

UPK

**Universitäre
Psychiatrische Kliniken**
Basel

Forum für Suchtfragen - Alter und Sucht

Substitution im Alter

Basel, 17. Oktober 2013

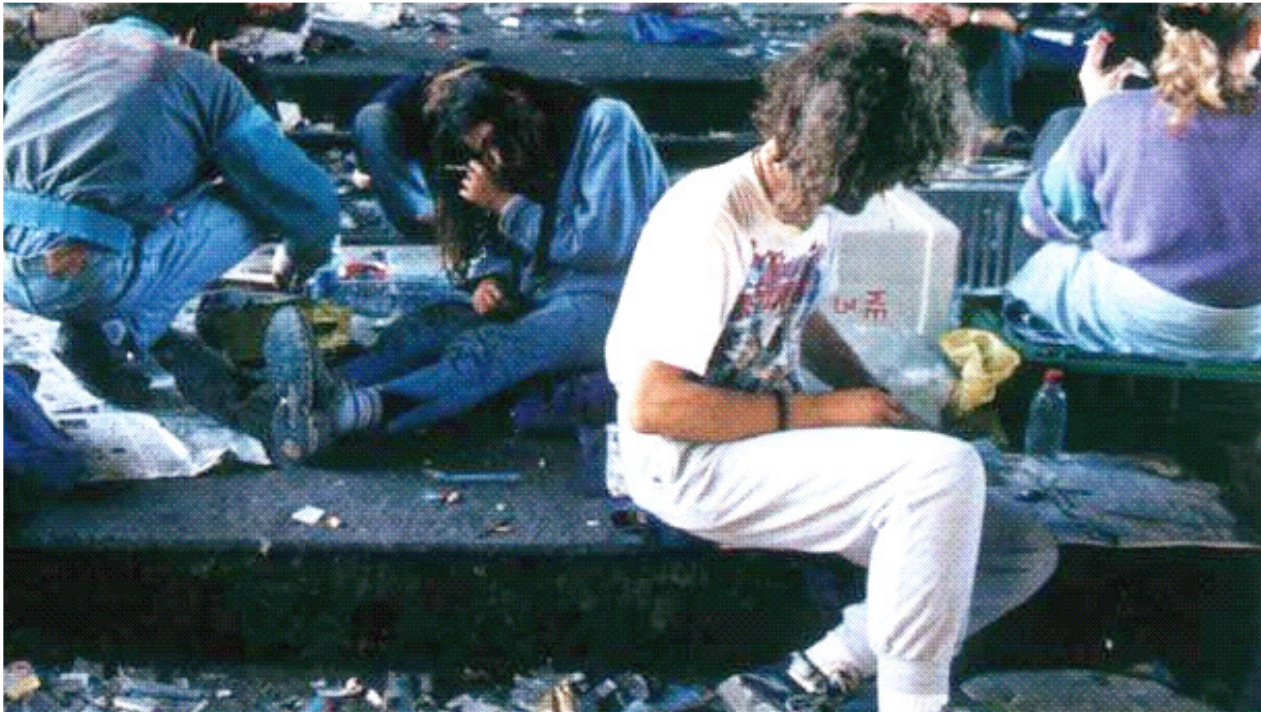
Kenneth M. Dürsteler
Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel



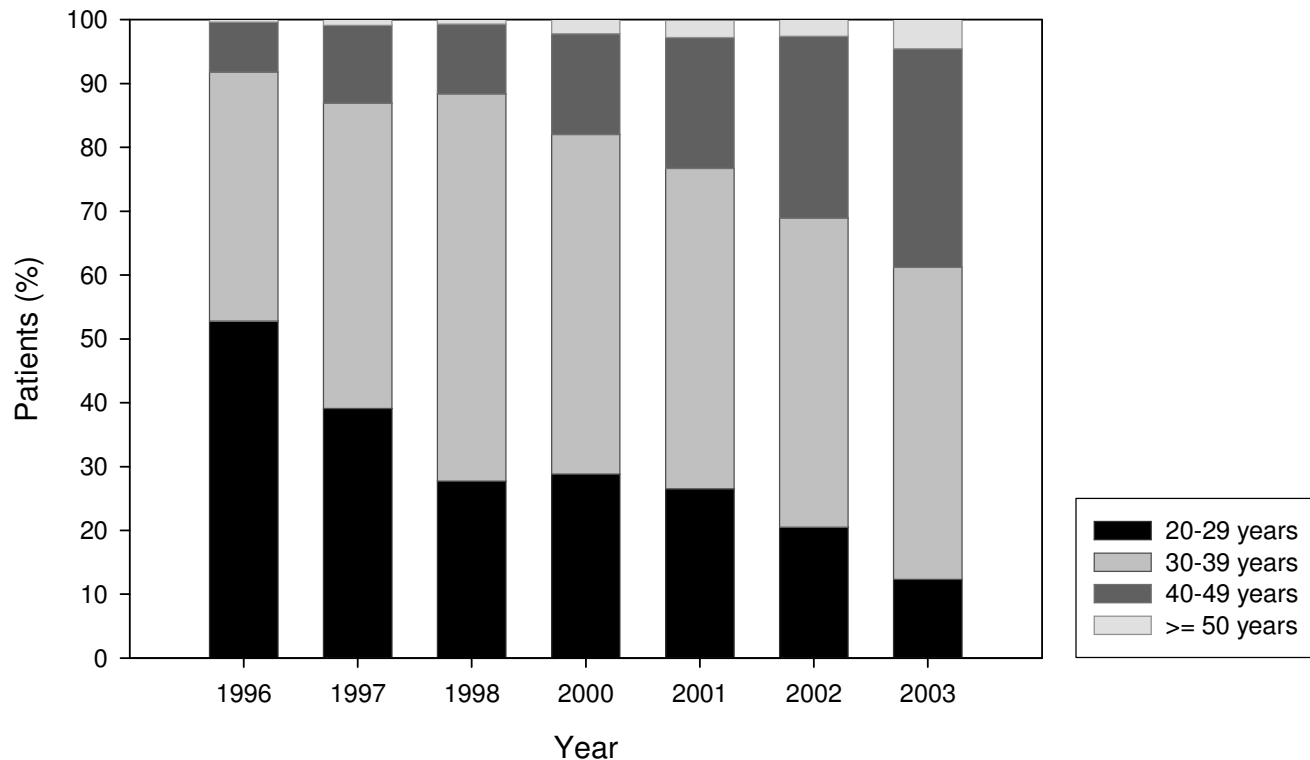
Inhalt

- › **Einleitung und Epidemiologie**
- › Somatik
- › Neurokognition
- › Psyche





Ein alterndes Kollektiv



Durchschnittsalter aller Substitutionspatienten in Basel stieg zwischen 1996 und 2003 von 30.3 auf 38 Jahre; 2003 waren 39% älter als 40 und 4.6% älter als 50; gleichzeitig sank der Anteil der jüngsten Altersgruppe (< 30 Jahre) deutlich.

Dürsteler-MacFarland, Vogel, Wiesbeck & Petitjean (2011). SATPP, 6:9

«Älter» im Kontext der Opioidsubstitution

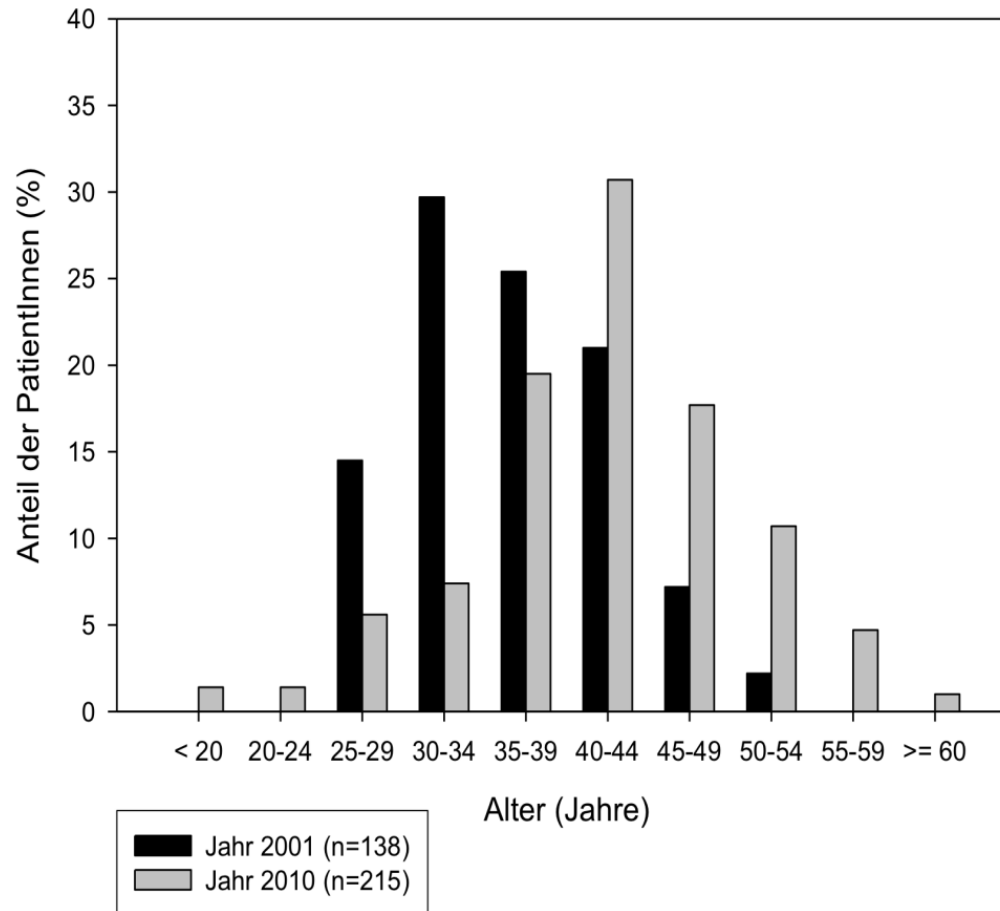
- › keine Standarddefinition von «älter» oder «alt»
- › EBDD schlägt in Anlehnung an europäische Studien Trennwert von 40 Jahren vor (z.B. Beynon et al., 2010; Vogt et al., 2010)
- › US-amerikanische Studien benutzen einen Cut-off-Wert von 50 Jahren oder mehr (z.B. Lofwall et al., 2005; Rajaratnam et al., 2009)

«Die Drogenproblematik kennt keine Altersgrenzen» (EBDD, 10.11.2010)

- › «Daten spezialisierter Drogenbehandlungseinrichtungen und zur Opioidsubstitution zeigen, dass ältere Drogenkonsumierende inzwischen einen wesentlichen Anteil ihrer Patienten ausmachen, wobei dieser in vielen Ländern weiter wächst»
- › «Insbesondere zeigen die Daten zur Substitutionsbehandlung, dass in manchen Ländern über 50% der Patienten älter sind als 40 Jahre»
- › 2009 waren in NL bereits 75% und in GR 61% > 40 Jahre alt

Altersentwicklung des Substitutionskollektivs des ADS der UPK Basel

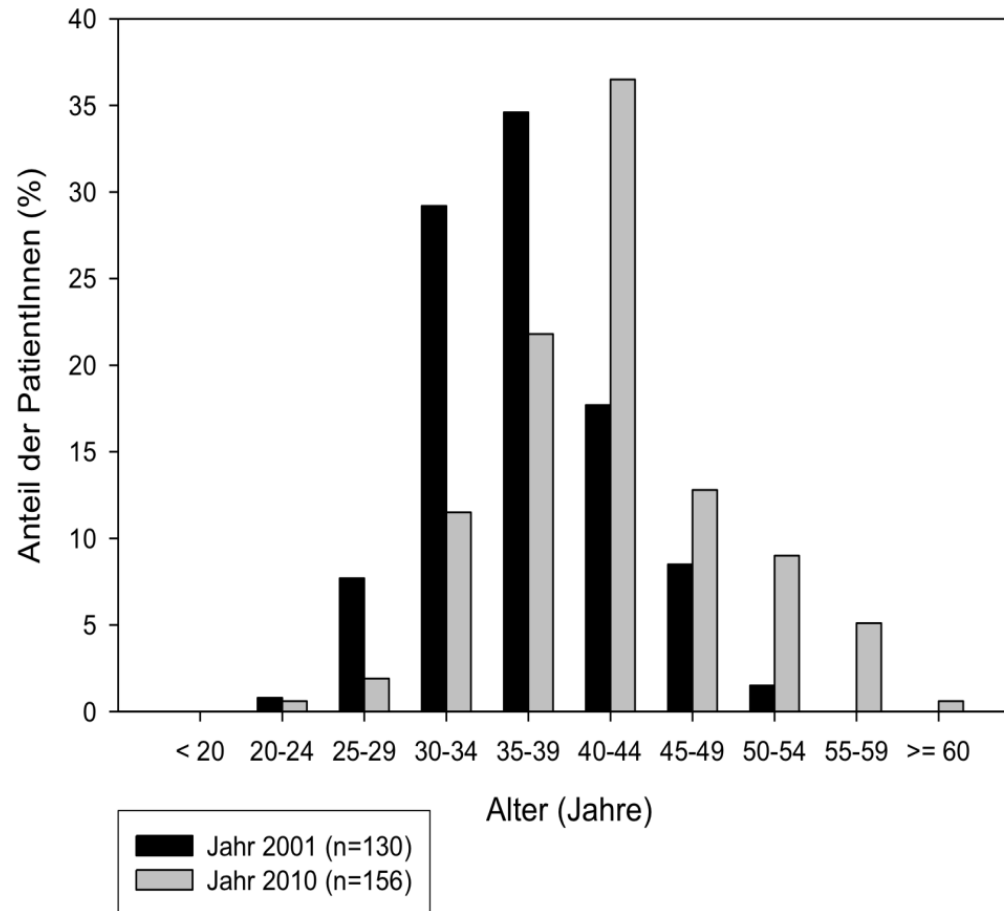
2001 lag das Durchschnittsalter bei 36.1 Jahren, 2010 bei 42.1 Jahren. Im März 2010 waren etwa 65% der PatientInnen über 40 Jahre und 16,5% bereits über 50



Dürsteler-MacFarland, Schmid & Vogel (2010). VPP, 42:611-22

Altersentwicklung des heroingestützten Behandlungskollektivs (UPK Basel)

2001 lag das Durchschnittsalter bei 36.5 Jahren, 2010 bei 41.8 Jahren. Im März 2010 waren rund 64% der PatientInnen über 40 Jahre alt und 15% bereits über 50



Dürsteler-MacFarland et al. (2010)

Mögliche Ursachen

- › gestiegene Lebenserwartung in Substitutionsbehandlung (z.B. van den Brink & Haasen, 2006)
- › schadensmindernde Massnahmen (zur Prävention von Infektionen und Überdosierungen)
- › HIV- und HCV-Behandlung
- › sinkende Inzidenz des Opiatkonsums, zumindest in gewissen Ländern (Nordt & Stohler, 2006)
- › Alterstrend der Allgemeinbevölkerung
- › mehr Ältere in Erstbehandlung (Arndt et al., 2011; Maffli & Delgrande Jordan, 2010)

Ältere opioidsubstituierte Patienten im Vergleich zu jüngeren

- › weniger Therapieabbrüche (Anderson & Warren, 2004; Burns et al., 2009; Davstad et al., 2007; Magura, Nwakeze & Demsky, 1998; Mancino et al., 2010)
- › weniger Opiatbeikonsum (Firoz & Carlson, 2004; Rajaratnam et al., 2009)
- › höhere Dosierungen des Substituts, weniger Dosisänderungen und weniger Totalentzüge (Gurnack, Atkinson & Osgood, 2001; Hiltunen et al., 1995)
- › schlechterer AZ und häufiger medizinische Probleme (Lofwall et al., 2005; Rajaratnam et al., 2009)

Inhalt

- › Einleitung und Epidemiologie
- › **Somatik**
- › Neurokognition
- › Psyche



Somatische Aspekte in der Behandlung



„Vorzeitige“ Alterserscheinungen bei substituierten Patienten

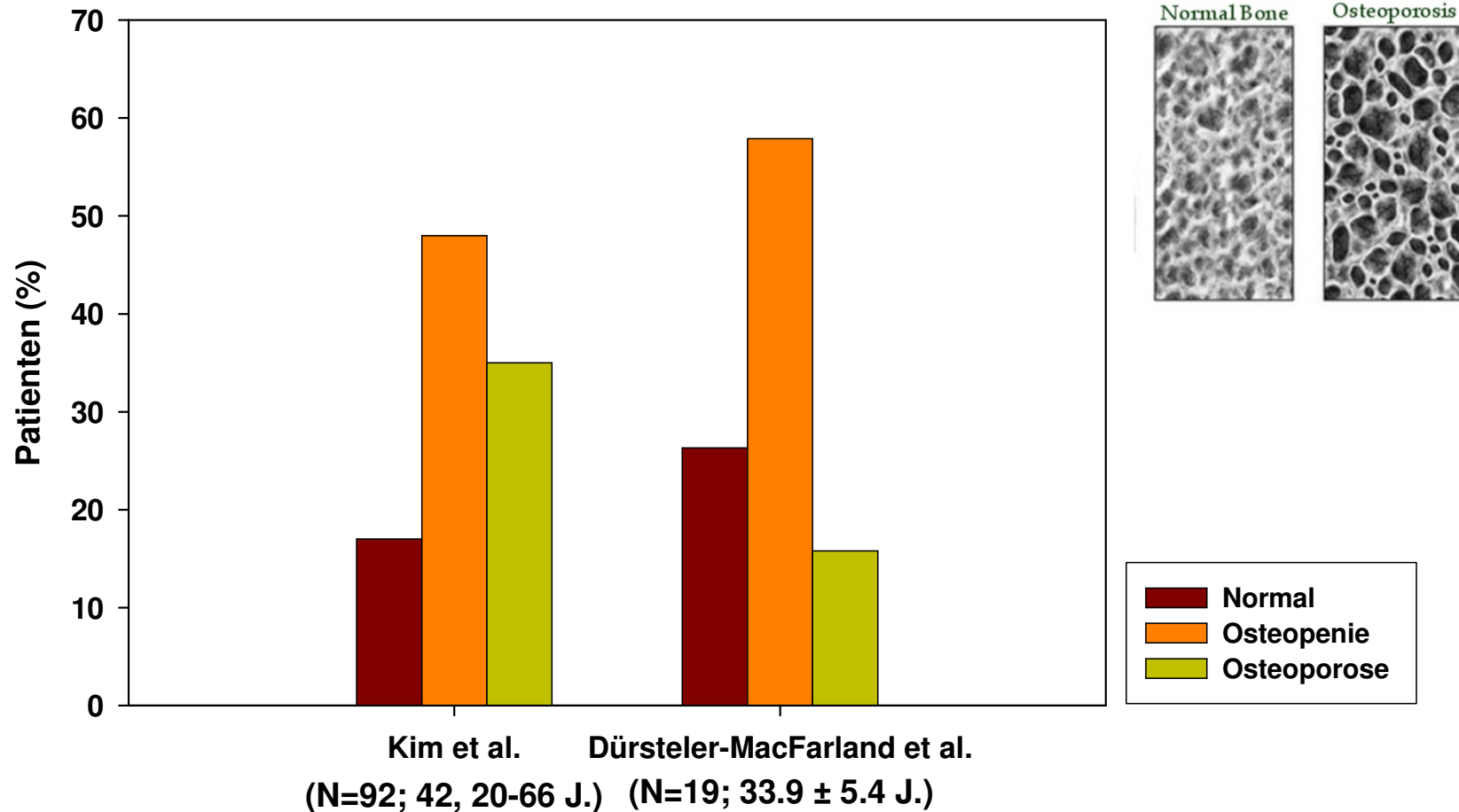
- › vorzeitiges Auftreten typischer Alterserscheinungen und entsprechender Erkrankungen (z.B. Arthritis, Demenz, Diabetes, Gangunsicherheit, Hypertonie, kardiale Probleme, Osteoporose, Veneninsuffizienz; vgl. Chesher et al., 2012; Reece et al., 2010)
- › bei chronischer Aktivierung des Immunsystems und mit Illegalität assoziierten Lebensumständen (Reece, 2007; Bossong, 2007)
- › nur geringer Teil älterer Substituierter hat rglm. Kontakt mit einem somatischen Arzt (Rajaratnam et al., 2009)

Somatische Komorbidität

ADS-Patienten > 45 J. (N=83)

› chronische Hepatitis C	46% (ausgeheilt 25%)
› HIV	13%
› chronische Lungenerkrankungen	13%
› Leberzirrhose	11%
› Blutbildveränderungen	11%
› Neurologische Erkrankungen	10%
› Gastrointestinale Erkrankungen	9%
› Kardiale Erkrankungen	5%
› Demenz/MCI	5%
› andere schwere Erkrankungen	30%

Verminderte Knochendichte



Kim et al. (2006). DAD, 85:258-62; Dürsteler-MacFarland et al. (2011). Drug Alcohol Rev, 30:577-82

Polypharmazie und Wechselwirkungen

- › 44% älterer Substituierter (> 50 Jahre) nehmen drei oder mehr Medikamente zusätzlich zum Substitut vgl. mit 4% der jüngeren (< 34 Jahre) (Lofwall et al., 2005)
- › im ADS der UPK Basel 48% > 50 J.
- › webbasierte Interaktionssoftware (z.B. www.mediq.ch oder www.epocrates.com)

Pharmakologische Bedingungen

- › allgemein im Alter geringerer Wasser- und erhöhter Fettgehalt des Körpers
- › Abnahme der Nieren- und Leberfunktion, insbesondere des First-Pass-Effektes
- › verzögerte Entwicklung der Opioidtoleranz bei alten Ratten (Nozaki et al., 1975; Wang et al., 2005) und älteren Schmerzpatienten (Buntin-Mushock et al., 2005)
- › fehlende Daten zur Substitutionsbehandlung
- › keine Daten zum *Verlust* bzw. Abnahme der Toleranz

Sturzgefahr und Immobilität

- › erhöhtes Sturzrisiko bei alters- und substanzbedingter Gangunsicherheit, evtl. geringer unter Buprenorphin als Methadon oder Morphin (Vestergaard et al., 2006)
- › verminderte Knochendichte bei substituierten Patienten (Arnsten et al., 2007; Dürsteler-MacFarland et al., 2010 Kim et al., 2006)
- › erhöhtes Frakturrisiko
- › vorzeitige Immobilität, z.B. durch Gefässerkrankungen der Beine nach intravenösem Konsum (Pieper et al., 2010)

Immobilität und Pflegebedürftigkeit

- › Anpassung des Settings bei zu Hause lebenden Patienten
 - › längere Mitgaben (z.B. Harris et al., 2006)
 - › gemeinnützige Fahrdienste
 - › Aktivierung sozialer Netzwerke
 - › aufsuchende Pflege durch die substituierenden Institutionen
- › Zusammenarbeit mit (und Schulung von) ambulanten Pflegediensten
- › Eintritt in «normale» Pflegeheime oder spezialisierte Institutionen wie betreuten Wohngruppen

Inhalt

- › Einleitung und Epidemiologie
- › Somatik
- › **Neurokognition**
- › Psyche



Neurokognitive Störungen

- › substanzbedingt (insb. bei multiplem Substanzgebrauch), nur teilweise reversibel (Anthony et al., 2010; Ersche & Sahakian, 2007; Gruber et al., 2007)
- › Hinweise auf höhere Vulnerabilität des alternden Gehirns für substanzbedingte Einschränkungen (Dowling, 2008; Ersche et al., 2012)
- › chronische Infektionskrankheiten (HIV, HCV; Dürsteler-MacFarland et al., 2005; Gonzalez & Cherner, 2008)
- › ätiologische Unterscheidung oft schwierig, meist Folge mehrerer Faktoren

Auswirkung auf die Behandlung

- › Beziehungsebene
- › psychotherapeutische Interventionen
- › Compliance
- › Medikamenteneinnahme
 - › Vermeidung unnötiger Polypharmazie
 - › einfache Dosierungsschemata
 - › Anpassung des Bezugsmodus
 - › Einsatz von Wochendosierer
 - › Ferngesteuerte Abgabe von Schlauchblistern mittels Dispenser Medido®



Neurokognitive Funktionseinbussen

- › betroffen sind v.a. exekutive Funktionen, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Psychomotorik
- › Neurokognitive Reserve- bzw. Kompensationskapazität ist evtl. reduziert (Fein & Di Sclafani, 2004)
- › regelmässige neuropsychologische Verlaufsuntersuchungen (z.B., MoCA, DemTect) können frühzeitige Erkennung erleichtern und therapeutische Missverständnisse vermeiden helfen
- › insb. bei leichter kognitiver Störung (MCI) oder beginnender Demenz: Anpassung der Medikation, Reduktion von BZD

Inhalt

- › Einleitung und Epidemiologie
- › Somatik
- › Neurokognition
- › **Psyche**



Psychische Komorbidität

- › 24-57% psychische Erkrankung, 17-33% schwere Depression (Vogt et al., 2010; Rosen et al., 2011)
- › Hohe Prävalenz an Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (Rosen et al., 2008)
- › Persistierende Störungen
- › Neuauftreten/Akzentuierung bei zunehmender psychosozialer Belastung und Vereinsamung sowie körperlicher Leistungseinbusse und Erkrankung
- › Studienlage mager, eher keine quantitativen Unterschiede zu jüngeren

Psychische Komorbidität

Patienten von Rosen et al. (>50 J.; 54±4 J.)

Psychische Störungen (letzte 12 Mt.)	Stichprobe (N=140)
Schwere depressive Episode	32.9%
Generalisierte Angststörung	29.7%
Spezifische Phobie	26.4%
Soziale Phobie	16.9%
Agoraphobie	13.6%
Posttraumatische Belastungsstörung	27.8%
mind. eine psychische Störung	57.1%
verschriebene Psychopharmaka	47.1%

Rosen et al. (2008). *Am J Geriatr Psychiatry*, 16,488-97

Psychotherapie bei älteren Substituierten

- › kaum Untersuchungen zur Wirksamkeit bei älteren Substituierten
- › suchtspezifische Interventionen im Allgemeinen mindestens gleich gute Wirksamkeit (Lemke & Moos, 2002, Oslin et al., 2002, Satre et al., 2003)
- › evtl. besseres Outcome der Substitution (Firoz & Carlson, 2004)
- › noch höhere Wirksamkeit „massgeschneiderter“ Interventionen?

Psychotherapeutische Interventionen

- › alters- und störungsspezifisch (z.B. Maercker et al., 2004)
- › vorhandene Verfahren können angepasst werden, z.B.
 - › bewusstes Fokussieren auf ein Thema
 - › Anpassen von Geschwindigkeit, Inhalten, Sitzungszahl, Wiederholungen
 - › multimodale Interventionen
 - › Einbau von Gedächtnishilfen
 - › aufmerksamkeits-erhaltende Strategien
 - › unkonventionelle Settings (z.B. aufsuchend)
 - › geriatrisches Grundwissen
 - › explizite Berücksichtigung vorhandener Kompetenzen

Zur Lektüre empfohlene Literatur / Infos

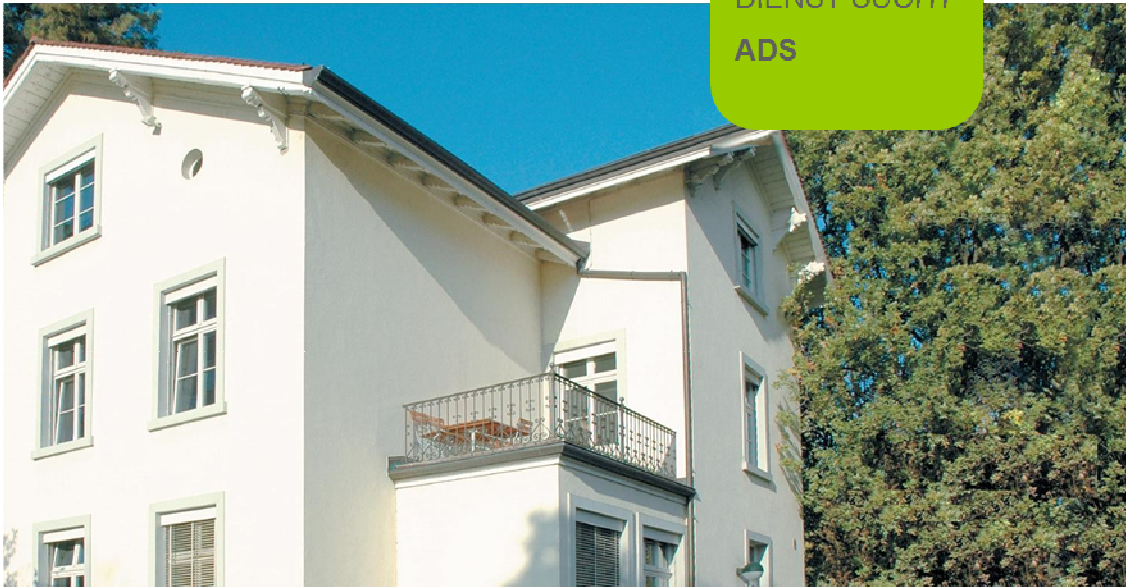
- › Irmgard Vogt: Auch Süchtige altern, fh-Verlag, 2011
- › Dirk K. Wolter: Sucht im Alter – Altern und Sucht, Kohlhammerverlag, 2011
- › SuchtMagazin, Nr. 4/2003 (www.suchtmagazin.ch)
- › SuchtMagazin, Nr. 3/2010
- › SuchtMagazin, Nr. 1/2013
- › <http://www.alterundsucht.ch>



HERZLICHEN DANK FÜR IHR INTERESSE UND IHRE AUFMERKSAMKEIT

AMBULANTER
DIENST SUCHT
ADS

ZENTRUM FÜR
HEROIN-
GESTÜTZTE
BEHANDLUNG
JANUS



kenneth.duersteler@upkbs.ch

www.upkbs.ch