



# Was haben diese Personen gemeinsam?





Peter Maffay



Bradley Cooper



Jason Segel



Jenny Elvers-  
Elvertzhagen



Alle haben sich zu einem  
Alkoholproblem bekannt...



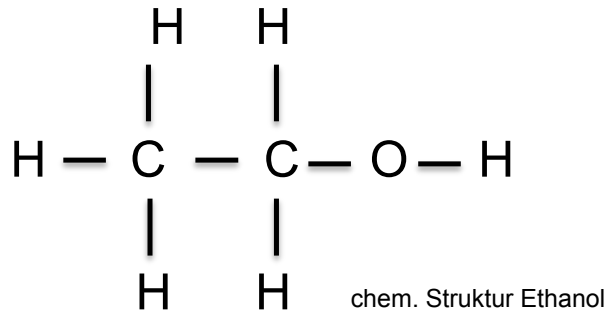


Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



# Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.x)



## Seminar G2

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



- **Erstellung des Inhalts durch das Lehrteam Psychiatrie**
- Bei Fragen, Anregungen und Kritik schreiben Sie an [parchmann@uke.de](mailto:parchmann@uke.de)
- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Zentrum Psychosoziale Medizin
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
- Martinistr. 52, 20246 Hamburg
- Gebäude W37





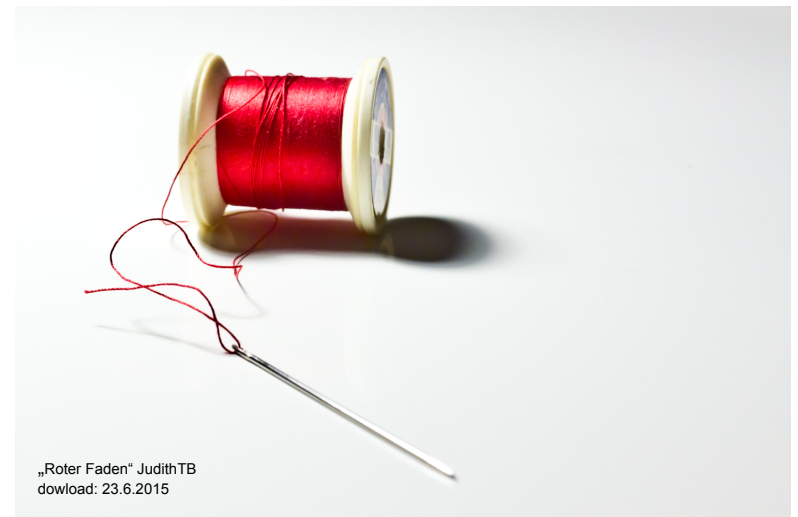
## Einstieg

Vertiefung I : ICD-10 Codierungen

Vertiefung II : Ätiologie

Vertiefung III : Komorbidität und Alkoholfolgeschäden

Vertiefung IV : Therapie





„Thema Rot“ Stefan Download  
26.6.2015

Was ist gesund?

Wieviel Alkohol gilt als „unbedenklich“?

Was wird empfohlen?







## Was ist gesund...?

### Empfehlung:

Männer bis 24 g Alkohol / Tag

Frauen bis 12 g Alkohol / Tag

### Zum Vergleich....

	<b>Bier (ca. 5 Vol. %)</b>	<b>Wein (ca. 13 Vol. %)</b>	<b>Whisky (ca. 50 Vol. %)</b>
Menge	0,2 l	0,1 l	2,0 cl
reiner Alkohol	ca. 8,0 g	ca. 8,0 g	8,0 g

Quellenangabe: Möller, H.J., Laux, G., Deister, A. (2013). Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Thieme



## Intoxikationen → „Rauschzustände“

0.3 Promille : Gangunsicherheit, zunehmende Enthemmung

0.4 Promille : Einschränkung von Aufmerksamkeit und Gesichtsfeld

0.5 Promille : Koordinationsstörungen

0.7 Promille : Nystagmus

1.4 Promille : Verlust der Steuerungsfähigkeit

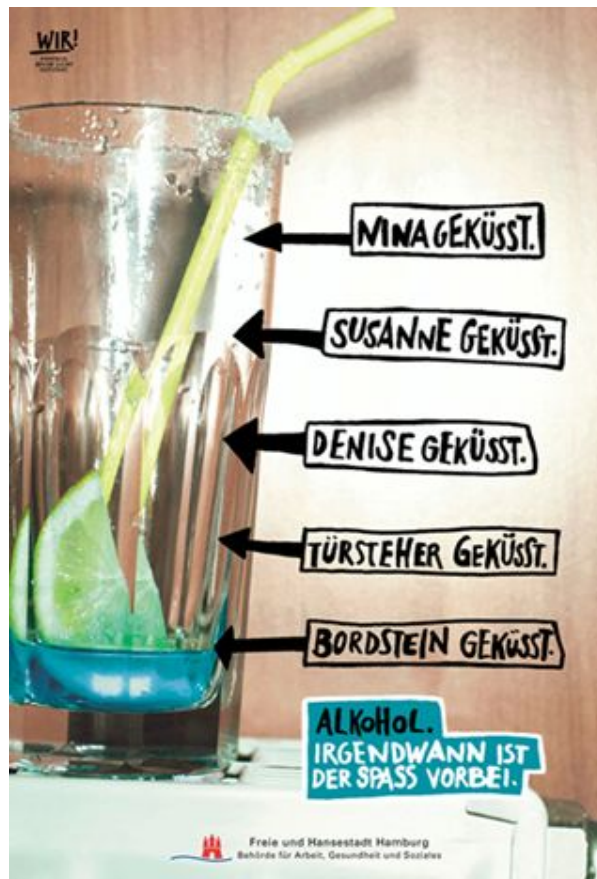
**1.6 Promille : Überschreiten weist auf Trinkgewohnheit**

2.0 Promille : Bewusstseinstrübung bis Koma

4.5 Promille : tödlicher Grenzwert







## Ab wann beginnt Abhängigkeit?



## Das Spektrum von Substanzgebrauch

### Abhängig

Regelhafter, “zwanghafter” Konsum, der trotz gesundheitlichen und sozialen Folgen fortgesetzt wird.

### Unproblematisch

Integrierter Konsum, dessen gesundheitliche oder soziale Folgen zu vernachlässigen sind.



### Problematisch

Konsum, der negative Auswirkungen für das Individuum, die Familie oder Gesellschaft zu haben beginnt (z.B. gesundheitliche Risiken).

### Nützlich

Konsum der sich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirkt (z.B. medizinischer Einsatz von Cannabis), Konsum in (traditionellen) spirituellen Kontexten.





## Warum werden Substanzen gebraucht ?

Zwei Hauptgründe:

- Angenehme Empfindungen hervorrufen
- Unangenehmen Empfindungen lindern
- (psychisch oder physisch)

Viele weitere Gründe, z.B.

- Weil es zugehörig macht
- Weil es abgrenzt (!)
- . . .

Fallen Ihnen weitere Gründe ein?



## Stadien der Abhängigkeit (Jellinek, 1960)

- **Voralkoholische Phase**

Erleichterungstrinken, Trinken häufiger, Toleranzerhöhung

- **Prodromalphase**

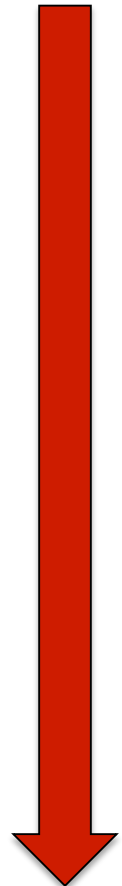
Weitere Toleranzerhöhung, Trinken heimlich und mit Schuldgefühlen, Gedächtnislücken („Filmrisse“, Verblassen alter Erinnerungen), Meidung des Themas bei starker Beschäftigung damit

- **Kritische Phase**

Zunehmender Kontrollverlust, Zittern und morgendliches Trinken, Ausreden und Rationalisierung, Aggression und Schuldgefühle, nach Abstinenzperiode stets Rückfälle, Trinksysteme lockern sich, Verlust von Interessen und sozialen Bezügen

- **Chronische Phase**

Verlängerte Räusche, ethischer Abbau, Fehleinschätzung der eigenen Lage, Trinken „unter Stand“, Zunahme psychiatrischer Komplikationen, Toleranzverlust, Erklärungssystem versagt, Gefühl der Niederlage





## Typen des Alkoholismus (Jellinek, 1960)

- **Alpha-Alkoholismus**

Konflikt-, Betäubungs- und Erleichterungstrinker

(„Trinken um zum Vergessen“),

Zeitweilige psychische Abhängigkeit ohne Kontrollverlust, Fähigkeit zur Abstinenz

Gefahr: Entstehung des Gamma-Alkoholismus

- **Beta-Alkoholismus**

Wochenend- und Gelegenheitstrinker

Übermäßiger, aber nicht regelmäßiger Alkoholkonsum, keine kontinuierliche Abhängigkeit

Gefahr: Entstehung des Delta-Alkoholismus

- **Gamma-Alkoholismus**

Anfangs psychische, zunehmend auch physische Abhängigkeit

mit Toleranzerhöhung, Entzugssymptome bei Abstinenz,

Kontrollverlust; evtl. Phasen von Abstinenzfähigkeit



## Typen des Alkoholismus (Jellinek, 1960)

- **Delta-Alkoholismus**

Gewohnheitstrinker, Spiegeltrinker

Unfähigkeit zur Abstinenz, aber kein Kontrollverlust.

("rauscharme Dauerimprägning")

- **Epsilon-Alkoholismus**

Episodischer Trinker, „Quartalssäufer“

Unwiderstehliches Verlangen nach Alkohol und

Alkohlexzesse mit zeitlicher Begrenzung (Tage bis Wochen),  
dann wieder längere Abstinenzperioden.





## Zahlen und Fakten

- Lebenszeitprävalenz  
(Alkoholabhängigkeit): 13-26%
- Punktprävalenz: 2,4%
- Rezidive: 12-23%
- Krampfanfälle (meist zu Beginn): 20%
- Letalität (ohne Behandlung): 15%  
(mit 2%)



Schwarzes Schaf" Geerd-Olaf Freyer Download 26.6.2015



## Wiederholung ICD-10 Codierung

### Code der Substanz (F10-19)

- **F10 Alkohol**
- F11 Opioide
- F12 Cannabinoide
- F13 Sedativa / Hypnotika
- F14 Kokain
- F15 andere Stimulantien, einschl. Koffein
- F16 Halluzinogene
- F17 Tabak
- F18 flüchtige Lösungsmittel
- F19 multiple Substanzen, andere psychotrope Substanzen



## Wiederholung ICD-10 Codierung

Nach dem Code der Substanz (F10-F19) folgt der

### **Code der Störung (F1x.0-.7):**

- F1x.0 Akute Intoxikation
- F1x.1 Schädlicher Gebrauch
- F1x.2 Abhängigkeitssyndrom
- F1x.3 Entzugssyndrom
- F1x.4 Entzugssyndrom mit Delir
- F1x.5 Psychotische Störung
- F1x.6 Amnestisches Syndrom
- F1x.7 Restzustand/verzögert auftretende psychotische Störung



Inhalt der Vorlesung  
„Psychotrope  
Substanzen“...



## Einstieg

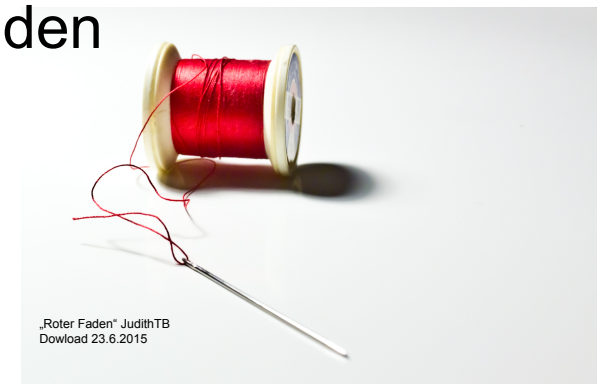
### Vertiefung I : ICD-10 Codierungen

- Entzugssyndrom F10.3
- Entzugssyndrom mit Delir F10.4
- Differenzialdiagnostik Delir
- Restzustand/ verzögerte psychotische Störung F10.5
- Amnestisches Syndrom F10.6
- Alkoholintoxikation mit pathologischem Rausch F10.07

### Vertiefung II : Ätiologie

### Vertiefung III : Komorbidität und Alkoholfolgeschäden

### Vertiefung IV : Therapie







## Definition & allgemeine diagnostische Kriterien „Entzugssyndrom“ F10.3

### Definition

- Gruppe von Symptomen nach absolutem oder relativen Entzug von Alkohol
- Das Entzugssyndrom kann durch symptomatische Krampfanfälle kompliziert werden

### Allgemeine diagnostische Kriterien

- |    |  |
|----|--|
| 1. | Nachweis des Absetzens oder Reduzierens von Alkohol, nach wiederholtem Konsum, der meist lang anhaltend und / oder in hohen Mengen erfolgte  |
| 2. | Vegetative Symptome und Anzeichen (meist 3-7 Tage), die den bekannten Merkmalen eines Entzugssyndroms von Alkohol entsprechen  |
| 3. | Die Symptome und Anzeichen sind nicht durch eine vom Alkoholgebrauch unabhängige körperliche Krankheit zu erklären sondern durch kortikale Überstimulation aufgrund des Wegfalls inhibitorischer Aktivität |



## Beschreibung und Symptome „Entzugssyndrom mit Delir“ F10.4

Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Auftreten nach Alkoholverzicht oder bei fortgesetztem Konsum (Kontinuitätsdelir)</li><li>▪ Dauer ca. 5-7 Tage</li><li>▪ In ca. 20% der Fälle wird ein Delir durch epileptische Anfälle eingeleitet</li><li>▪ Unbehandelt liegt die Letalität bei bis zu 15%, bei optimaler Behandlung unter 2%</li><li>▪ Schwere Folgeschäden sind das Amnestische Syndrom und die Wernicke Enzephalopathie</li></ul>
Leitsymptome	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bewusstseinsstörungen, Desorientiertheit, Angst</li></ul>
Weitere Symptome	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Optische Halluzinationen (z.B. herumhuschende kleine Tiere)</li><li>▪ Erhöhte Suggestibilität (Pat. lesen z.B. von einem leeren Blatt ab)</li><li>▪ Ausgeprägte Hypermotorik mit Nesteln und Herumsuchen</li><li>▪ Vegetative Symptome mit Fieber, Schwitzen, Hypertonie, Tachykardie, Tremor und Schlafstörungen</li></ul>



## Symptomatik des „Delirium Tremens“

Bewusstsein (qual./ quant.)	▪ Benommenheit, Somnolenz
Orientierung	▪ Desorientiertheit (alle Qualitäten)
Aufmerksamkeit und Konzentration	▪ gemindert
Gedächtnisfunktion	▪ Reduziert, Suggestibilität
Formales Denken	▪ Umständlich, verlangsamt
Inhaltliches Denken	▪ Wahnhaftes Erleben, Realitätstestung reduziert
Wahrnehmung	▪ Illusionäre Verknennung, Halluzinationen
Affekt	▪ Angespanntheit, Angst
Antrieb	▪ Unruhe, Nesteln, Umherlaufen
Vegetativum	▪ Gestörter Schlaf- Wach-Rhythmus



## Diagnostik

### Basis:

- Psychopathologischer Befund
- Körperliche Untersuchung
- Fremdanamnese
- Notfall-Labor

### Zusatz:

- CCT/MRT (V.a. Infarkt/Raumforderung/Blutung)
- EEG (V.a. Epilepsie)
- LP (V.a. entzündlichen ZNS-Prozess)
- Blutspiegel (V.a. Intoxikation mit Antidepressiva, Sedativa)
- . . .

## Hinweise auf Alkoholdelir im „Notfall-Labor“:

### Infektion

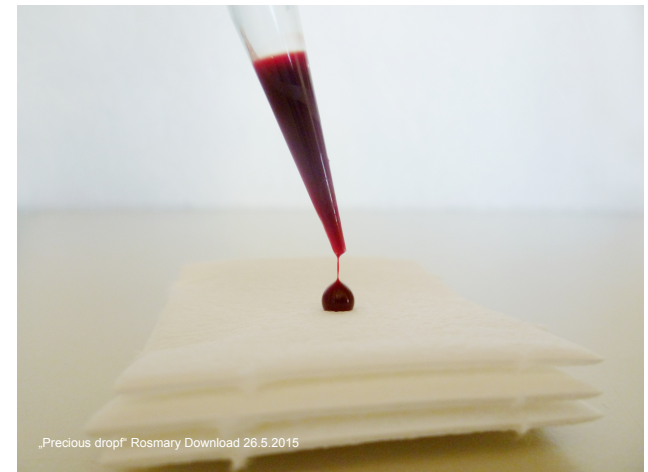
- Leukozyten
- Urinstatus (Blutkulturen)
- BKS

### Metabolische Störungen

- Elektrolyte (Na, K, Ca)
- Kreatinin
- Glukose (Blut)
- Leberwerte (GOT, GPT,  $\gamma$ -GT)
- T3, T4, TSH

### Hämatologische Störungen

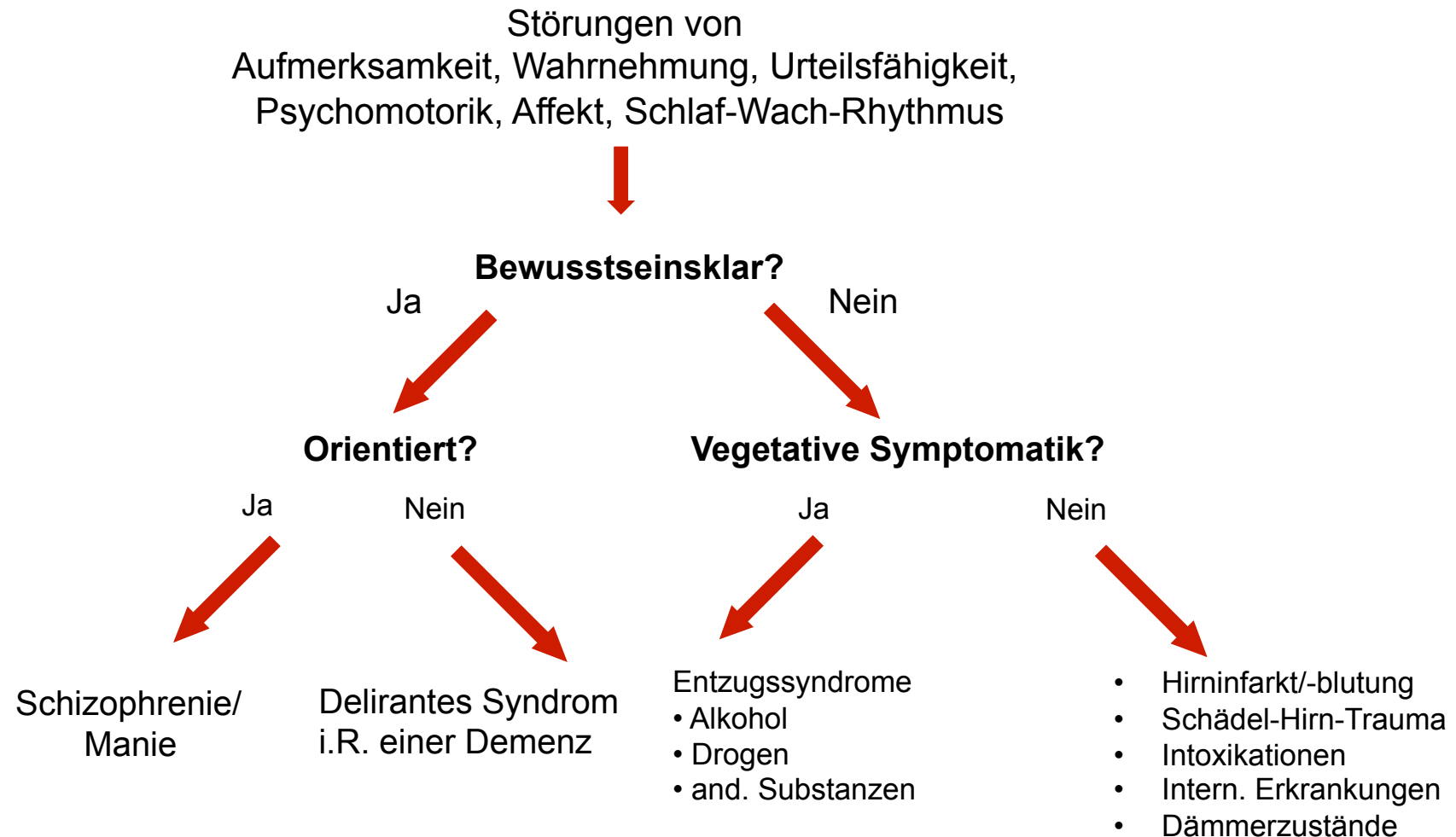
- Erythrozyten und Hb (V.a. Anämie)
- MCV (V.a. Alkoholabusus, Mangel an Vitamin B<sub>12</sub>, Folsäure)
- Thrombozyten







## Differentialdiagnostik deliranter Syndrome





## Definition und diagnostische Kriterien „Restzustand/ verzögerte psychotische Störung“ F10.5

### Definition

- Psychotische Phänomene, die während oder nach Alkoholgebrauch auftreten, aber nicht durch die akute Intoxikation erklärt werden können.
- Die Störung ist durch Halluzinationen, Wahrnehmungsstörungen, Wahnideen, psychomotorische Störungen und abnorme Affekte gekennzeichnet
- Hierzu gehören z.B. die Alkoholhalluzinose oder alkoholischer Eifersuchtswahn

### Diagnostische Kriterien

- |    |  |
|----|--|
| 1. | Beginn während Alkoholgebrauch oder innerhalb von 2 Wochen nach Absetzen |
| 2. | Dauer der psychotischen Symptome länger als 48h                          |
| 3. | Dauer der Störung nicht länger als 6 Monate                              |



## Definition und diagnostische Kriterien „Amnestisches Syndrom“ F10.6

### Definition

- Ein Syndrom mit einer ausgeprägten andauernden Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses. Das Immediatgedächtnis gewöhnlich erhalten. Das Kurzzeitgedächtnis ist stärker gestört als das Langzeitgedächtnis.
- Hinzu kommen Störungen des Zeitgefühls und Zeitgitterstörungen, Desorientierung, Beeinträchtigung der Fähigkeit, neues Lernmaterial zu behalten. Konfabulationen sind ausgeprägt.
- Rückbildung bei Abstinenz möglich, aber häufig chronischer Verlauf

### Diagnostische Kriterien

- |    |   |
|----|---|
| 1. | Gedächtnisstörungen in den Bereichen Kurz- und Langzeitgedächtnis   |
| 2. | Fehlen der Störung des Immediatgedächtnis sowie Fehlen von Bewusstseinsstörung und Aufmerksamkeitsstörung |
| 3. | Kein Vorliegen einer objektivierbaren Gehirnerkrankung  |



## Diagnostische Kriterien und Details „Alkoholintoxikation mit pathologischem Rausch“ F10.07

1. Die allgemeine Kriterien für eine Alkoholintoxikation sind erfüllt
2. Verbale Aggressivität oder körperliche Gewalttätigkeit, die für die Person im nüchternen Zustand untypisch sind
3. Auftreten sehr bald (meist innerhalb weniger Minuten) nach Alkoholkonsum
4. Kein Hinweis auf eine organische zerebrale oder eine andere psychische Störung
5. Details:
  - Auslösung des Rauschzustands auch schon durch kleine Alkoholmengen
  - Oft nur von kurzer Dauer
  - Komplette Amnesie für den Rauschzustand
  - Persönlichkeitsfremde Verhaltensmuster, d. h. für den Betroffenen untypisches, aggressives oder gewalttätiges Verhalten



## Einstieg

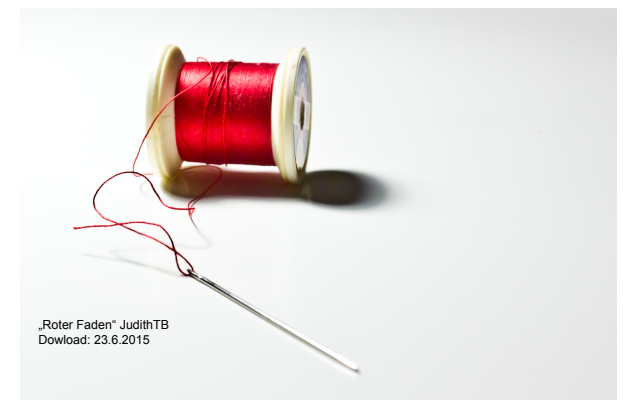
## Vertiefung I : ICD-10 Codierungen

## Vertiefung II : Ätiologie

- Einflussfaktoren Sucht
- Biopsychosoziales Modell
- Neurobiologie I: Toleranz und Entzug
- Neurobiologie II: Belohnungssystem und Rückfall
- Psychologische, soziologische und kulturelle Ansätze

## Vertiefung III : Komorbidität und Alkoholfolgeschäden

## Vertiefung IV : Therapie







Welche Mechanismen und Faktoren könnten für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit verantwortlich sein?



„Delirium Cocktails – Service for the sick“ Torbackhopper Download 26.6.2015



## Einflussfaktoren Sucht

Soziales Umfeld

Persönlichkeit

Substanz

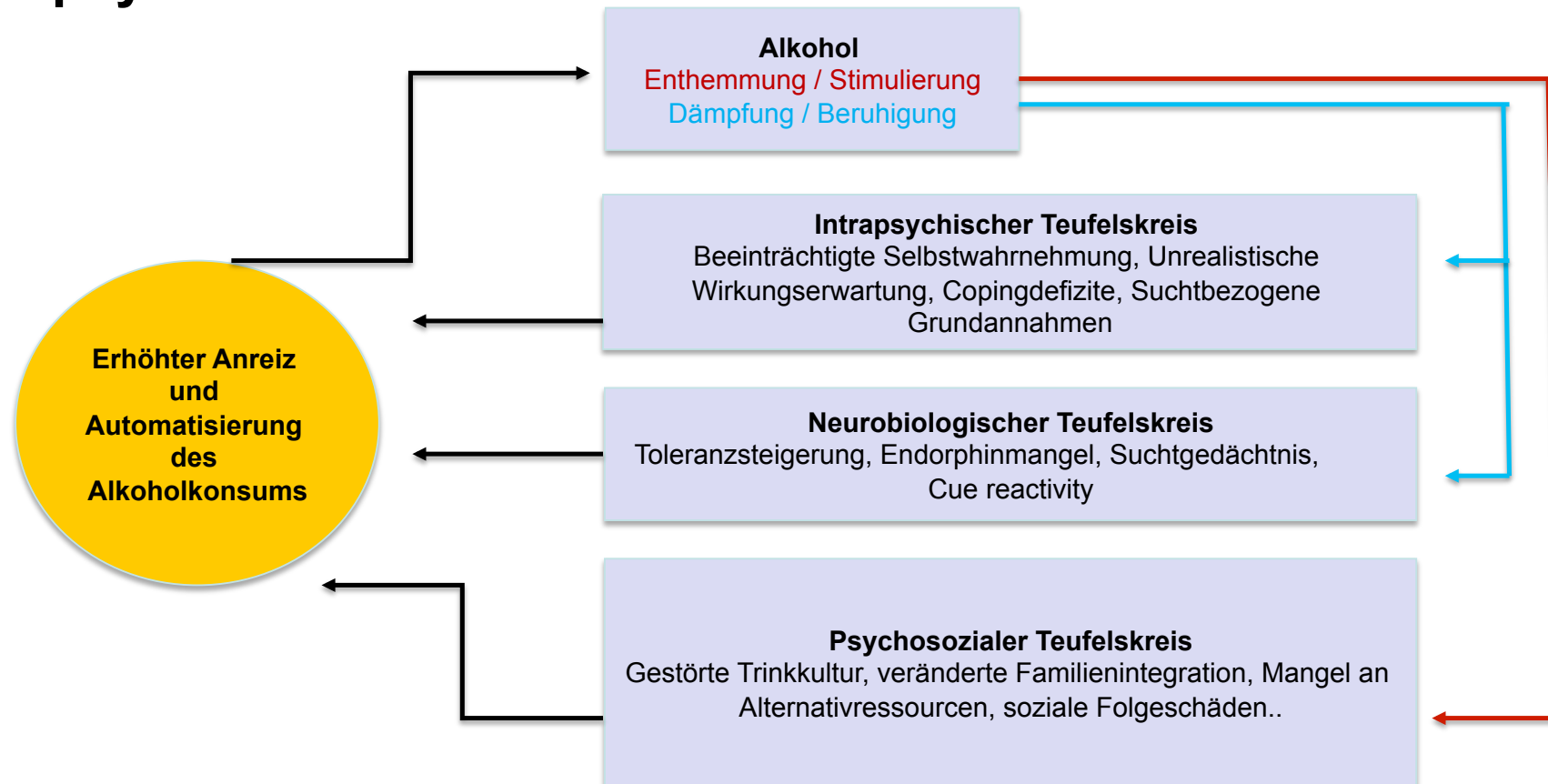
Biologische Faktoren



Was fällt Ihnen zu diesen Schlagwörtern ein?



## Biopsychosoziales Modell

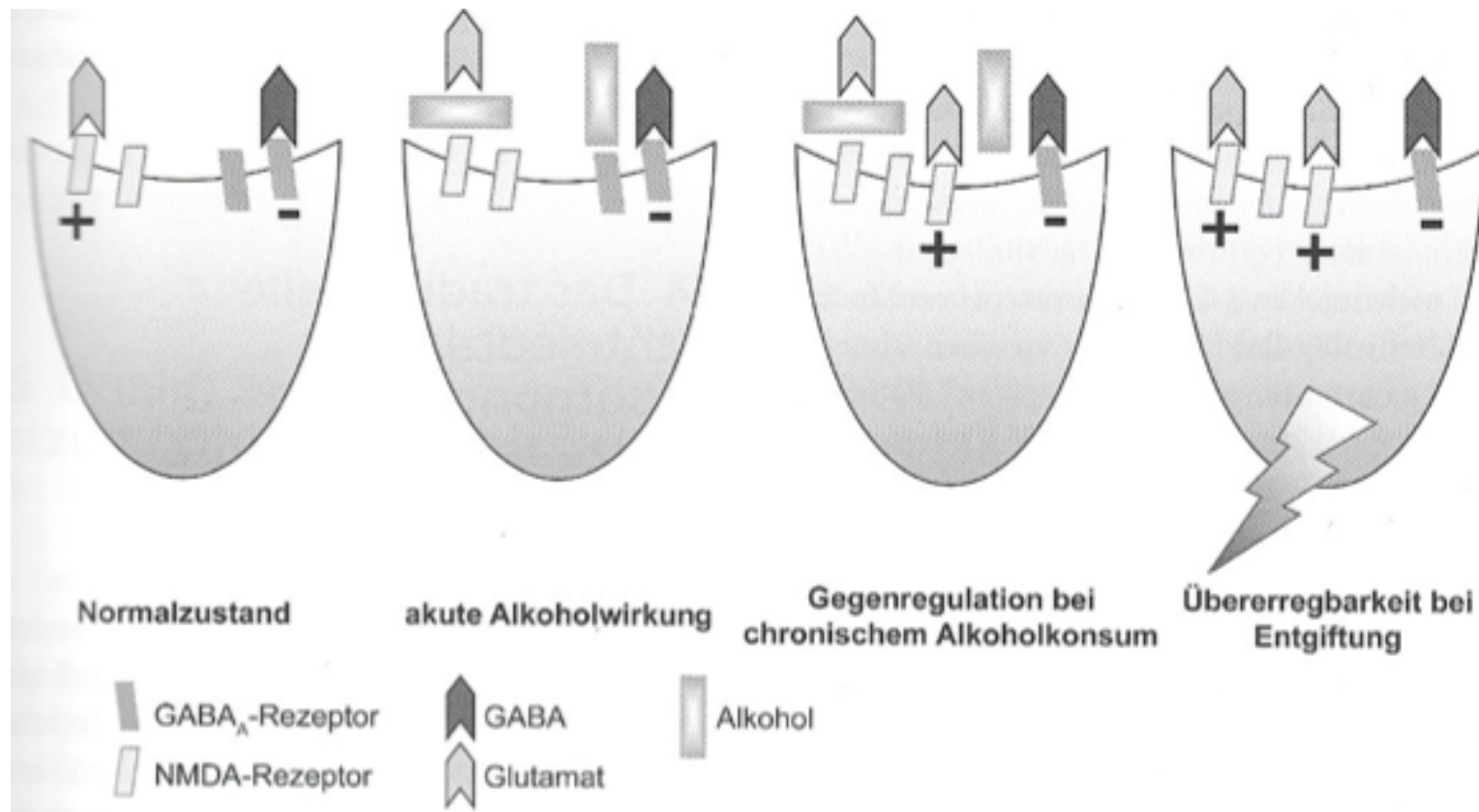




## Neurobiologie I: Toleranz und Entzug

- Stimulatorische Wirkung von Alkohol an  $\text{GABA}_A$ -Rezeptoren führt zur verminderten Ansprechbarkeit der Rezeptoren (Entwicklung einer **Toleranz**)
- Inhibitorische / sedierende Effekte via glutamaterge Blockade der N-Methyl-D-Aspartat (NMDA)-Rezeptoren vermittelt.
- **chronische NMDA-Rezeptorblockade** → gegenregulatorischer Anstieg der NMDA-Rezeptorendichte und -aktivität.
- Unterbrechung chronischen Alkoholkonsums → **Aktivierung der vermehrten NMDA-Rezeptoren** beendet und **Sistierung der GABAergen Aktivierung**.
- **Kortikale Überstimulation** → Entzugskrampfanfälle. Die überhöhte glutamaterge Wirkung kann zu vegetativer Dysfunktion und damit je nach Schwere zum sofortigen Trinkrückfall führen.

## Neurobiologie I: Toleranz und Entzug



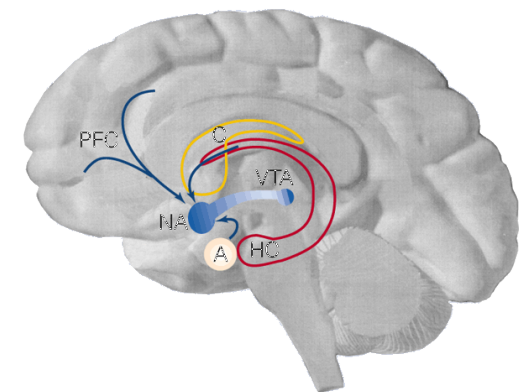
### Neuronale Mechanismen von Toleranzentwicklung und Entgiftung

Abbildung entnommen aus:

Voderholzer, U., Hohagen, F. (2014). Therapie psychischer Störungen - State of the Art. München: Elsevier Verlag

## Neurobiologie II: Belohnungssystem und Rückfall

- Entwicklung von Suchtverlangen durch Unterbrechung eines Regelkreises (evtl. ist mesolimbische dopaminerge Belohnungssystem ein Bestandteil)
- Dopaminfreisetzung unterliegt Sensibilisierungsprozess
- wiederholte Konfrontation mit einem drogenassoziierten Reiz führt zu einer Verstärkung der Verhaltensreaktion („Suchtgedächtnis“)





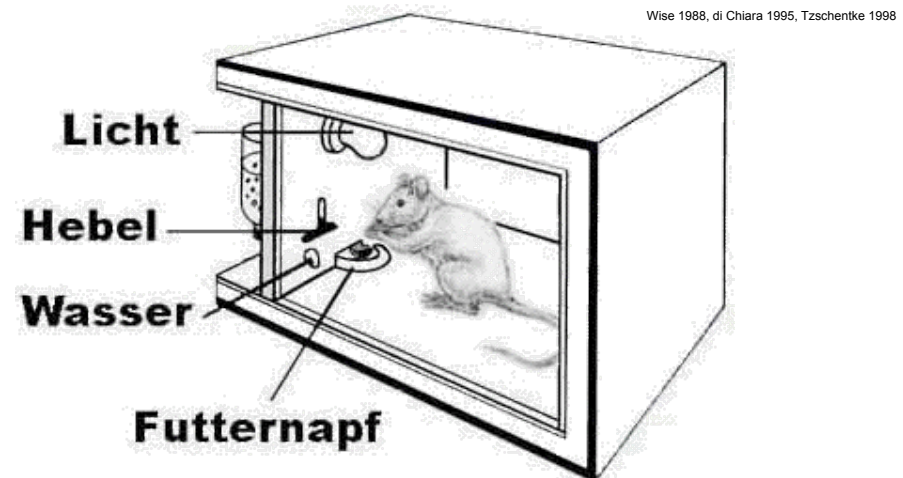


## Die neurobiologischen Veränderung sind für folgende Symptome verantwortlich...

- Überaktivität des Glutamat-ergen Systems  
(symptomatische epileptische Anfälle)
- Herunterregulierte GABA-erge Hemmung  
(Unruhe, Agitiertheit, epileptische Anfälle)
- Reduktion der Alpha-2-Rezeptoren  
(Tachykardie, Hypertension, Tremor, Schwitzen)
- Vermehrung der Dopamin-ergen Rezeptoren  
(Verzögert auftretende psychotische Symptomatik)
- Cholinerge Insuffizienz  
(kognitive Defizite)
- Vermehrte ADH-Sekretion  
(Flüssigkeitsretention, Hirnödem)

## Psychologische Ansätze:

- Klassische Konditionierung
- Positive und negative Verstärkung



- Inadäquate, selbst-schädigende Bewältigungsstrategie („Coping“ z.B. Alkoholkonsum als Mittel zur Stressreduktion)
- Psychoanalytische Neurosentheorie: Konflikt zwischen den Instanzen Über-Ich (Ansprüche der Gesellschaft) und Ich (Überforderung)



## Kulturelle Faktoren:

- Religiös geprägte Ethnien vs. Bayerische „Bierkultur“

## Soziologische Faktoren:

- „Griffbereitschaft“
- Langzeitarbeitslosigkeit
- Entwurzelung, Vertreibung
- Migration
- bestimmte Berufsgruppen (Ärzte – Apotheker)



„Zum Wohl...“ Eric Wüstenhagen Download 26.6.2015



Einstieg

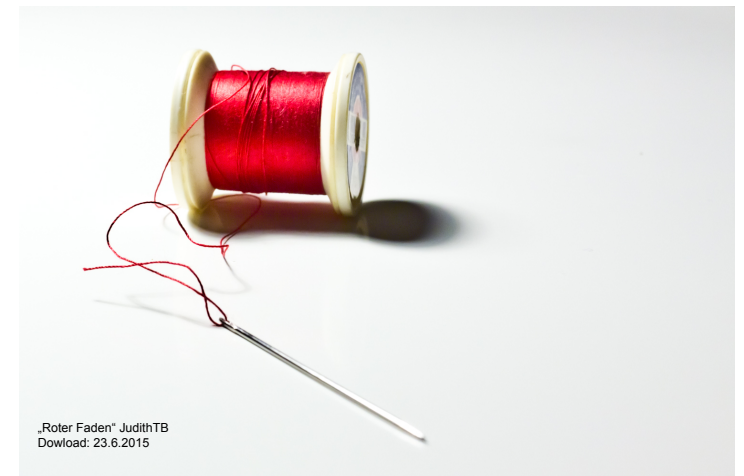
Vertiefung I : ICD-10 Codierungen

Vertiefung II : Ätiologie

**Vertiefung III : Komorbidität und Alkoholfolgeschäden**

- Somatische und psychische Komorbidität
- Depression bei AlkoholpatientInnen
- Körperliche Folgeschäden

Vertiefung IV : Therapie





## Somatische Komorbidität:

Bei Trinkmenge über 30 g/Tag (Männer) bzw. 20 g/Tag (Frauen) besteht „riskanter Konsum“, d.h. über längere Zeiträume ein Risiko für körperliche Folgeschäden

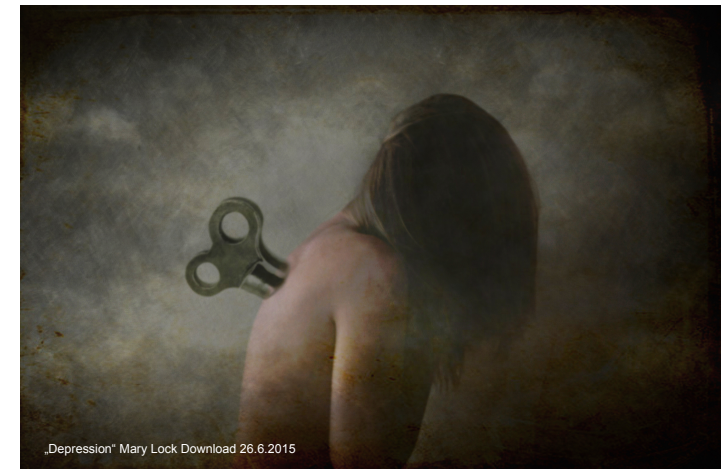
## Psychische Komorbidität:

Am häufigsten **Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen** und **Posttraumatische Belastungsstörungen**

Erhöhte **Suizidrate** (ca. 10-20%) besonders hohes Risiko bei komorbider Depression...

## Depression bei AlkoholpatientInnen

- Komplexe und klinisch relevante Zusammenhänge zwischen den Störungen
- „Primäre“ vs. „sekundäre“ depressive Syndrome
- Weibliche Patientinnen weisen durchgehend deutlich höhere Prävalenzraten auf
- Depressive Symptome im Entzug besonders häufig, bilden sich bei einem Teil der Patienten im Verlauf zurück







## Körperliche Folgeschäden

- **Leberschäden:**  
Fettleber/Fettleberhepatitis/Leberzirrhose
- Schäden **anderer Organe:**  
Entzündungen der Speiseröhre, des Magens, der Bauchspeicheldrüse, ...
- Schäden des **Nervensystems:**  
Polyneuropathie (v.a. untere Extremität), Kleinhirnatrophie, Amnestisches Syndrom („Wernicke/Korsakow“)
- Erhöhtes Risiko für **Krebserkrankungen**
- **Alkoholembryopathie**  
Minderwuchs, Missbildungen, Entwicklungsstörungen



## Wernicke-Enzephalopathie

Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Schwerste Alkoholfolgeerkrankung aufgrund eines Vitamin-B<sub>1</sub>-Mangels infolge von Mangelernährung</li><li>▪ Auftreten bei 10% aller chronisch Alkoholabhängigen</li></ul>
Neuro-pathologische Auffälligkeiten	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Spongiöser Gewebszerfall v.a. im Bereich um den Aquädukt und im Höhlengrau des III. und IV. Ventrikels</li><li>▪ Verkleinerte und rostbraun verfärbte Corpora mamillaria</li></ul>
Symptomtrias	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bewusstseins- und Orientierungsstörungen (66% der Fälle)</li><li>▪ Blickmotorikstörungen wie Nystagmus oder bilaterale Abduzensparese (40% der Fälle)</li><li>▪ Zerebelläre Ataxie (51% der Fälle)</li></ul>
Therapie	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hoch dosierte Vitamin-B<sub>1</sub> (Thiamin) Gabe und stationäre Aufnahme</li></ul>



## Einstieg

## Vertiefung I : ICD-10 Codierungen

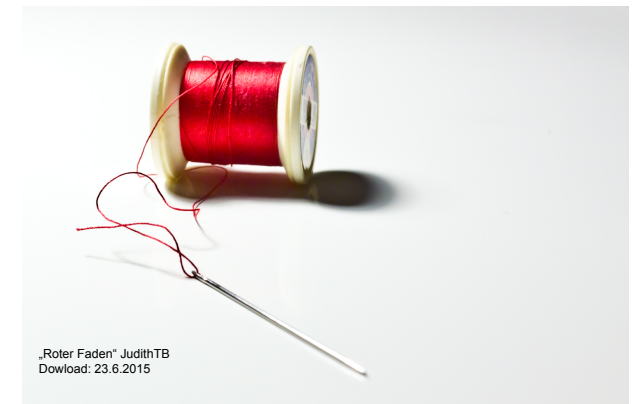
## Vertiefung II : Ätiologie

## Vertiefung III : Komorbidität und Alkoholfolgeschäden

## Vertiefung IV : Therapie

### •Übersicht

- Früherkennung und Frühintervention
- Entzugsbehandlung
- Psychotherapeutische Strategien
- Pharmakologische Rückfallprophylaxe
- Erfolge der Suchttherapie



Die Behandlung alkoholgefährdeter und alkoholabhängiger Patienten muss stadienspezifisch und individuell geplant werden:

1. Früherkennung und Frühintervention
2. Entzugsbehandlung
3. Langzeitentwöhnungsbehandlung

- Psychotherapeutische Strategien
- Pharmakologische Rückfallprophylaxe





## Stufen der Behandlung

### 1. Stufe: Kontaktphase (ambulant)

Klärung der momentanen Situation, Motivation zur weiteren Behandlung

### 2. Stufe: Entgiftungsphase (stationär o. ambulant)

Begleitung des körperlichen Entzuges, beim „qualifizierten Entzug“  
Motivation zur weiteren Behandlung, Informationen zum Suchthilfesystem  
und Planung einer Anschlusstherapie

### 3. Stufe: Entwöhnungsphase (stationär oder ambulant)

Dauer ca. 3-6 Monate (Fachkliniken) bzw. länger (ambulant)  
Psychotherapie steht im Vordergrund

### 4. Stufe: Nachsorgephase (ambulant)

Ziel ist Verringerung der Rückfallgefahr  
Große Bedeutung von Selbsthilfegruppen (AA, Guttempler,...)



## Einstieg

## Vertiefung I : ICD-10 Codierungen

## Vertiefung II : Ätiologie

## Vertiefung III : Komorbidität und Alkoholfolgeschäden

## Vertiefung IV : Therapie

- Übersicht
- Früherkennung und Frühintervention
- Entzugsbehandlung
- Psychotherapeutische Strategien
- Pharmakologische Rückfallprophylaxe
- Erfolge der Suchttherapie





- Fragen / Interesse am Menschen zeigen
- Labor: GGT, GPT, GOT; MCV, MCH, Anämie; Carbohydrate deficient Transferrin (CDT)







## **CAGE Questionnaire** **(Substance Abuse Screening Tool)**

Hatten Sie schon einmal das Gefühl, Sie sollten weniger trinken?  
(**CUT** down on your drinking?)

Haben Leute Ihr Trinken schon einmal mal kritisiert?  
(**ANNOYED** you by criticizing your drinking?)

Hatten Sie sich schon einmal Schuldgefühle wegen Ihres Trinkverhaltens?  
(felt **GUILTY** about your drinking?)

Haben Sie schon einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um die Nerven zu beruhigen oder einen Kater zu beseitigen?  
(**EYE OPENER**)



## **CAGE Questionnaire** **(Substance Abuse Screening Tool)**

Hatten Sie schon einmal das Gefühl, Sie sollten weniger trinken?  
(**CUT** down on your drinking?)

Haben Leute Ihr Trinken schon einmal mal kritisiert?  
(**ANNOYED** you by criticizing your drinking?)

Hatten Sie sich schon einmal Schuldgefühle wegen Ihres Trinkverhaltens?  
(felt **GUILTY** about your drinking?)

Haben Sie schon einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um die Nerven zu beruhigen oder einen Kater zu beseitigen?  
(**EYE OPENER**)

Was halten Sie von diesen Fragen?



## Screening-Fragebogen Alkohol: AUDIT (> 8 Punkte positiv; Babor et al. 1989)

10 Fragen	0	1	2	3	4
1. Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?	nie	1 x Monat oder seltener	2 x Monat	3 x Monat	3-4 x Monat oder öfter
2. Wie viele alkoholische Getränke trinken Sie pro Tag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr
3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr alkoholische Getränke pro Tag?	nie	weniger als 1 x Monat	1 x Monat	1 x Woche	fast täglich
4. Wie oft hatten Sie im letzten Jahr das Gefühl, Sie könnten nicht aufhören zu trinken, wenn Sie angefangen haben ?	nie	weniger als 1 x Monat	1 x Monat	1 x Woche	fast täglich
5. Wie oft konnten Sie im letzten Jahr nicht das tun, was von Ihnen erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken haben?	nie	weniger als 1 x Monat	1 x Monat	1 x Woche	fast täglich
6. Wie oft brauchen Sie morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie vorher stark getrunken haben?	nie	weniger als 1 x Monat	1 x Monat	1 x Woche	fast täglich
7. Wie oft haben Sie im letzten Jahr Gewissens- bisse gehabt oder sich schuldig gefühlt?	nie	weniger als 1 x Monat	1 x Monat	1 x Woche	fast täglich
8. Wie oft hatten Sie sich im letzten Jahr nicht an Ereignisse aus der Nacht zuvor erinnern können, weil Sie Alkohol getrunken hatten ?	nie	weniger als 1 x Monat	1 x Monat	1 x Woche	fast täglich
9. Haben Sie sich oder einen anderen schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr
10. Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?	nie	weniger als 1 x Monat	1 x Monat	1 x Woche	fast täglich



## Einstieg

Vertiefung I : ICD-10 Codierungen

Vertiefung II : Ätiologie

Vertiefung III : Alkoholfolgeschäden

## Vertiefung IV : Therapie

- Übersicht
- Früherkennung und Frühintervention
- Entzugsbehandlung
- Psychotherapeutische Strategien
- Pharmakologische Rückfallprophylaxe
- Erfolge der Suchttherapie





## Alkoholentzugssymptombogen (AESB)

1. Blutdruck					
Alter	Bis 30 Jahre	31-50 Jahre	> 50 Jahre		
0	bis 120/80	bis 130/85	bis 140/90		
1	bis 135/90	bis 145/95	bis 155/100		
2	bis 150/95	bis 160/100	bis 170/105		
3	bis 160/100	bis 170/105	bis 180/110		
4	bis 160/100	> 170/105	> 180/110		
2. Ruhepuls					
0 = <92/min	1 = 92-103/min	2 = 104-115/min	3 = 116-127/min	4 = >128/min	
3. Tremor					
0 = Kein Tremor	1 = Fingertremor bei ausgestreckten Fingern	2 = Händetremor bei ausgestreckten Armen	3 = Deutlicher Ruhetremor von Fingern und Händen	4 = Schwerer Ruhetremor von Armen und Beine	
4. Schwitzen					
0 = Kein Schwitzen	1 = Warme, feuchte Hände	2 = Umschriebene Schweißperlen	3 = Ganzer Körper feucht	4 = Massives Schwitzen	
5. Übelkeit / Erbrechen / Durchfall					
1 = Keine Übelkeit		2 = Mäßige Übelkeit	3 = Schwere Übelkeit		
6. Ängstlichkeit / Nervosität					
1 = Keine Ängstlichkeit oder Nervosität	2 = Leicht Ängstlichkeit oder Nervosität	3 = Mäßige Ängstlichkeit oder Nervosität	4 = Schwere Ängstlichkeit oder Nervosität	5 = Massive Ängstlichkeit oder Nervosität / Panik	
7. Psychomotorische Unruhe					
0 = Ruhige, unauffällige Bewegungen	1 = Zappeligkeit, leichte Unruhe	2 = Mäßige Bewegungsunruhe	3 = Dauernde Bewegungsunruhe	4 = Massive Unruhe und Erregtheit	
8. Orientierung					
0 = Voll orientiert	1 = Zur Zeit unscharf orientiert, sonst orientiert	2 = Zur Zeit nicht orientiert, sonst orientiert	3 = Zur Person orientiert, zu Ort /Zeit teilweise orientiert	4 = Zur Person orientiert, zu Ort/Zeit nicht orientiert	5 = vollständig desorientiert
9. Trugwahrnehmungen / Halluzinationen					
0 = Keine	1 = Wahrnehmungsverschärfung	2 = Vorübergehende Verkennungen	3 = Fluktuierende Halluzinationen	4 = Länger andauernde Halluzinationen	5 = Ständige Halluzinationen
10. Krampfanfall					
1= Keiner		2 = Erster Anfall	2 = Ein Anfall zuvor	3 = ≥ 2 Anfälle zuvor	



## Alkoholentzugsbehandlung

Medikamente	Dosierung und Schemata
Clomethiazol (Distraneurin®)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Beginn mit 2-4 Kps.</li><li>▪ In den ersten 2h 6-8 Kps. möglich</li><li>▪ Dann alle 2h nach Symptomatik 1-3 Kps.</li><li>▪ Höchstdosis 24 Kps. täglich</li><li>▪ CAVE: Atemdepression, bronchiale Hypersekretion</li></ul>
Oxazepam (Adumbran®)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tag 1: Beginn mit 25-50mg, Tageshöchstdosis 300mg</li><li>▪ Tag 2: Verteilung der (hochgerechneten) Tagesdosis auf 4 Einzeldosen</li><li>▪ Ab Tag 3: Reduktion um 25mg täglich</li><li>▪ 25mg Oxazepam = ca. 2 Kps. Clomethiazol</li></ul>
Clonidin	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bei sehr hohen RR-Werten zusätzlich</li></ul>
Carbamazepin oder Valproat	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bei vorherigen Krampfanfällen im Entzug oder entsprechenden EEG-Veränderungen</li></ul>



## **Alkoholentzugsdelir (Delirium tremens):**

Delirantes Syndrom mit Erregungszustand  
(mit Hinweis auf Alkohol- & Benzodiazepinentzug)

- Clomethiazol ist 1. Wahl
- Die Dosierung erfolgt nicht schematisch, sondern nach Sedierungsgrad und Schwere der Entzugssymptome.
- Die Erhebung der Entzugsschwere erfolgt z.B. mit dem Alkoholentzugssymptombogen (AESB)
- Ggf. in Kombination mit einem Antipsychotikum, v.a. Haloperidol 5-10mg oder Risperidon 1-2mg
- Alternativ Kombination von einem BZD (z.B. Oxazepam) mit einem Antipsychotikum (Haloperidol oder Risperidon)
- **CAVE:** Alleinige Gabe von Haloperidol führt zur erhöhten Mortalität, größere Anzahl schwerwiegender Nebenwirkungen und längerer Dauer des Delirs!





## Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE):

- QE Kombination aus körperlicher Entzugsbehandlung und Psychotherapie (3-6 Wochen)
- Entzugssituation Verhaltensänderung
- Differenzierte und somatischen Diagnostik sowie der Behandlung der Entzugssymptome, der körperlichen Begleiterkrankungen und der Folgeerkrankungen wird über psychoedukative und psychotherapeutische Ansätze Motivationsarbeit geleistet.



## Langzeitentwöhnungsbehandlung:

- In Deutschland ist das Versorgungssystem vornehmlich für den schwer alkoholabhängigen Patienten konzipiert.
- Die traditionelle Trias aus **Fachkliniken** für die Alkoholentwöhnungsbehandlung, **Fachberatungsstellen** und **Selbsthilfegruppen** arbeitet mit psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und edukativen Verfahren.
- Durch eine stationäre Alkoholentwöhnung im Rahmen einer mehrmonatigen Rehabilitationsbehandlung, können **Abstinenzraten bis 70% nach 1 Jahr** erreicht werden.
- Diese Maßnahmen der tertiären Prävention zur Reduktion der Folgen einer bereits eingetretenen Erkrankung erreichen aber nur einen Bruchteil der tatsächlich Betroffenen und setzen spät ein.
- Über 70% der aktuell Alkoholabhängigen in Deutschland hatten in ihrem gesamten Leben noch keinen einzigen Kontakt zu suchtspezifischer Hilfe.



## Einstieg

Vertiefung I : ICD-10 Codierungen

Vertiefung II : Ätiologie

Vertiefung III : Alkoholfolgeschäden

## Vertiefung IV : Therapie

- Übersicht
- Früherkennung und Frühintervention
- Entzugsbehandlung
- Psychotherapeutische Strategien**
- Pharmakologische Rückfallprophylaxe
- Erfolge der Suchttherapie





- Motivationssteigerungsansätze
- kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen
- soziales Kompetenztraining
- Paar- und Familientherapie,
- Reizexposition und gemeindenahe Verstärkermodelle

.....erreichen das **Evidenzgrad Ia**

„Gruppenarbeit“ Campus of Excellence Download 26.6.2015





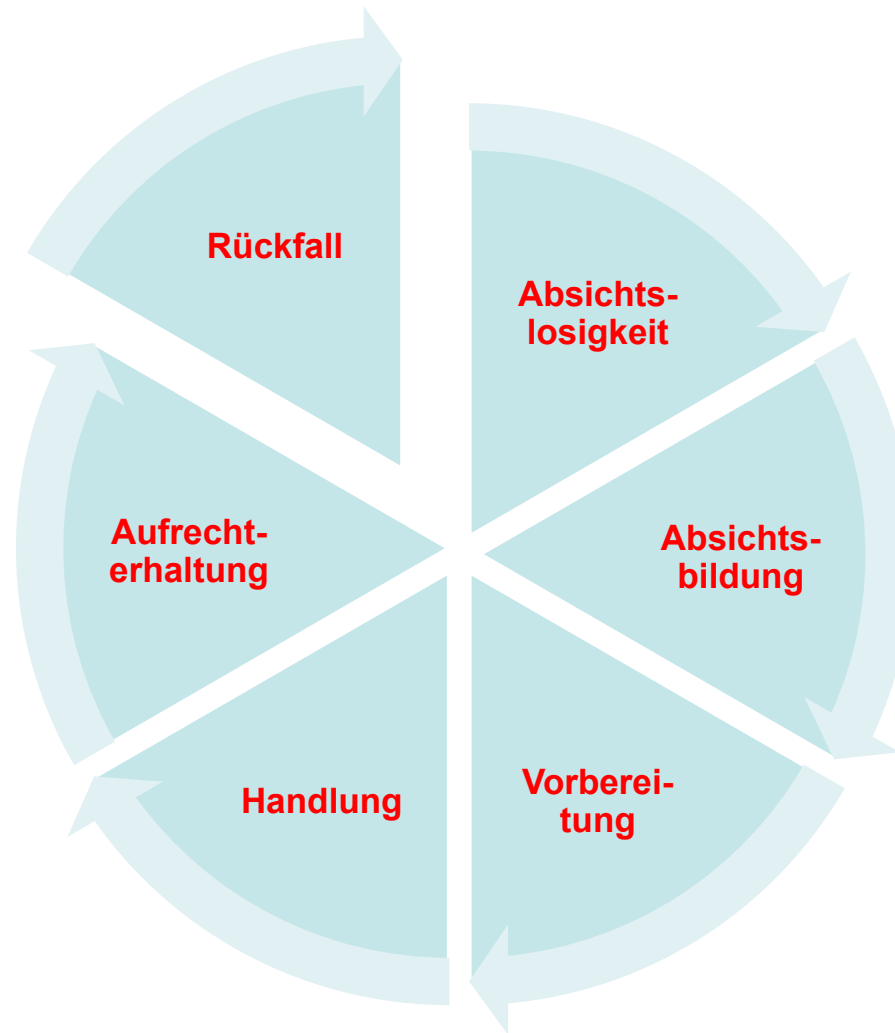
## Psychotherapeutische Behandlung und Begleitung:

- Frühestmögliche Herstellung des **persönlichen therapeutischen Kontaktes** noch in der Krisensituation.
- Fokussierung der psychotherapeutischen Interventionen auf die Abhängigkeitserkrankung.
- Vorzug überschaubarer und **konkreter Ziele** gegenüber weit entfernten und überhöhten Ansprüchen.
- Aktive Hilfestellung** zur Bewältigung unmittelbar anliegender, konkreter Probleme und Förderung der Bereitschaft zur Annahme weiterer Hilfe durch Motivationstherapie.
- Generelle **Informationen über die Krankheit** werden mit der persönlichen Betroffenheit des Patienten verbunden und konkrete pathologische Befunde werden erörtert.
- Informationsvermittlung über weitere Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen und die Vereinbarung der nächsten Schritte.



## Phasenmodell der Veränderungsbereitschaft

(nach Prochaska & DiClemente,  
2003)





## Absichtslosigkeit:

„Ich habe kein  
Problem mit  
Alkohol“

„Wie sieht bei ihnen ein  
normaler tag aus?“  
„Welche Rolle spielt der  
Alkohol dabei?“

- Informationen anbieten /Grenzwerte, Regeln eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol, Risiken)
- Schaffung eines Problembewusstseins/Förderung der Selbstreflexion
- Ansatzpunkte suchen, wo sich der Patient Gedanken über seinen Konsum macht (Gesundheit, Arbeit, Familie)

## Absichtsbildung:

„Ich glaube, ich  
trinke zu viel.  
Vielleicht wäre es  
gut, eine Zeit lang  
mal weniger  
Alkohol zu trinken.“

„Welche Vorteile hätte es,  
wenn Sie eine Zeit lang  
weniger trinken würden?“  
„Wie könnte ich Sie hierbei  
unterstützen?“

- Phasen durch Ambivalenz gekennzeichnet
- Vor- und Nachteile des Konsums beleuchten
- Bedenken besprechen
- Entscheidungsfindung fördern, nicht drängen
- Vermittlung von Information, die den Veränderungswunsch bestärken



## Vorbereitung:

- Verschiedene Optionen zur Verhaltensänderung und Unterstützungsangebote anbieten (Reduktion, Abstinenz, weitere Hilfen)
- Konkreten Zielplan gemeinsam erstellen (kleine Schritte!)
- Plan entwerfen, an dem sich der Patient im Falle eines Rückfalls halten kann

„Ich werde ab morgen für die nächsten 4 Wochen weniger / keinen Alkohol trinken“

„Ich finde es gut, dass Sie sich entschieden haben, in den nächsten 4 Wochen weniger / keinen Alkohol zu trinken. Möchten Sie hierzu weitere Informationen und Kontaktadressen mitnehmen?“

## Handlung:

- Stärkung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten
- Entschluss bekräftigen
- Ziele überprüfen
- Überprüfung des Erfolgs
- Lob und Anerkennung für bisher Erreichtes

„Sie haben nun schon eine Menge erreicht. Haben Sie ausreichend Unterstützung?“  
„Brauchen Sie an einer Stelle noch Hilfe? Wie könnte diese aussehen?“

**Alkoholkonsum  
wird reduziert  
oder ganz  
eingestellt!**





## Aufrechterhaltung:

- Fokussierung auf die positiven Aspekte des veränderten Trinkverhaltens
- Stärkung der Aufrechterhaltung, Rückfallprophylaxe

„Gibt es Dinge, die Sie gut finden wenn Sie weniger / keinen Alkohol trinken (würden)?  
Gibt es Situationen, die kritisch sind? Wie können Sie sich darauf vorbereiten? Was können Sie tun um einen Rückfall zu vermeiden?“

„Welche Personen könnten Sie ansprechen?  
Wie könnte man Sie noch unterstützen?“

*Das veränderte  
Verhalten wird  
beibehalten*

## Rückfall:

„Ich habe zwei Monate durchgehalten und weniger / keinen Alkohol getrunken. Jetzt trinke ich wieder genauso viel wie vorher“

„Rückfälle sind ganz normal und gehören zur Erkrankung. Was kann Ihnen helfen um nicht mehr in das alte Trinkmuster zu verfallen?“

„Wie haben Sie es geschafft zwei Monate nichts /w weniger zu trinken?“  
„Was genau ist passiert? Was möchten Sie jetzt tun?“

- Motivation des Patienten, an bereits erreichte Ziele wieder anzuknüpfen
- Aufarbeitung der Gründe für den Rückfall
- Entwicklung alternativer Verhaltensideen
- Information über verschiedene Hilfsangebote geben und bei der Auswahl unterstützen



## Einstieg

Vertiefung I : ICD-10 Codierungen

Vertiefung II : Ätiologie

Vertiefung III : Alkoholfolgeschäden

**Vertiefung IV : Therapie**

- Übersicht
- Früherkennung und Frühintervention
- Entzugsbehandlung
- Psychotherapeutische Strategien
- Pharmakologische Rückfallprophylaxe**
- Erfolge der Suchttherapie





Substanz	Indikation/Beschreibung	Evidenzgrad
Disulfiram (z.B. Antabus®)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aversivbehandlung, welche eine Unverträglichkeitsreaktion auslöst (z.B. Erbrechen, Schwindel, Angst)</li><li>▪ Hemmt die Aldehyddehydrogenase, was bei Alkoholzufuhr zu starkem Acetaldehyd Anstieg führt</li><li>▪ Supervidierte Verabreichung nach strenger Indikationsstellung</li><li>▪ Anwendung bei kooperativen und sozial stabilen Patienten</li></ul>	
Nalmefen	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ein Opiatmodulator (<math>\mu</math> und <math>\delta</math>) mit partieller Kappa-agonistischer Wirkung</li></ul>	Therapieempfehlung
Baclofen	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ein selektiver GABA-B-Agonist, der bisher nur zur Behandlung spastischer Skelettmuskulatur zugelassen ist</li></ul>	keine Therapieempfehlung



Substanz	Indikation/Beschreibung	Evidenzgrad
Acamprosat	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kalzium-Bis-Acetyl-Homotaurinat</li><li>▪ Antagonistische Wirkung am glutamatergen NMDA-Rezeptor</li><li>▪ Nebenwirkungen: Diarrhöen, andere gastrointestinale, Beschwerden, Kopfschmerzen, Juckreiz</li><li>▪ Kontraindikationen: Schwangerschaft oder Stillzeit, Serum Kreatinin &gt; 120 µmol/l bei Patienten mit Niereninsuffizienz, Vorliegen einer schweren Leberinsuffizienz</li><li>▪ Therapiebeginn sollte nach Entgiftung und Motivation zur Abstinenz erfolgen</li><li>▪ Empfohlene Behandlungsdauer: 12 Monate</li></ul>	Therapieempfehlung
Naltrexon	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ µ-Opiat-Rezeptor-Antagonist, gegen Alkohol-Craving</li><li>▪ Nebenwirkungen: Übelkeit, gastrointestinale Beschwerden, Kopfschmerzen (insgesamt gut verträglich)</li><li>▪ Kontraindikationen: Opiatkonsum</li><li>▪ Empfohlene Behandlungsdauer: länger als 3 Monate</li><li>▪ Die Kombination von Naltrexon und Acamprosat steigert die Abstinenzrate um 10–20%</li></ul>	Therapieempfehlung



## Einstieg

Vertiefung I : ICD-10 Codierungen

Vertiefung II : Ätiologie

Vertiefung III : Alkoholfolgeschäden

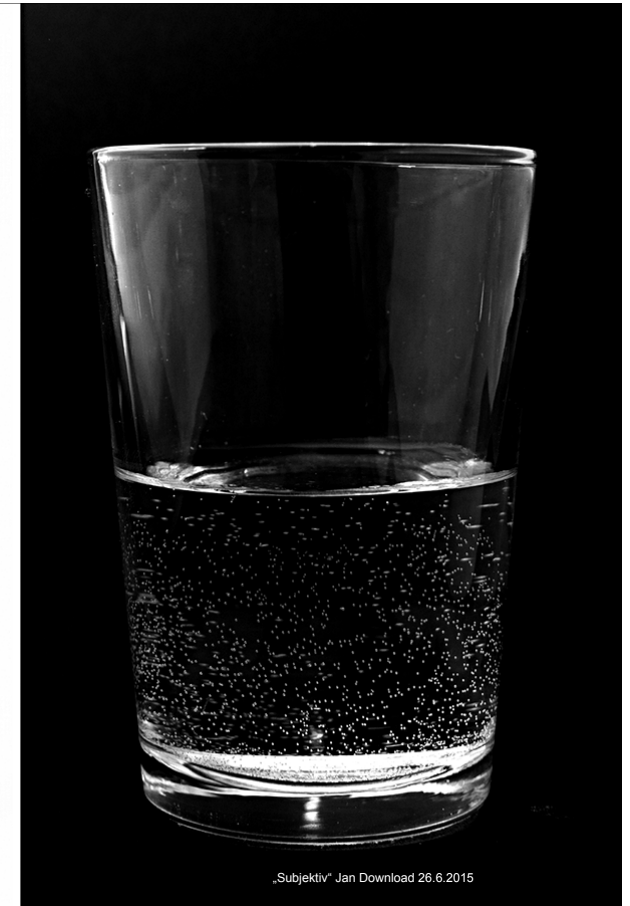
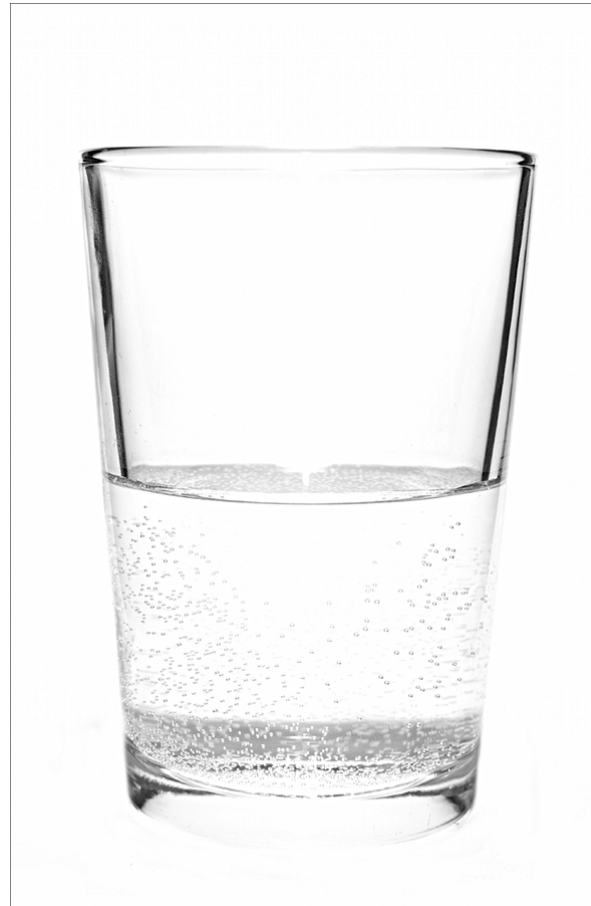
**Vertiefung IV : Therapie**

- Übersicht
- Früherkennung und Frühintervention
- Entzugsbehandlung
- Psychotherapeutische Strategien
- Pharmakologische Rückfallprophylaxe
- Erfolge der Suchttherapie**





Wie erfolgreich ist  
Suchttherapie?  
Was denken Sie?







## Wie erfolgreich ist Suchttherapie ?

Allgemeine Rezidivquoten:

- |                 |        |
|-----------------|--------|
| 1. Alkohol:     | 50-80% |
| 2. Drogen:      | 80-90% |
| 3. Medikamente: | 20-30% |

**Aber:** Welche „Erfolgskriterien“ und Ziele sind in der Suchttherapie sinnvoll und v.a. auch realistisch ???





- Obwohl der Behandlungserfolg von Entwöhnungsbehandlungen belegt ist, erleiden ca. **40–60%** der Patienten **innerhalb von ein bis zwei Jahren einen Rückfall**.
- Nur ca. 1% aller Abhängigen kommt pro Jahr zu einer stationären Entwöhnungsbehandlung.
- Abstinenzraten nach 12 Monaten:
  - qualifizierter ambulanter Entzug: 33%
  - stationäre Behandlung: 32- 55 %
- Bei Langzeituntersuchungen von 4 Jahren sinkt die Abstinenzquote ab: 7% - 23%
- Die Spontanremissionsrate für Abstinenz und deutliche Besserung wird auf ca. 19% geschätzt.
- Zur rückfallprophylaktischen Pharmakotherapie können in Kombination mit psychotherapeutischen / psychosozialen Maßnahmen sog. „Anticraving-Substanzen“ eingesetzt werden (reduzieren das Alkoholverlangen, ohne selbst Abhängigkeitspotenzial innezuhaben oder anderweitig psychotrop zu wirken).





## Sucht versus andere chronische Krankheiten

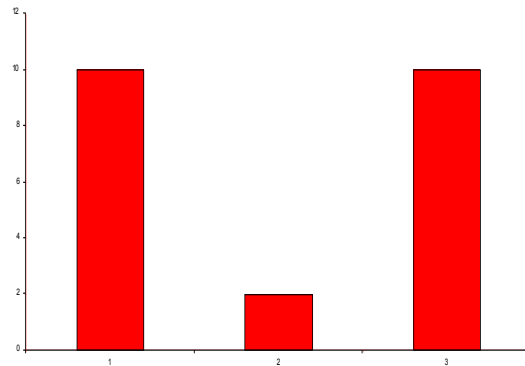
	Compliance (%)	Rückfallrate (%)
<b>Alkohol</b>	<b>30-50</b>	<b>50</b>
Opiate	30-50	40
Kokain	30-50	45
Nikotin	30-50	70
Insulinpflichtiger Diabetes		
Medikamente	<50	30-50
Diät	<50	30-50
Bluthochdruck		
Medikamente	<30	50-60
Diät	<30	50-60
Asthma		
Medikamente	<30	60-80



## Therapieerfolg bei chronischen Erkrankungen

Gabe eines Antihypertensivums:  
Entwicklung des Blutdruckes

RR

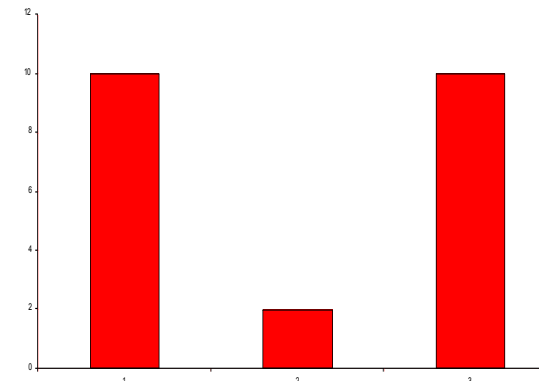


Vorher Während „Nachher“

= Behandlung ist  
GUT wirksam !

Suchtbehandlung:  
Entwicklung des Konsums

Konsum-  
menge



Vorher Während Nachher

= Behandlung ist  
NICHT wirksam ?

**Was halten Sie davon? Ideen und Einfälle?**



## Therapieziele bei chronischen Erkrankungen

Ziel-Blutdruck (nach WHO):

Optimal	<120/<80
Normal	<130/<85
Hoch Normal	130-139/85-89



„Bodytel Blutdruckmessgerät“ Pressuretel Download 26.6.2015

**Auch hier:** Welche „Erfolgskriterien“ und Ziele sind in der Suchttherapie sinnvoll und v.a. auch realistisch ???



## Paradigmenwechsel in der Suchttherapie

- Niedrigschwellige und akzeptierende Arbeit
- „Risk and harm reduction“
- Substitutionsbehandlung
- Casemanagement
- Differenzierung der Behandlungsziele





Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

# Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Aufmerksamkeit! 😊

Die kompletten Foliensätze mit allen relevanten Inhalten finden Sie im  
Downloadbereich:

<http://elearning.uke.uni-hamburg.de/m/course/view.php?id=11>