the remaining 29 patients were still alive one year after discharge.

To test whether loss of tolerance increased the risk of overdose, we grouped the patients into three categories, according to their opiate tolerance at the point of

Comment

Patients who “successfully” completed inpatient detoxification were more likely than other patients to have died within a year. No patients who failed to complete detoxification died. Heroin addicts are known to have excess mortality.⁴ However, on the basis of previously published data we would have expected that in our group only one or two patients would have died within a year and only one from overdose.⁵ The

Substanzabhängigkeit vom Morphintyp –

State-of-the-Art: Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden

GABRIELE FISCHER, BEATE KAYER

THERAPIE DER SUBSTANZABHÄNGIGKEIT VON MORPHINEN

Die Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden gilt heute als Standard-Therapie bei Diagnose Opioidabhängigkeit und diese hat sich auch als vorteilig gegenüber der in der Vergangenheit meist angewendeten Detoxifizierungsbehandlung erwiesen (Bell et al. 1999).

Zusammenfassung: W
Therapieansätze in sär
verbessern, hat sich au
der psychiatrischen Er
phinen im letzten Jah
späten 80er Jahren als
abhängigkeit, wobei Ö
war, das diese Behandl

lds of
ity re-
ge of
ilable.
it has
Since
stan-

Wenn die Entzugsbehandlung nicht mehr „State of the art“ ist, was ist sie dann?

Eine Neudefinition von Aufgaben und Zielen der stationären Drogenakuttherapie in der Behandlung der Opiatabhängigkeit ist notwendig.

Sucht ist eine schwere chron. Erkrankung mit
einem hohen Anteil komorbider
(körperlicher/psychischer/sozialer) Störungen
und einer hohen Mortalität.

Ziel jeglicher Behandlung ist die
Erhaltung/Verbesserung der (somato-psycho-
sozialen) Gesundheit und
Erhaltung/Verbesserung der Lebensqualität (auf
unterschiedlichem Niveau) und nicht die
Abstinenz (Heilung).

Ziel jeglicher Behandlung ist die Verbesserung der Lebensqualität

- Wodurch ist die LQ beeinträchtigt??
- Welche Probleme bestehen?
 - körperlich, psychisch, sozial, Sucht (Konsumverhalten)
- Welche sind die dringlichsten, gefährlichsten, belastensten...?
- Welche Probleme sind wie, wann, in welcher Reihenfolge anzugehen?
 - Zieldefinition
 - Therapieplanung: somat., psych., sozial, Konsumverhalten
incl. Therapiemethode: ambulant, stationär, abstinenz/substitutionsgestützt, teilstationär, teilabstinent,

STATIONÄRE DROGENAKUTBEHANDLUNG

KRISENBEWÄLTIGUNG

- körperliche, psychische und soziale Erholung/Stabilisierung
 - diagnostische Abklärung
 - Erarbeitung von nächsten realistischen Zielen und der dafür notwendigen Behandlungsschritte (Therapieplanung für eine chron. Erkrankung)
 - Suizidprävention
 - Rückfallmanagement
 - Moratorium
 - Palliative Maßnahmen
 - Konsumkrisen
 -
-
- rasche, niederschwellige Aufnahmebedingungen
 - Weniger kontrollierend/konfrontierend
 - Flexible Gestaltung der Aufenthaltsdauer

STABILISIERUNG

- weiterführende Stabilisierung
 - therapeutische Bearbeitung der in der akuten Krise aufgetretenen Themen unter Nutzung des bereits erfolgten Beziehungsaufbaus und des bereits Erarbeiteten
 - Behandlung von körperlichen und psychischen komorbiden Störungen
 - Psychoedukation:
 - z. B. Verständnis für die Erkrankung schaffen (für den Verlauf, die Risiken und für den Umgang, für eine realistischere Einschätzung der Erkrankung und des Bedarfs an Hilfe und Unterstützung wie z.B. das Erkennen der Notwendigkeit einer stationären Therapie)
 - z.B. Verbesserung der Kontrolle über das Konsumverhalten (risikoärmerer Konsum)
-
- alltagsnäheres Setting (Realitätsprüfung durch mehr Autonomie und Selbstverantwortung)

ENTZUG

- Nach klarer Indikationsstellung!* (Nutzen/Risikoabwägung)
 - Sicherung einer weiterführenden stationären Entwöhnungs-behandlung (in den meisten Fällen)
 - enge Vernetzung mit weiterführenden stationären und ambulanten Einrichtungen
 - Therapiezieländerung jederzeit möglich (Wiederaufnahme der Substitution)
-
- Hörschwelliges Setting

STATIONÄRE DROGENAKUTBEHANDLUNG

KRISENBEWÄLTIGUNG

- körperliche, psychische und soziale Erholung/Stabilisierung
 - diagnostische Abklärung
 - Erarbeitung von nächsten realistischen Zielen und der dafür notwendigen Behandlungsschritte (Therapieplanung für eine chron. Erkrankung)
 - Suizidprävention
 - Rückfallmanagement
 - Moratorium
 - Palliative Maßnahmen
 - Konsumkrisen
 -
-
- rasche, niederschwellige Aufnahmebedingungen
 - Weniger kontrollierend/konfrontierend
 - Flexible Gestaltung der Aufenthaltsdauer

STABILISIERUNG

- weiterführende Stabilisierung therapeutische Bearbeitung der in der akuten Krise aufgetretenen Themen unter Nutzung des bereits erfolgten Beziehungsaufbaus und des bereits Erarbeiteten
 - Behandlung von körperlichen und psychischen komorbiden Störungen
 - Psychoedukation: z. B. Verständnis für die Erkrankung schaffen (für den Verlauf, die Risiken und für den Umgang, für eine realistischere Einschätzung der Erkrankung und des Bedarfs an Hilfe und Unterstützung wie z.B. das Erkennen der Notwendigkeit einer stationären Therapie) z.B. Verbesserung der Kontrolle über das Konsumverhalten (risikoärmerer Konsum)
-
- alltagsnäheres Setting (Realitätsprüfung durch mehr Autonomie und Selbstverantwortung)

ENTZUG

- Nach klarer Indikationsstellung!* (Nutzen/Risikoabwägung)
 - Sicherung einer weiterführenden stationären Entwöhnungs-behandlung (in den meisten Fällen)
 - enge Vernetzung mit weiterführenden stationären und ambulanten Einrichtungen
 - Therapiezieländerung jederzeit möglich (Wiederaufnahme der Substitution)
-
- Hörschwelliges Setting

STATIONÄRE DROGENAKUTBEHANDLUNG

KRISENBEWÄLTIGUNG

- körperliche, psychische und soziale Erholung/Stabilisierung
 - diagnostische Abklärung
 - Erarbeitung von nächsten realistischen Zielen und der dafür notwendigen Behandlungsschritte (Therapieplanung für eine chron. Erkrankung)
 - Suizidprävention
 - Rückfallmanagement
 - Moratorium
 - Palliative Maßnahmen
 - Konsumkrisen
 -
-
- rasche, niederschwellige Aufnahmebedingungen
 - Weniger kontrollierend/konfrontierend
 - Flexible Gestaltung der Aufenthaltsdauer

STABILISIERUNG

- weiterführende Stabilisierung therapeutische Bearbeitung der in der akuten Krise aufgetretenen Themen unter Nutzung des bereits erfolgten Beziehungsaufbaus und des bereits Erarbeiteten
 - Behandlung von körperlichen und psychischen komorbiden Störungen
 - Psychoedukation: z. B. Verständnis für die Erkrankung schaffen (für den Verlauf, die Risiken und für den Umgang, für eine realistischere Einschätzung der Erkrankung und des Bedarfs an Hilfe und Unterstützung wie z.B. das Erkennen der Notwendigkeit einer stationären Therapie) z.B. Verbesserung der Kontrolle über das Konsumverhalten (risikoärmerer Konsum)
-
- alltagsnäheres Setting (Realitätsprüfung durch mehr Autonomie und Selbstverantwortung)

ENTZUG

- Nach klarer Indikationsstellung!* (Nutzen/Risikoabwägung)
 - Sicherung einer weiterführenden stationären Entwöhnungs-behandlung (in den meisten Fällen)
 - enge Vernetzung mit weiterführenden stationären und ambulanten Einrichtungen
 - Therapiezieländerung jederzeit möglich (Wiederaufnahme der Substitution)
-
- Höerschwelliges Setting

*Mögliche Indikationskriterien für eine Entzugsbehandlung

in Anlehnung an „Positive Prognosefaktoren für langfristige Abstinenz nach Beendigung einer Substitutionsbehandlung“ (AWMF Leitlinien 2004)

- Kein wesentlicher Beikonsum (einschließlich Alkohol), kein i.v. Konsum
- Stabile Lebensverhältnisse, stützendes soziales Umfeld (Arbeit, Wohnung, Partnerschaft, Freundeskreis ohne Suchtprobleme)
- Abstand von illegalen Aktivitäten
- Guter körperlicher und seelischer Zustand
- Gesicherte Weiterbehandlung
- Wunsch des/der Patienten/in

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

ekkehard.madlung-kratzer@tirol-kliniken.at