

Der hausärztliche Umgang mit Depression _ Angst _ Sucht

Bettina Wilms

Depression

Wer wendet sich womit an den Hausarzt?

Was ist der Auftrag?

„Was denken Sie, sollte ich Ihrer Meinung nach tun?“

Depression

Wer wendet sich womit an den Hausarzt?

Patienten: kann nicht mehr, keine Kraft mehr, kann nicht Schlafen, kann mich nicht aufraffen

Angehörige: Teilnahmslos, lustlos, traurig....

Was ist der Auftrag? Wieder so wie früher....

„Was denken Sie, sollte ich Ihrer Meinung nach tun?“

Es muss doch irgendein Medikament geben...

Alles, nur keine Medikamente...

Schlaf...

Urlaub...

Krankschreibung...



Was meint ein Mensch, wenn er gegenüber dem Hausarzt das Wort „Depression“ in den Mund nimmt?

Gehen Sie davon aus, dass es etwas anderes sein könnte, als Sie denken!

Greifen Sie also zum Äußersten und fragen Sie nach!

Wichtige Informationen:

„Woran bemerken Sie, dass Sie „depressiv“ sind?

Seit wann ist das so?

Können Sie sich freuen? **Anhedonie**

Ist Ihnen egal, was Ihnen wichtig ist? **Interessenverlust**

Fühlen Sie sich in der **Stimmung** gedrückt?

Können Sie nicht wollen? **Antriebsminderung**

Männer: Erleben Sie sich als reizbarer?

„Nachdenken“ ohne Ergebnis? **Grübeln**

Schlaf? **Durchschlafstörung; Früherwachen**



Carl-von-Basedow
KLINIKUM
Saalekreis gGmbH

Depressive Episoden:

Antriebsminderung, Interessenverlust, Gedrückte Stimmung

2 aus 3!

Dauer: 2 Wochen

Schweregrade:

- Leicht: Pharmakon eher nicht
- Mittelgradig: Pharmakon kann/sollte
- Schwer: Pharmakon muss + ggf. andere biologische
Therapieverfahren

Somatisches Syndrom:

Appetenz: Essen, Sexualität

Gewichtsabnahme

Gefühl der Gefühllosigkeit

Pharmakon muss/oder andere biologische Therapieverfahren

Cave: (angenommene) **Ätiologie ist unwichtig!**

Organische Diagnostik

Labor: Anämie, Schilddrüse

Lebensalter: erstmals jenseits des 60.Lbj.: Bildgebung!

Somatische Komorbidität?

Medikation: β -Blocker, Corticoide?

Cave:

Körperliche Erkrankungen verlaufen unter depressiven

Verstimmungen schlechter!

Wer einsam ist, ist nicht immer offensichtlich depressiv, aber

oft kardio-vaskulär gefährdet!



Carl-von-Basedow
KLINIKUM
Saalekreis gGmbH

Pharmakologische Behandlung: Altes und Neuere

SSRI und Gerinnungshemmer

Dauer der Behandlung

Was macht noch Dämpfung?

Nebenwirkungen

Pharmakologische Behandlung: Altes und Neues

Problem: SSRI und Gerinnungshemmer

Blutungsgefahr eher von Psychiatern gesehen

SSRI: Indikation nach Schlaganfall und Herzinfarkt

Aber auch: SSRI und NSAR

Mögliche Lösungen: Agomelatin, Bupropion, Tianeptin

Pharmakologische Behandlung: Altes und Neuere

Dauer der Behandlung

- Solange es dem Patienten schlecht geht, ist alles gut, aber...
60 % Rezidive innerhalb eines Jahres, wenn zu früh abgesetzt wird

Faustregel: mind 6 Monate die Medikation, die zur Besserung geführt hat, weiterführen

Beginn: „ So kenne ich mich!“

Größte Probleme in der Compliance: Unverständnis des Umfelds (Persönlichkeitsveränderung, Abhängigkeit), Sexuelle Funktionsstörungen (hier ggf. an sog. Drug holidays denken)

Pharmakologische Behandlung: Altes und Neues

Was macht noch Dämpfung?

Mirtazapin

Valdoxan

Substanzen, die eine Renaissance erleben:

Trizyklika: Amitriptylin und Co., auch Trazodon

Pharmakologische Behandlung: Altes und Neues

Nebenwirkungen

- Unruhe (SSRI/SNRI)
- Blutdruck (Venlafaxin)
- Absetzphänomene (SSRI)
- Sexuelle Funktionsstörungen (besonders SSRI)
- Gewichtszunahme (Mirtazapin/Trizyklika/ Quetiapin)
- Anticholinerge NW (besonders Trizyklika)

Pharmakologische Behandlung: Altes und Neues

Milnacipran

Wechsel: Wann und warum eher nicht

Renaissance für Profis: MAO-Hemmer und Lithium

Ketamin

Pharmakologische Behandlung: Altes und Neues

Milnacipran

SNRI/ annähernd 1:1

Vorwiegend renal eliminiert/ kaum Interaktionen mit CYP 450

Günstiges NW –Profil (Sexualität/ Gewicht)

Cave: unkontrollierte Hypertonie, schwere koronare
Herzkrankheit

Dosierung: innerhalb von 2-4 Wochen Aufdosierung zu 100mg

Pharmakologische Behandlung: Altes und Neues

Wechsel: Wann und warum eher nicht...

Ausdosieren unter Spiegelkontrollen ausreichend lange

Wechsel des AD ist bei Nichtansprechen nicht die Alternative der ersten Wahl (S3 Leitlinie!)

Wenn Wechsel: anderes Wirkprofil /Tranylcypromin

Kombination: Mianserin/ Mirtazapin/ Trazodon + SSRI oder TZA

Augmentation: Lithium Evidenzlevel A

(bei Response min 6 Monate) oder retardiertes Quetiapin

Bschor T. Antidepressiva. Wie man sie richtig anwendet und wer sie nicht nehmen sollte.

München: Südwest; 2018



Carl-von-Basedow
KLINIKUM
Saalekreis gGmbH

Pharmakologische Behandlung: Altes und Neues

Renaissance für Profis: irreversible MAO-Hemmer

Tranylcypromin (Jatrosom)

NW: größtes Problem: Tyraminunverträglichkeit

Daher: Diätvorschriften zu einer tyraminarmen Ernährung

...Lithium

Mittel der ersten Wahl in der Phasen- und Suizidprophylaxe

Pharmakologische Behandlung: Altes und Neues

Esketamin

Bewertung uneinheitlich

Inzwischen auch in der ambulanten Behandlung zugelassen:

Spravato®

Cave: Abhängigkeitspotential

Besonderheit: S-Ketamin zur Anästhesie im Rahmen einer EKT

Biologisches Altes

Schlafentzug

Rhythmik 2-3 mal pro Woche

Auch Wachtherapie genannt

Kein Nachschlafen!

Ggf. im Anschluss Schlafphasenvorverlagerung

Biologisches Altes

Elektrokrampftherapie (EKT)

Seit 1934

Auslösung eines epileptischen Anfalls

2-3 mal in der Woche; Serie von 10-12 Behandlungen,
ggf. Erhaltung

Aktuell: Narkose; Beatmung

Indikation: schwere depressive Episoden mit Komplikationen

Biologisches

Ausdauersport: wirksamstes nichtmedikamentöses AD

Studien: Laufen

Prinzip: Aerobes Ausdauertraining

Also auch: Nordic walking, Fahrradfahren, Schwimmen

Umfang: Mässig: 2-3 mal in der Woche!

Psychotherapie

Sprechstunden: 1-3 Termine in 1-6 Einheiten a 25 min

Akuttherapie: bis 24 Einheiten a 25 min (ohne GA und Konsiliarbericht)= KZT I (2-4 Probatorik)

Kurzzeittherapie mit Konsiliarbericht: 12 Einheiten a 50 min = KZT II (2-4 Probatorik)

Langzeittherapie: weitere 60 Einheiten a 50 min incl.
Rezidivprophylaxe bis 2 Jahre nach Ende der
Behandlung

Angst

Wer wendet sich womit an den Hausarzt?

Was ist der Auftrag?

„Was denken Sie, sollte ich Ihrer Meinung nach tun?“

Was meint ein Mensch, wenn er gegenüber dem Hausarzt das Wort „Angst“ in den Mund nimmt?

Gehen Sie davon aus, dass es etwas anderes ist, als Sie denken!

Greifen Sie also zum Äußersten und fragen Sie nach!

Wichtige Informationen:

„Angst“ wovor? (Gefahrannahme)

Wo (Situation)?

„Angst“ wann?

„Angst“ wie lange?

Vegetative Begleitsymptome: Zittern, Schwitzen, Herzrasen...?

Wird etwas vermieden?

Seit wann ist das so?



Was meint ein Mensch, wenn er gegenüber dem Hausarzt das Wort „Angst“ in den Mund nimmt?

Gehen Sie davon aus, dass es etwas anderes ist, als Sie denken!

Greifen Sie also zum Äußersten und fragen Sie nach!

Wichtige Informationen:

Wie ist die Stimmung? (blöder Witz?)

Wie sind die Nächte? (Früherwachen?)

Ungerichtete Versagensbefürchtungen?

Generalisierende Angst: Alles/Immer?

Was meint ein Mensch, wenn er gegenüber dem Hausarzt das Wort „Angst“ in den Mund nimmt?

Gehen Sie davon aus, dass es etwas anderes ist, als Sie denken!

Greifen Sie also zum Äußersten und fragen Sie nach!

Was sollte aus Sicht des Patienten/der Patientin getan werden?

Organische Diagnostik?

Überweisung? Zu wem?

Andere bitten, Verständnis zu haben, Rücksicht zu nehmen?

Zu bestätigen, dass Mensch nicht verrückt ist?....



Was meint ein Mensch, wenn er gegenüber dem Hausarzt das Wort „Angst“ in den Mund nimmt?

Grundsätzliches:

Die meisten psychischen Störungen gehen mit irgendeiner Form von Ängsten oder Befürchtungen einher!

Angsterkrankungen (also ein Teil von diesen!) sind mit Psychotherapie gut behandelbar.

Nicht überall, wo „Angst“ drauf steht, ist auch „Angst“ drin!

Wenn irgend möglich, keine Benzodiazepine

Gern Verweis auf online-Programme, wenn Angst Teil einer depressiven Verstimmung ist (z.B. Mood Gym)



Was meint ein Mensch, wenn er gegenüber dem Hausarzt das Wort „Angst“ in den Mund nimmt?

Grundsätzliches zu „Panikattacken“:

- Häufig (im Sinne der Lebenszeitprävalenz einer Attacke)
- Nicht länger als 30 min
- Gefahrannahmen: Sterben, Umfallen, Verrückt werden
- Vegetative Beschwerden
- Vermeidungsverhalten

Ärztliche Information:

Ganz gemein, nicht gefährlich, geht von allein wieder weg. (Ohne Diazepam oder EKG...)

**Ohne Belastung nicht denkbar
(Workoholic, Sorgenprofi, Dauerärgernis o.ä.)**



Sucht

Wer wendet sich womit an den Hausarzt?

Was ist der Auftrag?

„Was denken Sie, sollte ich Ihrer Meinung nach tun?“

Was heißt eigentlich „süchtig“?

Für wen?

Sie

Ihre Mitarbeitenden

Angehörige

Arbeitskollegen

Vorgesetzte

Patient/in selbst

?

**Cave: Suchterkrankungen unterliegen einer erheblichen
Stigmatisierung (insbesondere im medizinischen
Kontext)**

Suchterkrankungen unterliegen einer erheblichen Stigmatisierung

Daraus ergeben sich leicht folgende Fehler im Kontakt:

- Patienten/ Angehörige vor der Diagnose schützen wollen
- Patienten/Angehörige vor der Behandlung schützen wollen („Da gehören Sie nicht hin!“)
- Übermotivation seitens der Behandler/Kontext vs. Ambivalenz der Betroffenen
- Pädagogische Haltung mit Gefahr der Frustration wenn Pat. nicht tut, was er oder sie sollte

Wie umgehen mit „süchtig“ im allgemeinmedizinisch hausärztlichen Zusammenhang?

Kontakt: zum Patienten/in, anderen Auftraggebern –

Wie kann Kontakt gelingen ohne Abbrüche zu erzeugen?

Diagnose:

ICD 10 aufmerksam lesen! Es handelt sich um Erkrankungen, nicht um Charakterschwächen!

Somatische Folgeerkrankungen im Blick behalten.

Kontext:

Familie, Arbeit, Freizeit und soziale Bezüge nicht aus dem Blick verlieren

Querschnitt vs. Längsschnitt

Psychiatrische Einschätzungen und Diagnosen am Querschnitt sind meistens ein Fehler



Wie umgehen mit „süchtig“ im allgemeinmedizinisch hausärztlichen Zusammenhang?

Sie können sicher sein, dass:

Sie nicht die einzige Person sind, die dem Pat. sagt, dass er/ sie ein Problem hat

Sie bezüglich des Ausmaßes des Suchtmittelkonsums oft keine verwehrtbaren Aussagen vom Betroffenen erhalten

Crystal Meth in der Mitte der Gesellschaft angekommen ist

Nutzer einer illegalen Substanz zu einer aussterbenden Spezies gehören

Wie umgehen mit „süchtig“ im allgemeinmedizinisch hausärztlichen Zusammenhang?

Do n'ts:

Dem Pat. sagen, was er tun soll

Einen Entgiftungstermin vereinbaren

Nach der 40+ten Entgiftung sagen, dass man nichts mehr tun kann

Schimpfen, sich ärgern

Ausführliche Gespräche mit Intoxikierten führen

Ambulant Ditraneurin verordnen: **nie!**

Wie umgehen mit „süchtig“ im allgemeinmedizinisch hausärztlichen Zusammenhang?

Do's:

Den Pat. beraten, das Problem (immer wieder) benennen

Selbsthilfegruppe empfehlen

Suchtberatung empfehlen

Diagnostik und Behandlung von Folgeerkrankungen

Keine Einweisung, wenn der Pat. dies nicht wünscht

**Gespräche mit Intoxikierten: Redundante Sätze;
Subjekt Prädikat Objekt**

Beharrlich und freundlich bleiben



Manchmal hilft dieser Satz (oder so ähnlich)...

Eine Suchterkrankung hält für die Betroffenen eine besondere Chance bereit:

Es ist die einzige chronische Erkrankung, die mensch aus eigener Kraft zum Stillstand bringen kann.

wir sollten nur nicht beleidigt sein, wenn die Kraft mal nicht ausreicht...



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

