

ALCOHOL

Sozialmedizin

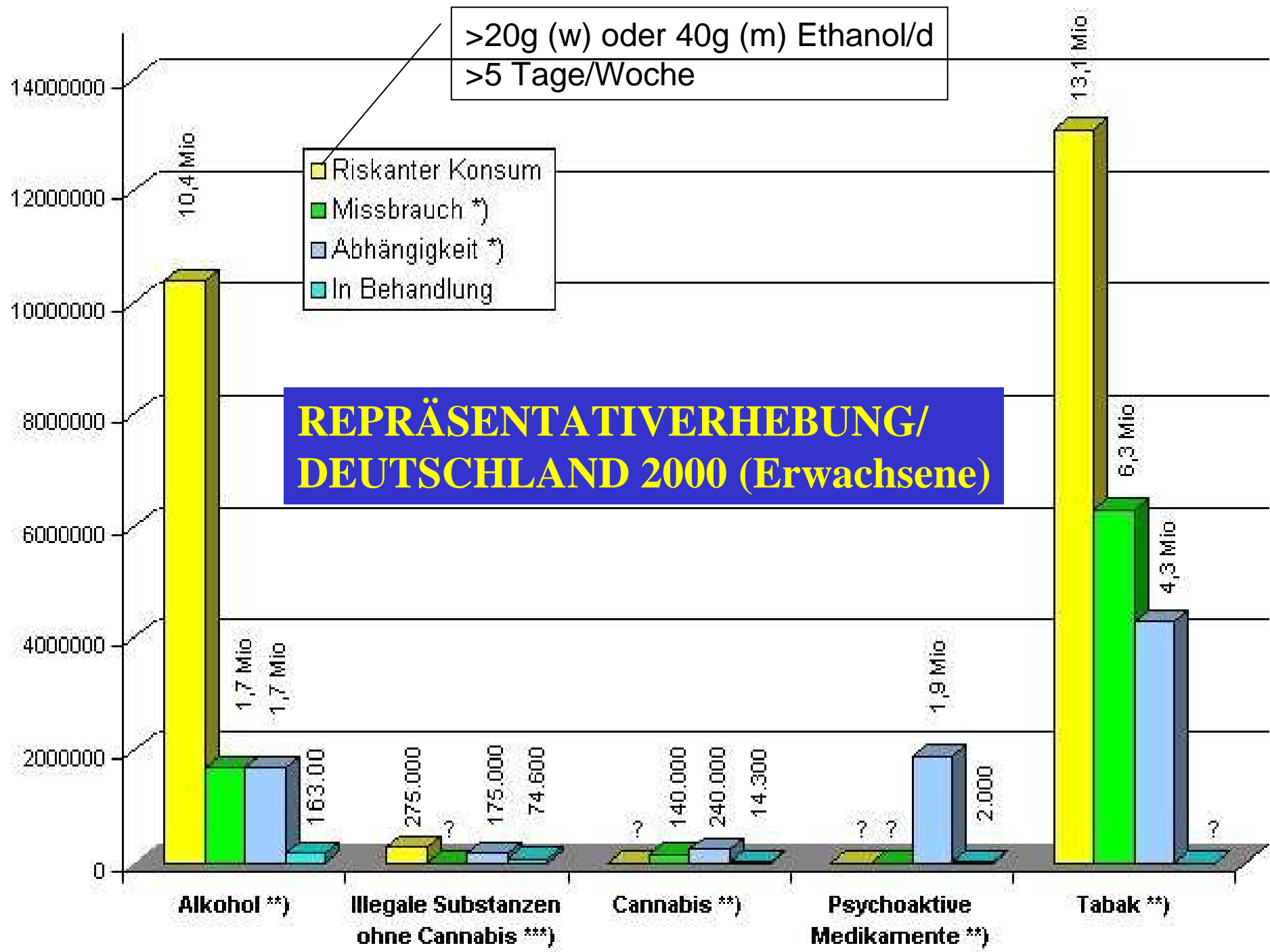
Alkoholkrankheit = sozialmedizinisches Problem Nr. 1

- Fehlzeiten am Arbeitsplatz
 - verringerte Arbeitsleistung
 - Verkehrs- und Betriebsunfälle
 - Krankheits- und Behandlungskosten
 - Produktionsausfall
 - Frühberentung
 - Gesamtbelastung der Gesellschaft:
80 Milliarden DM/Jahr
-
- etwa die Hälfte aller Straftaten
unter Alkoholeinfluß
-
- ca 280 000 Führerscheine werden
im Jahr eingezogen

Epidemiologie: Alkoholabhängigkeit

Alkoholabhängige:

- größte Patientengruppe in Psychiatrischen Kliniken (ca. 30-40% aller Männer)
- ca 15% der Pat in Medizinischen Kliniken
- Lebenserwartung um 15% (ca. 10 Jahre) reduziert
- ca. 40000 Menschen sterben jährlich an den Folgen des Alkoholkonsums



Lebenszeitprävalenzen

| | Europa/USA | Japan* |
|----------------------------|-------------------|--------|
| Substanzstörung | 13,0-26,0% | - |
| Alkoholkrankheit | 13,0-23,0% | 07,6% |
| Drogenkrankheit | 00,9-05,0% | - |
| Affektive Störungen | 05,5-19,3% | - |
| bipolare Störung | 00,2-01,8% | 00,1% |
| Major Depression | 05,9-17,1% | 02,9% |
| Dysthymia | 02,4-06,4% | 01,4% |
| Angststörungen | 09,2-24,5% | - |
| Panikstörung | 01,1-03,8% | 00,5% |
| Agoraphobie | 02,0-08,1% | - |
| Spezifische Phobie | 02,3-11,8% | - |
| Soziale Phobie | 02,0-13,3% | - |
| Schizophrenie | 00,8-1,2% | - |

*Kawakami N et al, Psychiatry Res 2004: 121, 293-301

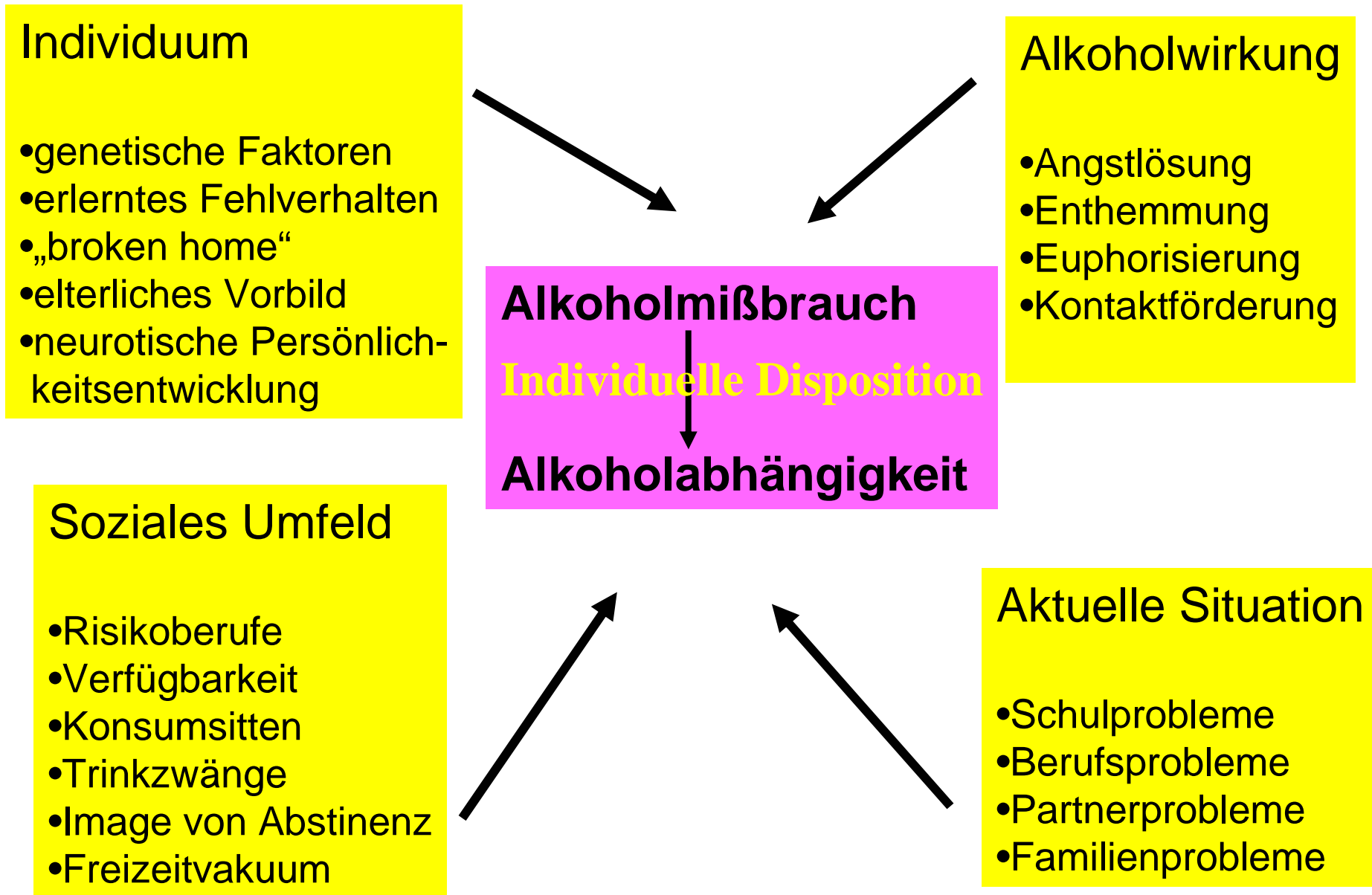
Psychische Komorbidität*

45% aller **Alkoholkranken** komorbide

- Angststörungen
- Depressionen
- Persönlichkeitsstörungen
- seltener Psychosen

*Lebenszeitprävalenz

Entstehungsbedingungen



DIAGNOSE

Diagnoseinstrumente z.B.

- Münchener Alkoholismustest (MALT)
- Cage-Test

Diagnostische Hinweise

(z.B. abgefragt im MALT)

- körperlich

- veg. Entzug
- Übelkeit/Appetitlosigkeit
- Impotenz
- Laborwerte erhöht:
 - γ -GT, GOT, GPT, Harnsäure, Triglyceride, MCV, CDT
- Alkoholfolgen

- abnormes Trinkverhalten

- heimliches, morgendliches Trinken
- Ständiges Trinken
- Häufige Rausche usw.

- psychisch

- Dissimulation/Bagatellisierung
- Depressivität
- Angst
- Innere Unruhe
- Schlafstörung/Ängstlichkeit
- „Nervosität“/Konzentrationsstörung

- sozial

- berufliche Schwierigkeiten/Partnerschaftskonflikte
- Interessenverlust
- mangelnde Hygiene
- beginnende Verwahrlosung

Diagnostische Kriterien für Störungen durch psychotrope Substanzen (ICD 10)

Schädlicher Gebrauch (Mißbrauch)

- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis schädlicher Folgen

Abhängigkeit

(mindestens 3 der folgenden Kriterien):

- Craving (starkes Verlangen)
- Kontrollverlust
- körperliches Entzugssyndrom
- Substanzgebrauch, um Entzugssyndrom zu lindern
- Toleranz (Dosissteigerung)
- Eingeengtes Verhaltensmuster
- Vernachlässigung anderer Interessen
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis schädliche Folgen (körperlich, psychisch)

Komplizierter Alkoholrausch

- unscharfe Definition
- ungewöhnlicher dem BAK sonst nicht entsprechender Rausch
- Hinzutreten einer anderen Schädigung (z.B. schwerer Medikamentenintoxikation, Suizidalität, SHT)

Pathologischer Rausch

- sehr selten
- alkoholinduzierter Dämmerzustand mit v.a. paranoider Symptomatik und unbändigen Erregungszuständen
- endet nach wenigen Stunden im Terminalschlaf
- totale Amnesie
- Trunkenheitssymptome können fehlen
- zerebrale Vorschädigung
- forensische Bedeutung (Differentialdiagnosen !)

Alkoholinduzierte Amnesien („Blackouts“)

- anterograde Amnesien nach stärkerer Alkoholisierung („Fimriß“)

Alkoholentzugssyndrom (AES)

Dauer: 3-28 Tage

Psychisch

- Craving
- Konzentrationsstörung
- Angst
- Innere Unruhe („Nervosität“)
- Depression oder Affektlabilität
- Schlafstörung

Körperlich

- Hyperhidrosis
- Tachykardie
- Übelkeit
- Art Hypertonie
- Tremor
- Pollakisurie
- Diarrhoe
- Spannungskopfschmerzen
- Rückenschmerzen

Haupt-Komplikationen

- Delir
- Entzugskrampfanfall
- Rhabdomyolyse

Schema für die Behandlung des mittelgradigen bis schweren AES mit **Clomethiazol** (Distraneurin®)^a

1. Beginn mit 2-4 Kps
2. Nachmedikation frühestens nach 30 min auf max 6-8 Kps/2h
3. Symptomorientierte Aufdosierung mit max 2 Kps/2h bis max 24 Kps/24h
4. Eventuell Plateauphase unter Dosiserhaltung für 2-4 Tage
5. Dosisreduktion um 2 Kps/24h bereits ab Tag 2 möglich
6. Behandlungsdauer von 14 Tagen sollte nicht überschritten werden

^a regelmäßige Kreislaufkontrollen in der Aufdosierungsphase
passager 2x100 mg Thiamin oral, bei Malbsorbtion i.m. (Vit B1)
wenn epilept. Anfälle in der Vorgeschichte: passager 3-4x200 mg CBZ-Susp

Benzodiazepine in der AES-Behandlung

| Substanz | HWZ (h) | Dosis/d (mg) |
|---------------------------------|------------------------|------------------------|
| Alprazolam (Tafil) | 10-15h ¹ | 2-8 |
| Chlordiazepoxid (z.B. Librium) | 36-96h ^{1,3} | 100-400 |
| Diazepam (z.B. Valium) | 20-40h ^{1,3} | 20-80 z.T. 500-1000 |
| Dikaliumclorazepat (Tranxilium) | 50-100h ^{1,3} | 20-80 z.T. 500-1000 |
| Oxazepam (z.B. Adumbran) | 4-15h ² | 60-240 |
| Lorazepam (z.B. Tavor) | 12-15h ² | 4-16 |

¹ Abbau durch Oxidation

² Abbau durch Konjugation

³ Aktiver Metabolit Nordiazepam mit HWZ: 50-100h

Psychiatrische Folgeschäden

Alkoholluzinose

- selten
- tritt während oder unmittelbar nach dem Trinken auf
- akustische Halluzinationen
- oft kurz, kann aber auch chronifizieren
- zerebrale Vorschädigung?
- Behandlung mit hochpotenten Neuroleptika

Psychiatrische Folgeschäden

Alkoholentzugsdelir

- nach Absetzen oder Reduktion hoher Trinkmengen meist innerhalb 1 Woche
- Prodromi: starker veg Entzug („Prädelir“)
- klassische Symptome
 - Bewußtseinsstörung/Verwirrtheit
 - Halluzinationen (v.a. szenisch-optische)
 - starker Tremor
 - Wahnvorstellungen
 - veg. Übererregbarkeit
 - erhöhte Suggestibilität
 - Unruhe und Schlaflosigkeit
- Dauer: 3-10 Tage
- unbehandelt lebensbedrohlich (ca. 20% sterben an Herz-Kreislaufversagen, Pneumonie etc.)
- Differentialdiagnose (anticholinerges Delir, Intox.)

Beginn: 1-3 Tage nach dem letzten Konsum
bzw. in der Intoxikation

Hauptkomplikationen:

- Elektrolytentgleisungen
- Nierenversagen
- Maligne Herzrhythmusstörungen

Letalität: unbehandelt ca. 10-20%)

Zusatzdiagnostik:

Labor

TSH

Drogenscreening im Urin

EKG

Körpertemperatur

RR

ggf: CCT, EEG, LP

Behandlung:

- Haloperidol
- Clomethiazol
- Benzodiazepine
- Elektrolytausgleich
- Flüssigkeit

Weitere zentrale neuropsychiatrische Folgeschäden

Amnestisches Syndrom (Korsakow-Psychose)

- Beweise für chronischen und hochdosierten Konsum von Alkohol (oder psychotropen Substanzen)
- Beeinträchtigung von Kurz- und Langzeitgedächtnis
- eventuell Konfabulationen, Wesensänderung
- i.d.R. irreversibel (Demenz)
- in der Abstinenz aber auch eine gewisse Reversibilität möglich

Organische Persönlichkeitsveränderung

- bei chronischem Alkoholismus
- Stimmungslabilität
- reizbar-aggressives Verhalten
- Nachlassen der Kritikfähigkeit
- Interessenverlust
- Übergang zur Demenz

Wernicke-Enzephalopathie

- schwerste, vielfach tödlich ausgehende Alkoholpsychose
- Bewußtseinsminderung
- Ataxie
- Augenmuskellähmungen bzw. Spontannystagmus

Alkoholischer Eifersuchtswahn

- sehr selten

Pontine Myelolyse

- ganz selten

Psychosoziale Folgen

- Gestörte Partnerbeziehung
- Probleme im Berufsleben
- Gestörtes Verhältnis zu den Kindern
- Gestörte Wohnverhältnisse
- Konflikte mit Gesetzen
- Verkehrsdelikte

Synopsis der häufigsten körperlichen Alkoholfolgeschäden

Leber

Alkoholfettleber
Alkoholhepatitis
Alkoholische Leberzirrhose
Zieve-Syndrom

Herz-Kreislauf

Kardiomyopathie
Ischämische Herzerkrankungen
Hypertonus

Blutbild

Thrombozytendepression
Verminderte Leukozytenfunktion
Megaloblastische Anämie

Neurologische Störungen

Myopathien
Polyneuropathie
Epileptische Anfälle

Psychiatrische Störungen

Delir
Halluzinose
Wernicke-Korsakow-Syndrom
Demenz

Andere Störungen

Dupuytren-Kontraktur
Neurogene Osteoarthropathie
Osteopenie
Traumen
Alkoholembryopathie
Fettsucht

Magen-Darm-Trakt

Ösophagitis
Gastritis, Duodenitis
Mallory-Weiss-Syndrom
Ulcus ventriculi/duodeni
Dünndarmschädigung
(Malabsorption)

Pankreas

Pankreatitis
Pankreasinsuffizienz

Stoffwechselstörungen

Diabetes mellitus
Hypertriglyceridämie
Störungen des/der
– Mineralstoffwechsels
– Porphyrinstoffwechsels
– Schilddrüsenfunktion
– Nebennierenrindenfunktion
– Endokrinen Systems
– Gonadenfunktion

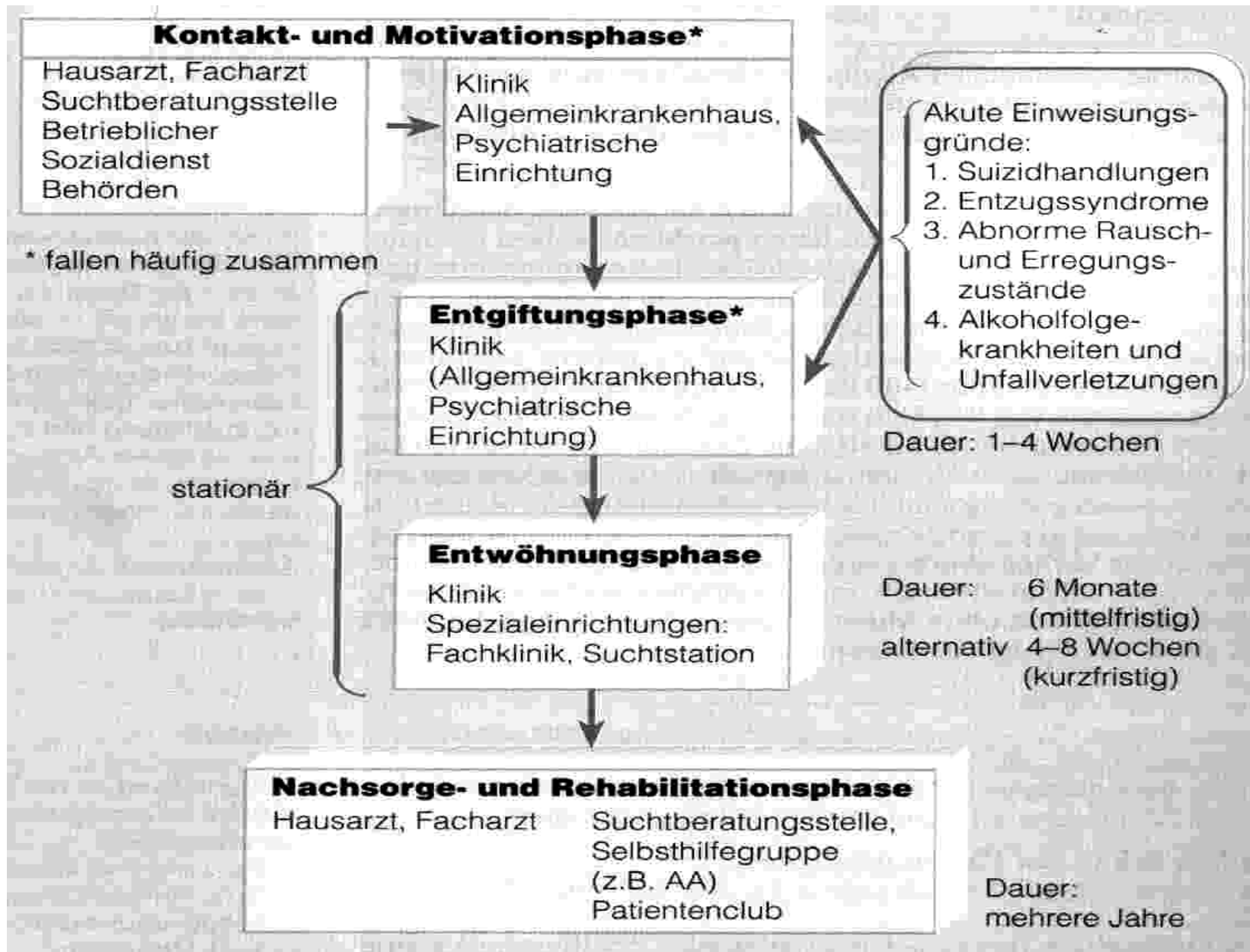
Hautveränderungen

Hyperämie, Teleangiektasien
Rhinophym
Gesichtsödem (präorbital)
Spider naevi
Plantar- und Palmarerythem
Nagelveränderungen
Weißflecken der Haut

Malignome

Oropharynx
Ösophagus
Leber
Lunge
Distales Kolon
Evtl. andere

Therapie



Qualifizierte stationäre Entgiftung

- Entzugssyndrombehandlung
- Diagnostik- u. Behandlung der Folge-Schäden oder komorbiden Störung
- Motivierungsbehandlung

Motivierungsbehandlung

(ambulant, teilstationär oder stationär)

Ziele:

- Konsumreduktion (z.B. kontrolliertes Trinken)
- Abstinenz
- Entwöhnung (Rehabilitation)

Entwöhnungsbehandlung

Dauer: 4-6 Monate

- stationär
- teilstationär
- ambulant

- Inhalte:
 - Gruppenpsychotherapie
 - Verhaltenstherapie (z.B. Erlernen von Selbstkontrolle, Stimuluskontrolle, Selbstsicherheitstraining, Training sozialer Kompetenzen)
 - Soziotherapie (mit Angehörigenarbeit)

Nachsorge

- Suchtberatungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- Angehörigengruppen
- Arzt/Psychologe (ambulante Rückfallsprophylaxe)

Ambulante Rückfallsprophylaxe

- Psychotherapie
- medikamentös + Psychotherapie
 - Disulfiram (Antabus®)
 - Naltrexon (Nemexin®)
 - Acamprosat (Campral®)
- Behandlung der Komorbidität

Prävention und Frühintervention

Prognose: Alkoholabhängigkeit

- determiniert durch körperliche oder psychische Folgeschäden oder Begleiterkrankungen
- „Drittelregel“ (gebessert/rückfällig/abstinent)
- 18-Monatskatamnese (1400 Pat) : Abstinenzrate von 53%
- Langzeitkatamnesen (bis 4 J): Abstinenzraten zw. 40 und 50%
- Spontane Abstinenz- bzw. Besserungsrate: ca. 20% pro Jahr
- prognostisch günstig:
 - höheres Lebensalter
 - gute Ausbildung
 - Berufstätigkeit
 - intakte Partnerschaft

TABAK

Diagnostik: Fagerström-Test

1. Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
<5min <30min <60min >60min
2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.) das Rauchen zu unterlassen?
3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?
die erste am Morgen andere
4. Wieviele Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag?
5. Rauchen Sie am Morgen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages?
6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

70-80% aller Raucherinnen und Raucher gelten als nikotinabhängig (laut ICD10 / DSM-IV)

Therapiemethoden

- Medizinisch:
 - Substitution: Nikotinplaster/-kaugummi/-spray
 - Pharmakotherapie: Antidepressiva (z.B. Bupropion) oder CB1-Rezeptor-Antagonist
 - Psychotherapeutisch:
 - Verhaltenstherapie: Selbstbeobachtung / Stimuluskontrolle / Verstärkerplan / Exposition
 - Aversionstherapie: starkes Rauchen vor Abstinenz
 - Hypnose: keine positiven Belege!
- Am besten Kombination aus (ausschleichender) Substitution und Verhaltenstherapie!**

Prognose: Abstinenzwahrscheinlichkeit

- Medizinisch:
 - AD: Bupropion OR 2.06; kein Effekt von MAO-Hemmern, SSRI, SSNRI
 - Substitution: Pflaster: OR 1.81; Kaugummi: OR 1.66; Spray: OR 2.35
- Verhaltenstherapie:
 - Gruppentherapie vs Selbsthilfemanual: OR 1.97
 - Gruppentherapie vs keine Intervention: OR 2.19
 - 1-Jahres-Follow-up: Abstinenzraten zwischen 15-35%
 - Drop-out-Quoten zwischen 20-50%
 - Aversionstherapie: OR 1.98

**Metaanalysen aus Cochrane Library;
Studien mit mindestens 6 Monate follow-up**