

Abhängigkeitserkrankungen

Vorstellung der Klinik: Struktur und aktuelle Forschungsprojekte

Alkohol: allgemeine Aspekte/Therapie

Alkohol: Comorbidität

Organisation

- Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Suchtpsychiatrie

Gerontopsychiatrie

Allgemeine Psychiatrie

Tageskliniken (Lübbecke, Minden, Bad Oeynhausen ab 4/2018)

Psychiatrische Institutsambulanz

- Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Suchtpsychiatrie

- Station 3a mit 31 Betten (05741-354301)
- Alkoholabhängige Patienten ca. 1100 Aufnahmen/anno
- Drogenabhängige Patienten ca. 250 Aufnahmen/anno
- Behandlung von komorbiden Störungen
- Sprechstunde im Rahmen der PIA

Suchtpsychiatrie

- Qualifizierte Entzugsbehandlung - multimodales
Therapiekonzept:
Gruppen- und Einzelpsychotherapie
PC gestütztes Expositionstraining ab 2018
Entspannungsverfahren
Psychoedukation/Motivational interviewing
Bewegungsorientierte Therapieverfahren
Ergotherapie
Pharmakotherapie, etc.

Suchtpsychiatrie

- Aktuelle Forschungsprojekte im Bereich Sucht:

Stigmatisierung von Patienten und
Therapeuten (in Kooperation mit MHH)

Einfluss von rTMS auf Craving

Stigmatisierung

	Studierende	Med. Personal	Betroffene
Charaktereigenschaften	2,72 (0,12)	2,79 (0,11)	3,4 (0,09)
Selbstverschulden	3,79 (0,10)	3,60 (0,09)	4,24 (0,08)
Gefährlichkeit	3,38 (0,11)	3,28 (0,10)	4,34 (0,09)
Prognose	5,14 (0,14)	4,78 (0,13)	3,91 (0,11)
Soziale Ursachen	4,11 (0,73)	4,08 (0,82)	3,88 (0,80)
Neurobiologische Ursachen	2,57 (1,08)	3,22 (1,23)	3,55 (1,31)

Mittelwerte (Standardfehler) der Punktwerte (6-stufige Likert-Skala) der Einstellungen gegenüber Menschen, die an einer Alkoholabhängigkeit leiden:

Charaktereigenschaften: Hoher Punktwert pos. Charaktereigenschaften; niedriger Punktwert neg. Charaktereigenschaften;

Selbstverschulden: Hoher Punktwert: Ablehnung; niedriger Punktwert: Zustimmung, dass Alkoholabhängigkeit selbstverschuldet ist

Gefährlichkeit: Hoher Punktwert: Ablehnung; niedriger Punktwert: Zustimmung, dass alkoholabhängige Menschen gefährlich sind;

Prognose: Hoher Punktwert: gute Prognose; niedriger Punktwert: schlechte Prognose der Alkoholabhängigkeit

Neurobiologische Ursachen: Hoher Punktwert: Zustimmung; niedriger Punktwert: Ablehnung

Allgemeine Aspekte

- Genetik (Konkordanzraten $< 100\%$, Genetik gleichbedeutend wie Umgebungsfaktoren – Epigenetik, etc.)
- Psychologie (Lern- bzw. Konditionierungsprozesse, etc.)
- Soziologie (in allen Schichten vergleichbar, gesellschaftliche Akzeptanz, arme Trinker sterben früher, etc)
- Neurobiologie (endogenes Belohnersystem, etc.)

Alkoholabhängigkeit

Epidemiologie

Ca. 10 Liter reinen Alkohol/Jahr – Platz 6 weltweit

Ca. 1,3 Millionen Menschen sind alkoholabhängig

Ca. 2,0 Millionen betreiben Alkoholmissbrauch

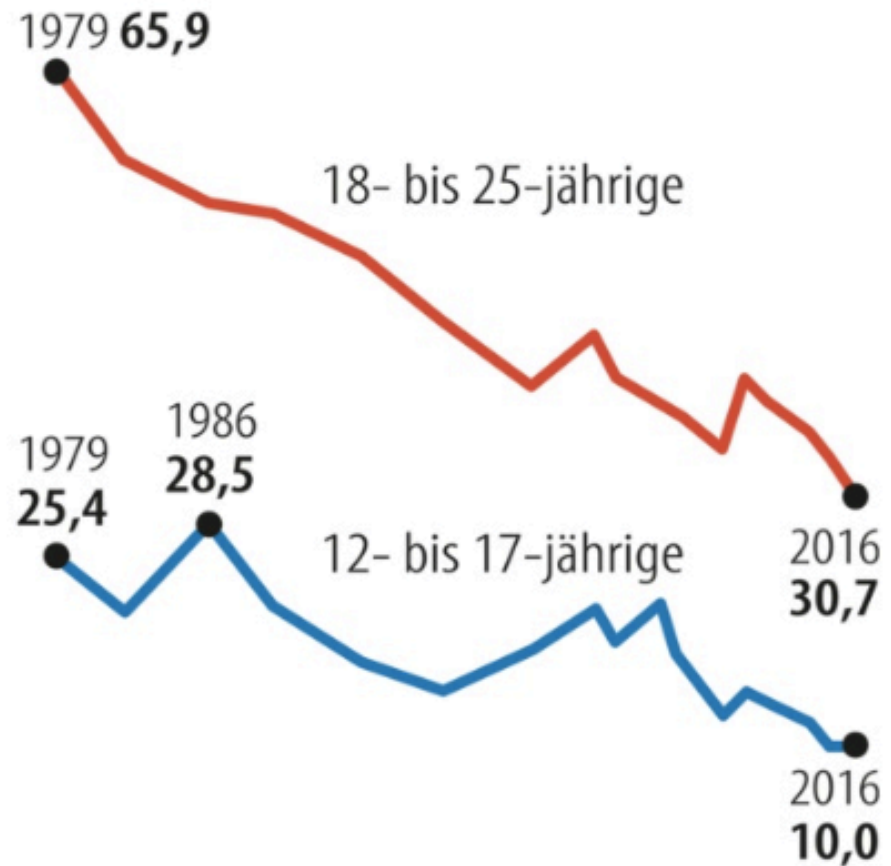
Ca. 9,5 Millionen betreiben riskanten Konsum

Alkoholabhängigkeit

Epidemiologie

Junge Menschen trinken weniger Alkohol

Regelmäßiger Alkoholkonsum (in Prozent)



Quelle: BZgA/F.A.Z.-Grafik swa.

Typ I:

eher von Umweltfaktoren
abhängig

später Beginn

(nach dem 25. Lebensjahr)

bei beiden Geschlechtern
vorkommend

eher milder Verlauf der
Alkoholabhängigkeit

hohe „Belohnungsab-
hängigkeit“

hohe „Schadensvermei-
dung“

niedriges „sensation seeking“

Typ II:

eher von hereditären Fak-
toren abhängig

früher Beginn

(vor dem 25. Lebensjahr)

auf männliches Geschlecht
begrenzt

eher schwerer Verlauf des
Alkoholabhängigkeit

niedrige Belohnungsab-
hängigkeit“

niedrige „Schadenvermei-
dung“

hohes „sensation seeking“

M. Schuckit: wenig negative Folgen des Alkoholkonsums > Alarmsignal für den Körper fehlt – Unterfunktion des serotonergen Systems

Alkoholabhängigkeit

Diagnostik

ICD 10 Kriterien (innerhalb des letzten Jahres 3 oder mehr Kriterien erfüllt) DD: risikoarmer Konsum, riskanter Konsum (24g M, 12g F), binge drinking (5 drinks M/4drinks F), schädlicher Konsum.

Fragebogen: z.B. Münchner Alkoholismustest, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Biologische Marker: CDT, MCV, γ -GT, GPT, GOT, EtG Blut einige Stunden, Urin bis 72 Stunden - Stoffwechselprodukt des Alkohols)

Therapie

- Bei *riskantem Konsum* gilt die "Minimal-Intervention" ("very brief intervention")
- einmaliger Kontakt von 5-20 Minuten,
- Hinweis auf die Risiken
- Empfehlung zur Verminderung der Trinkmenge (auf Mengen unterhalb der vorgegebenen Grenzwerte, d.h. 30g bei Männern, 20 g bei Frauen)
- trinkfreie Tage.

Therapie

- Bei *schädlichem Gebrauch*
- beinhaltet mehrere Kontakte:
- Vermittlung der Untersuchungsergebnisse und der Diagnose
- Rat zur Trinkmengenverminderung ("kontrolliertes Trinken"),
- Trinkpause oder Abstinenz

Therapie

- **Motivierende Gesprächsführung**
- 5 Prinzipien sind: (1) Empathie, (2) Widersprüche aufzeigen, (3) Wortgefechte vermeiden, (4) nachgiebig auf Widerstand reagieren, (5) Selbstwirksamkeit.
- Feedback (Rückmeldung persönlicher Informationen),
Responsibility (Eigenverantwortung für Veränderung),
Advice (klarer Ratschlag),
Menu (Auswahl verschiedener Behandlungsmöglichkeiten),
Empathy (Empathie),
Self-efficacy (Selbstwirksamkeit).

Therapie des Alkoholentzuges - medikamentös

- Alkoholentzug (je nach Schwere)
 - Benzodiazepine
 - Clomethiazol
- Antikonvulsiva (bei Krampfanfällen)
 - ggf. Neuroleptika im Delir

Therapie - Anticraving

- Arzneimittel zur Verminderung des Rückfallrisikos
 - *Acamprosate*
 - *Naltrexone*
 - *Nalmefene*
 - *Baclofen (?)*
 - *Disulfiram (?)*

Therapie

- Entwöhnungsbehandlung (stationär/ambulant)
 - Besuch von Selbsthilfegruppen
- Ambulante Nachsorgen (auch z.B. SPD)

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität:

*Ist psychiatrische Komorbidität ein seltenes
Phänomen?*

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität:

Beispiele für Schwierigkeiten bei der Diagnostik komorbider Störungen

**Psychische Befindlichkeit wird durch den Konsum
von psychotropen Substanzen modifiziert**

**Psychische Störungen können durch den Konsum
psychotroper Substanzen ausgelöst werden**

**Wiederkehrende Entzugssymptome können
psychiatrische Störungsbilder imitieren (z.B. beim
Benzodiazepinentzug)**

Main psychiatric comorbidity (Axis I) of 556 alcohol-dependent patients

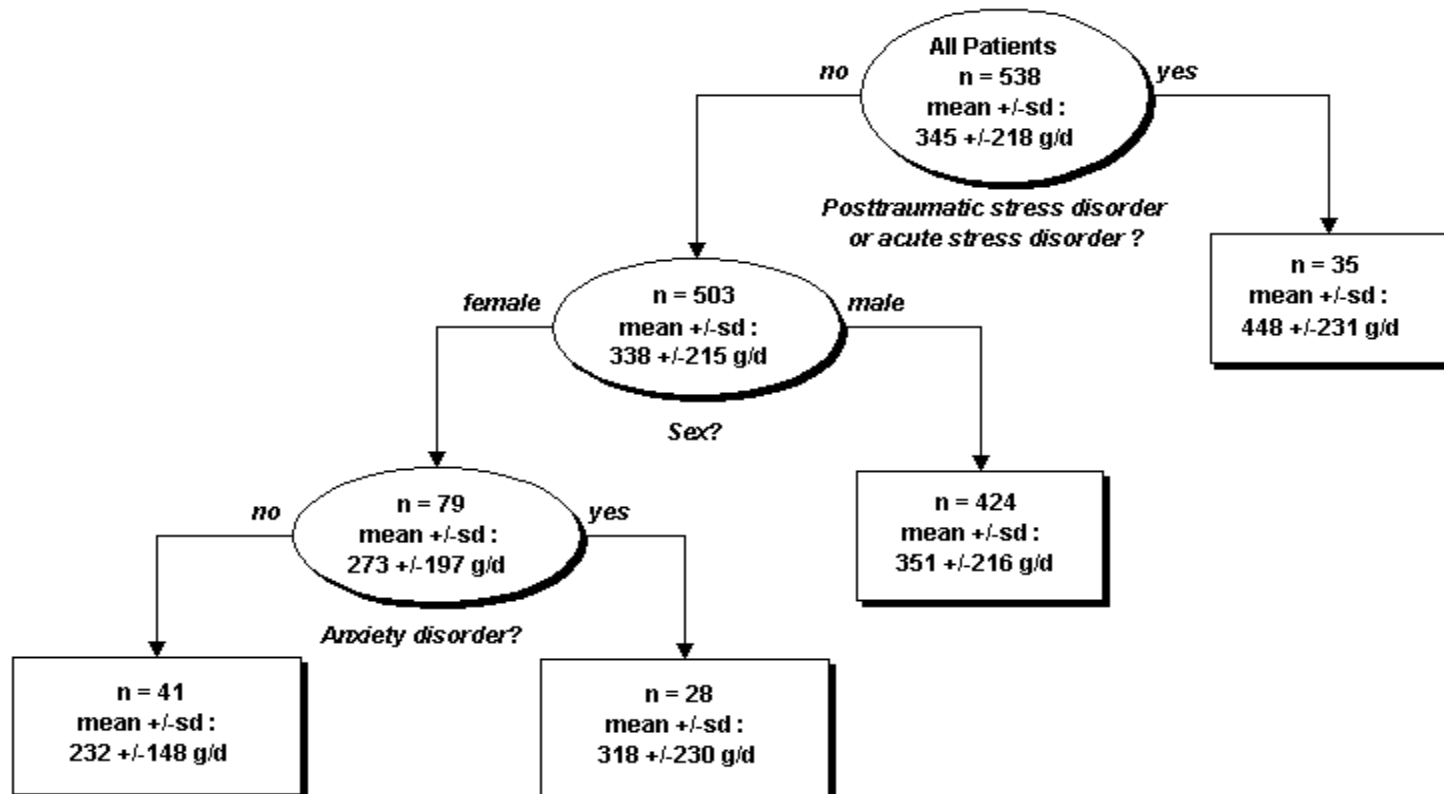
	<u>% of all patients with disorder</u>
Collectively	53.1
Anxiety disorder	42.3
Affective disorder	24.3
Obsessive-compulsive disorder	2.2
Stress disorder	6.3
Somatization disorder	3.4

Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany.

Schneider U¹, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, Bimber U, Broese T, Broocks A, Burtscheidt W, Cimander KF, Degkwitz P, Driessen M, Ehrenreich H, Fischbach E, Folkerts H, Frank H, Gurth D, Havemann-Reinecke U, Heber W, Heuer J, Hingsammer A, Jacobs S, Krampe H, Lange W, Lay T, Leimbach M, Lemke MR, Leweke M, Mangholz A, Massing W, Meyenberg R, Porzig J, Quattert T, Redner C, Ritzel G, Rollnik JD, Sauvageoll R, Schläfke D, Schmid G, Schröder H, Schwichtenberg U, Schwoon D, Seifert J, Sickelmann I, Sieveking CF, Spieß C, Stiegemann HH, Stracke R, Straetgen HD, Subkowski P, Thomasius R, Tretzel H, Verner LJ, Vitens J, Wagner T, Weirich S, Weiss I, Wendorff T, Wetterling T, Wiese B, Wittfoot J.

TREE-ANALYSES

Gram of pure alcohol/day



The figure shows the amount of alcohol consumed (in g/d) in relation to comorbid disorders and sex. From all patients those with a stress disorder consumed more alcohol than those without. In this group male patients drank more alcohol than females. From female patients those with an anxiety disorder drank more than those without.

Limitations

- Berkson bias (greater treatment seeking behavior)**
- Minimum delay between starting sobriety and assessment was short**
- Prolonged withdrawal symptoms**
- Retrospective evaluation**

Conclusions

This data are not qualified to contribute to the debate over the impact of anxiety and stress disorders in the pathogenesis of alcoholism

PTSD in alcoholic patients and anxiety disorder in female patients are substantially associated with the course and severity of alcoholism

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität:

**Sind Kenntnisse über den
Zusammenhang zwischen zusätzlichen
psychischen Störungen und dem Verlauf
der Alkoholabhängigkeit von
therapeutischer Bedeutung?**

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität

Rückfall

**n=100, U1 ca. 3 Wochen nach Beginn der Abstinenz, U2 nach ca. 6 Monaten: Hohe Rückfallrate (60.5% vs. 26.7 bei Komorbidität), insbesondere wenn hoher Wert im STAI X2 (trait) bei U1, komorbide Depression oder Angststörung
(Driessen et al 2001)**

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität:

Therapie bei psychiatrischer Komorbidität

Psychotherapie

***CBT besserte Depression und reduzierte
Alkoholkonsum (Brown 2000)***

***Therapeuten kombinieren oft kognitiv-behaviorale
Therapien mit motivationalen Elementen (Kranzler et al.
2003)***

***Patienten aus „high-intensity programs“ hatten
einen besseren outcome als Patienten aus einem
„low-intensity program“ (Timko et al. 2003)***

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität:

Therapie bei psychiatrischer Komorbidität

Alkoholabhängigkeit

und

Angsterkrankungen

Studie mit 34 Patienten mit Doppeldiagnose (Phobie)

***Behandlung mit CBT: Alkoholabhängigkeit und Phobie vs
Alkoholabhängigkeit***

Ergebnisse:

***Männliche Alkohol Kranke mit phobischen Störungen scheinen
besonders von CBT zu profitieren:***

- Alkoholabhängigkeit nach 25 Lj.***
- in Beschäftigung***
- niedrige generelle Psychopathologiewerte (SCL 90R)***

(Eur Addict Res 2007)

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität:

Therapie bei psychiatrischer Komorbidität

Insgesamt ist die Datenlage zu dürftig, um eine spezielle Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit und komorbider Störung zu empfehlen

Psychotherapie

- MATCH- Studie: weltweit größte alkoholbez. Psychotherapiestudie:
(Beginn 1989, 30 Mill. Dollar, 1726 Pat. Dauer 8 Jahre)
 - 12 Stufenprogramm der AA
 - Kognitive Verhaltenstherapie
 - Motivationstherapie
- Ergebnis: Therapie ist besser als keine Therapie!

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität:

Therapie bei psychiatrischer Komorbidität

Alkoholabhängigkeit

und

Angsterkrankungen

Buspirone (partieller 5-HT-1A Agonist) (Bruno 1989, Tollefson 1992, Malcolm 1992 Kranzler 1994) In drei von 4 Studien Besserung der Angststörung und positiver Einfluss auf Alkoholkonsum

Studienlage bezüglich anderer Substanzen ist dürftig:

(z.B. SSRI –Randall 2001 –soziale Phobie und Paroxetine-MAO-Hemmer, Tricycl. AD)

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität:

Therapie bei psychiatrischer Komorbidität

Alkoholabhängigkeit

und

Depression

Tricyclische AD (McGrath 1996, Dale 1995, Mason 1996)

Besserung depressiver Symptome, kein Einfluss auf Alkoholkonsum

SSRI (Naranjo 1990, Cornelius 1997, Roy 1998, Moak 2003, Habrat

2007) **Besserung depressiver Symptome und**

Reduktion des Alkoholkonsum (Fluoxetine,

Sertraline), aber auch widersprüchliche

Ergebnisse (Kranzler et al. 2006)

Mirtazapin (Yoon et al. 2006) **Besserung von Angst,**

Depression und Craving

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität:

Therapie bei psychiatrischer Komorbidität

Alkoholabhängigkeit

und

Depression

Datenlage eher dürftig und nicht zu generalisieren

Nebenwirkungsprofil und das geringere

Letalitätsrisiko sprechen für SSRIs

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität:

Therapie bei psychiatrischer Komorbidität

Alkoholabhängigkeit

und

PTSD, Bipolar I-II, ADHS, Suizidalität, Trimorbidität

*Keine größere Anzahl placebo-kontrollierter,
doppel-blinder Therapiestudien*

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität:

Therapie bei psychiatrischer Komorbidität

Alkoholabhängigkeit

und

Schizophrenie

Datenlage sehr dürftig, obwohl ca. 30 % der Schizophrenen „Alkoholprobleme“ aufweisen. Beste Datenlage für Clozapin (Cave: „Überwachungsproblem“)

CAVE: Disulfiram kann zur Exacerbation der Psychose führen über eine Erhöhung des Dopamins durch Blockade der Dopamin- β -hydroxylase.

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität

Schlussfolgerungen I.

„Das Wichtigste ist daran zu denken“

Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität

Schlussfolgerungen II.

1. Daran denken, dass eine Komorbidität den Schweregrad der Abhängigkeit selber beeinflussen kann
 - Die psychiatrische Komorbidität sollte therapiert werden
 - Auswirkungen auf Dauer und Intensität der Behandlung
 - „Suchtstigmatisierung“ von Patienten mit der Primärdiagnose Angststörung bzw. Depression