

Aktuelle Behandlungskonzepte bei Alkoholkrankheit

VI. Fachtagung - Wegweiser Psychiatrie „Sucht“
22. Februar 2014
Dr. med. univ. Florian Buchmayer

Alkoholbedingten Störungen

2

- Alkoholintoxikation
 - schädlichen Gebrauch
 - Alkoholabhängigkeit und assoziierte Syndrome:
 - Alkoholentzug, -delir
 - Psychotische Störung
 - amnestisches Syndrom
- aber auch internistische und neurologische Störungen.

Beurteilung des Alkoholkonsums

3

- **Äußere Merkmale** (Gesichtsfarbe, Foetor, Sprache, Gangbild, Affektlabilität etc.)
 - **Biomarker:** MCV, GGT (,GOT, GPT), VitB12, CDT, EtG, BAK
 - **Tests:** AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), MALT, CAGE
 - **Trinkmenge** - Schwelle: 60 bzw. 40 g/d
- AUDIT-C:**
- Wie oft trinken sie Alkohol? (0, -2, -4/m, -4, >4/w)
 - Wenn sie trinken, wieviele Gläser an einem Tag? (-2, -4, -6, -9, >10)
 - Wie oft trinken sie 6 oder mehr Gläser bei einer Gelegenheit? (0, <1/m, jeden m, jede w, jeden d)
- 4 (m) bzw. 3(w) oder mehr Pkt. → riskanter Konsum

Riskanter Konsum

4

Bsp: Jeden Samstag nach dem Tennisspiel 1 Bier, natürlich ein großes, dann abends noch zum Essen 2-3 Achterl, am Sonntag auch zu mittag ein großes Bier. Unter der Woche selten, wenn dann nur bei Anlässen.

- An bis zu 4 Tagen pro Woche = 3
 - 1 Bier = 1,5 Gläser + 2-3 Achterl = 2-3 Gläser = 2-3
 - 6 oder mehr Gläser = 0
- GESAMT = 5-6 Punkte

In Gramm: ab 24 (m) bzw. 12 (w) g/d (0,5l Bier / 1/4l Wein = ~20g)

Riskanter Konsum - Therapie

5

Minimal Intervention

- Brief / very brief intervention (EbM 1a, nach Poikolainen)
- Gesundheitsrat (EbM 1b, nach Küfner)
- 5-20min
- Arzt f. Allgemeinmedizin, Facharzt, in Praxis oder Krankenhaus
- Risiken des Alkoholkonsums, Verminderung des Trinkmenge bzw. Reduktion der Trinktage
- Bei größeren Trinkmengen: zusätzliche Beratung (EbM 1a)

Riskanter Konsum - Therapie

6

Nalmefen (neue Zulassung in Ö)

- μ -Opioidrezeptorantagonist, partieller Agonist am κ -Opioidrez.
- Einnahme ca. 1-2h vor „bewusstem“ Alkoholkonsum
- **Wirkung:**
 - Hauptziel: Reduktion der Trinkmenge
 - Reduktion des „belohnenden Effektes“ und der euphorischen Wirkung von Alkohol
- Häufige Nebenwirkungen: Übelkeit, Schwindel, Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen
- Kosten: wird derzeit nicht erstattet

Alkoholintoxikation

7

- Typische „Rausch“-Symptome, von Sprachschwierigkeiten bis Bewusstseinsverlust (Koma)
- BAK individuell unterschiedlich, ab 4 Promille letaler Verlauf möglich
- Differenzialdiagnose: Stoffwechsel- oder Elektrolytstörungen, Schlaganfall, Epilepsie, andere Intoxikation etc.

Alkoholintoxikation - Therapie

8

- Akut: Sicherung der Vitalparameter, notfallmedizinische bzw. ggf. intensivmedizinische Maßnahmen
- Subakut: Flüssigkeit (i.v.); event. Antiemetika, PPI, Analgetika
- Bei bestehender Alkoholabhängigkeit: weiteres Procedere wie bei Entzugsbehandlung (falls Pat. dies wünscht)

Alkoholentzugssyndrom

9

- Leichte Entzugssymptome müssen i.R. nicht pharmakologisch behandelt werden und klingen meist nach 2 Tagen ab.

Symptome:

- Allgemeines Unwohlsein und Schwäche, Gastrointestinal (z.B. Übelkeit, Erbrechen), Herz-Kreislauf (z.B. Tachykardien, periphere Ödeme, Hypertensive Entgleisungen), Vegetativ (z.B. Vermehrtes Schwitzen), Neurologisch (z.B. Tremor, Parästhesien, Epileptische Anfälle), Psychisch (z.B. innere Unruhe, Depressive Verstimmungen), seltene Bewusstseinsstörungen und vorübergehende Halluzinationen

Alkoholentzugssyndrom

10

- Insgesamt ist die Aktivität hemmender Neurotransmitter (**GABA**) im Alkoholentzug vermindert, die erregender (**Glutamat/NMDA**) erhöht.
- Die Symptomatologie des Alkoholentzugssyndroms kann fließend ins **Alkoholdelir** übergehen, meist innerhalb von 4 Tagen.
- Das typische Alkoholentzugssyndrom klingt innerhalb **weniger Tage** bis längstens einer Woche ab.
- **Epileptische Anfälle** treten fast ausschließlich innerhalb der ersten 48 h nach Abstinenzbeginn auf.

Alkoholentzugssyndrom - ambulante Therapie

11

- Indiziert falls keine schweren Entzugssymptome oder -folgen erwartet werden.
- Kombinationsbehandlung: **Tiaprid** und **Carbamazepin** (EbM III)
- Grundsätzlich wird von Benzodiazepinen aufgrund des Abhängigkeitspotenzials abgeraten. In der Praxis ist die Verordnung jedoch die Regel. Falls eine Compliance eher erwartet wird, dann stellen BZD in Kombination mit regelmäßigen Kontakten eine gute (bekannte) Alternative dar.
- Wesentlich: absolute Alkoholkarenz!

Alkoholentzugssyndrom - stationäre Therapie

12

- **Differenzial Diagnostik** und **Behandlung der Entzugssymptome** sowie der körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen.
- **Therapeutische Maßnahmen** zur Motivationsbildung bezüglich Abstinenz und Veränderung im Verhalten und in der Lebensführung.
- **Ohne Motivationsarbeit** weist der rein körperliche Entzug hohe Rückfallraten auf und mündet nur in wenigen Fällen in der Weiterführung der Behandlung.
- Die **qualifizierte Entzugsbehandlung** weist beeindruckende Abstinenzraten in Verlaufsuntersuchungen auf, sollte aber wegen der am Beginn des Alkoholentzugs typischen kognitiven Störungen drei Wochen nicht unterschreiten.

Alkoholentzugssyndrom - stationäre Therapie

13

- Zur Behandlung von mittelschweren bis schweren Alkoholentzugsscheinungen haben sich im stationären Rahmen zumeist Clomethiazol (Distraneurin in O nicht am Markt) oder Benzodiazepine (z. B. Diazepam 10-20 mg alle 2 h) bewährt. (EbM Ia für Anfallskontrolle, EbM Ib für andere Alkoholentzugsscheinungen)
- Bei Alkoholikern mit bekannter Neigung zu Entzugskrampfanfällen sollte allerdings im Entzug frühzeitig mit Benzodiazepinen, evtl. auch in Kombination mit Antikonvulsiva (z.B. Carbamazepin bis 1200 mg/Tag) behandelt werden. (EbM Ia)
- Antipsychotika erhöhen die Krampfbereitschaft

Alkoholentzugssyndrom - Therapie

14

Überblick:

- Benzodiazepine: Diazepam (+++ L h), Oxazepam (+ K r), Lorazepam (++ M r)
- Antikonvulsiva: Carbamazepin, Oxcarbazepin
- Tiaprid
- Vitamin B
- Adjuvantien: z.B. Pantoprazol, Metoclopramid, Magnesium
- Antihypertensiva
- Absolute Alkoholkarenz!

Alkoholabhängigkeit

15

ICD-10: F10.2 zumindest 3 Merkmale über 1 Monat oder wiederholt binnen 1em Jahr:

- Craving
- Verminderte Kontrollfähigkeit
- Körperliches Entzugssyndrom
- Toleranz
- Einengung auf die Substanz
- Anhaltender Substanzkonsum

- In Gramm: >60 (m) bzw. 40 (w) g/d
- Nachlassen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit

Alkoholabhängigkeit - Therapieziele

16



Alkoholabhängigkeit - Therapie

17

Qualifizierte Entzugsbehandlung / Langzeittherapie (EbM 4)

- Langzeittherapie/Rehabilitation: rund 3 Monate.
- Die stationäre Entwöhnungsbehandlung wird empfohlen, wenn **gravierende Störungen im körperlichen, psychischen oder sozialen Bereich vorliegen**, das soziale Umfeld des Patienten keine ausreichende Unterstützung bietet, keine berufliche Integration besteht, keine stabile Wohnsituation gegeben ist oder wiederholte Rückfälle während der ambulanten oder teilstationären Postakutbehandlung vorgekommen sind.
- Erfolg: binnen 4 Jahren rund 50% alkoholabstinent

Alkoholabhängigkeit - Therapie

18

- **KVT - Rückfallprophylaxe und -management:**
 - bewährte Strategien miteinander kombinieren mit dem Ziel, den Betroffenen für rückfallkritische Situationen zu sensibilisieren und ihm Bewältigungsstrategien zum Umgang mit diesen Situationen zu vermitteln.
- **Soziales Kompetenztraining:**
 - Das Ziel liegt auf der Einübung funktionalen, erfolgreichen Verhaltens in zwischenmenschlichen Interaktionen.
- **Paar- und Familientherapie:**
 - Es werden dysfunktionale Interaktionsmuster aufgedeckt und Möglichkeiten einer alternativen Beziehungsgestaltung erarbeitet.
- **Stressbewältigungstraining:**
 - Interventionen der -Situationskontrolle- und der -Reaktionskontrolle-
- **Retzexpositionsverfahren:**
 - Erkennen und Umgang mit kritischen Situationen bzw. Verlangen.

»Motivierenden Gesprächsführung« (Nach Miller u. Rollnick 1999)

19

Merkmale

1. Empathische Grundhaltung mit Verzicht auf Konfrontation
2. Förderung der Diskrepanzwahrnehmung und der Veränderungs-bereitschaft
3. Aufbau von Vertrauen in die Selbstwirksamkeit
4. Vereinbarung von gemeinsam erarbeiteten Behandlungszielen

Techniken

5. Offene Fragen ohne implizite Wertung
6. Reflektierendes Zuhören
7. Positive Rückmeldung
8. Strukturierende Zusammenfassung

(EbM 1a)

Alkoholabhängigkeit - Therapie

20

- Acamprosat (EbM 1a)
- Naltrexon (EbM 1a)

Eher in den Hintergrund geraten sind:

- Disulfiram
- GHB
- Trittico

Noch in klinischer Untersuchung (ohne Zulassung für diese IND) sind:

- Topiramate, Gabapentin, Ondansetron

Naltrexon (Revia, Dependex)

21

- Kompetitiver μ -Opiatrezeptorantagonist
- $t_{1/2}$ ca. 4 bzw. 13h (aktiver Metabolit), Opioidrezeptorblockade hält 3-4 Tage!, Orale BV ca. 20%
- Dosis: 1x 50 mg/d
- Cave: Opiatabhängige/-substituierte oder die Opiate im Rahmen einer Schmerztherapie erhalten
- NW: Erbrechen, Übelkeit, Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Antriebschwäche, Angstzustände, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Tremor, ...
- KI: Intoxikationen, Leberinsuffizienz, Opiatsubstitution/-analgetika

- Rückfallprophylaxe und Trinkmengen-Reduktion mit oder ohne Gesamtkonzept nachgewiesen!

Acamprosat (Campral)

22

- Indirekt antagonistischer Effekt auf das exzitatorische glutamaterge System (NMDA-Rezeptorkomplex)
- $t_{1/2}$ ca. 13h, BV ca. 11%, keine Plasmaproteinbindung, kein Lebermetabolismus, ausschließlich renale Elimination
- Dosis: 3x 2x333 mg/d
- Aufrechterhaltung der Abstinenz bei alkoholabhängigen Patienten im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes.
- Keine Trinkmengen-Reduzierende Wirkung bei Rückfällen.
- Behandlungsdauer mind. 1 Jahr empfohlen.
- NW: Durchfall, Erbrechen, Bauchschmerzen, Juckreiz, Erytheme, seltener Verwirrtheit und Schlafstörungen
- KI: Niereninsuffizienz, schwere Leberinsuffizienz

Alkoholabhängigkeit - Therapie

23

Überblick

- Psychotherapeutische Verfahren
- Soziotherapeutische Verfahren
- Psychopharmakotherapie: Naltrexon, Acamprosat

- Ambulante, teilstationäre oder stationäre Langzeitbehandlung
- Relative Alkoholkarenz: Rückfälle passieren

Alkoholdelir - Delirium tremens

24

- Das Delir beginnt typischerweise etwa am 4. Tag nach der letzten Alkoholeinnahme. In den meisten Fällen handelt es sich um ein Entzugsdelir, gelegentlich kann sich ein Delir aber auch bei fortgesetztem Alkoholkonsum (sog. Kontinuitätsdelir) entwickeln (eine leichte Reduktion reicht aus).
- Häufig treten Delire nach schwereren Verletzungen, Unfällen, aber auch postoperativ auf.
- Fast obligat sind Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus.
- Optische und selten auch akustische Halluzinationen, die häufig etwas Traumartiges haben, werden berichtet. Meist handelt es sich um massenhafte Bewegungen kleiner Tiere. Als akustische Halluzinationen werden Stimmen, v. a. aber auch Musik wahrgenommen.
- Verfolgungsgedanken, auch Eifersuchtsideen treten hinzu.

Alkoholdelir - Therapie

25

- Delire erfordern aufgrund der Schwere der Symptomatik **grundsätzlich eine stationäre Behandlung**.
- Das Vollbild eines Delirium tremens ist eine lebensbedrohliche Situation, die Patienten sind in der Regel **intensivpflichtig**.
- Kontrolle bzw. Therapie von Vitalparametern, Drogenscreening, Wasser- und Elektrolytimbalancen, Angstlösung, Vitamin B1 Gaben.
- **Benzodiazepine und hochpotente Neuroleptika**
- **Thiamin 50mg i.m. (EbM IIb)**
bei schweren Fällen 1xtgl. - Sonst in längeren Intervallen

Zusammenfassung

26

- Erkennen und Behandeln von Alkoholmiss- bzw. gebrauch im Sinne der psychiatrischen Diagnosen
- 3 Interventionssäulen: Psychotherapeutisch - Soziotherapeutisch - Pharmakotherapeutisch
- Behandlung des Entzugssyndroms mit Benzodiazepinen über 7 bis 10 Tage mit engmaschigen Kontakten
- Weiterbehandlung nach Entzügen mit Anticravingsubstanzen über 6-12 Monate bei kontinuierlichen stützenden Kontakten sowie unter Einbeziehung von komorbiden Störungen

Referenzen

27

- Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Band 11: Alkoholare Psychiatrie, Band 2: Sonstige Psychiatrie, Autor: Hans-Jürgen Ellen, Gerd Hagmann, Hans-Peter Gatzert, A. Wolff, Hans-Bernd U. Ehr, Aufl. 2011, Springer-Verlag Berlin Heidelberg
- Handbuch der Psychopharmakotherapie, G. Gröber, O. Benkert, 2. Auflage 2012, Springer-Verlag Berlin Heidelberg
- Handbuch Alkohol: Österreich, Band 11: Symptome und Zahlen 2013 5. Auflage, vollständige überarbeitete Auflage A. Uhl, S. Bachinger, A. Rahn, J. Stroh, U. Wolke, W. Haidich, Wien: Bundesministerium für Gesundheit (2013)
- Handbuch Alkohol: Österreich, Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009 erstellt, überholtste und ergäuzte Auflage A. Uhl, S. Bachinger, H. Rahn, A. Rahn, A. Springer, K. Kopp, W. Bergböck, I. Eisenbach-Stangl, W. Philippinger, M. Rastak, Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2009
- Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen, H. Dilling, H. Freyberger, 6. überarb. Auflage, 2012, Huber, Bern
- ClinCum NeuroPsy 3/2013, OGP, MedizinMedienAustria

