

**Dr. med. Roger Beyer, Oberarzt**  
**Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie**  
**KRH Psychiatrie Wunstorf**

**Komorbidität Sucht und psychische Erkrankungen**

(Grundlage der Dokumentation ist eine zur Verfügung gestellte Power-Point-Präsentation)

Fallvignette Herr D.

60 J. alter Patient, 1. Aufnahme in die Klinik

- Hausärztliche Zuweisung in die Gerontopsychiatrie wg. zunehmender depressiver Symptome mit führender Unruhe
- Anamnestisch rezidivierend depressive Phasen, Auslöser jetzt Streit mit Mietern
- Klinisch ängstlich, unruhig, depressive Stimmung, erhaltene Schwingungsfähigkeit, keine akute Suizidalität, keine wahnhaften oder andere psychotischen Symptome; kognitive Fähigkeiten klinisch altersgemäß
- Bei Aufnahme 1,22 g‰ (16:00)
- Gibt an, zuletzt am Vorabend Alkohol getrunken zu haben, trinke nicht regelmäßig
- Erleidet am 3. Tag einen generalisierten Krampfanfall
- Fremdanamnese durch Ehefrau ergibt regelmäßigen (täglichen) Alkoholkonsum seit Jahren
- Benzodiazepinkonsum (verordnet) seit ca 14 Tagen wg. Unruhe
- Es folgt Verlegung in die Suchtklinik
- Nach Abklingen eines vegetativen Entzugssyndroms deutlicher Rückgang der Unruhe, depressive Stimmungslage rückläufig
- Weiter differente Einschätzung der Bedeutung des Alkoholkonsums zwischen Patient/Ehefrau/Team

Klin. Chemie									
Kalium						4.1		mmol/l	3.8-5.0
Natrium						136		mmol/l	135-145
Calcium						2.36		mmol/l	2.2-2.5
AST						37	↗	U/l	0-35
ALT						47	↗	U/l	0-45
Gamma-GT						108	↗	U/l	9-55
Bilirubin						0.67		mg/dl	0-1.00
CK						47		U/l	0-171
Amylase i. S.						47		U/l	25-115
Lipase						183		U/l	114-286
Kreatinin i. S.						1.07		mg/dl	0.6 - 1.1
Harnstoff						16		mg/dl	15-45
Glucose i. S.						172	↗	mg/dl	74-106
CRP						0.08		mg/dl	0-0.50
Hämatologie									
Leukozyten						11.3	↗	tsd/µl	4-10
Ery						4.91		mil/µl	4.1-6.0
Thrombozyten						199		tsd/µl	150-450
Hämoglobin						15.8		g/dl	12-18
Hämatokrit						45.7	↗	%	37-45
MCV						93		fl	77-102
Hbe						32		pg	28-36
MCHC						35		g/dl	32-36
Lympho %						17	↘	%	20-45
Lympho abs.						1.9		tsd/µl	1-4
Mono./Eos.						8		%	3-12
Mono./Eos. abs.						0.9		tsd/µl	0.2-1.0
Neutro./Stab. %						75	↗	%	50-70
Neutro./Stab. abs.						8.5	↗	tsd/µl	4-7
Ery-Volumen						43.8		fl	37-54
Thrombo.vol.						13.8		fl	9-17
Mittl. Thromb.vol.						10.5		fl	9-13
Gr. Thrombos %						29.5		%	15-35

### Fallvignette Frau E.

- Aufnahme nach Suizidversuch mit Alkohol und Schlaftabletten in der Suchtklinik
- Zuvor bereits mehrere stationäre Entgiftungsbehandlungen in somatischen Kliniken
- Dort jeweils Entlassung nach wenigen Tagen auf Wunsch der Patientin: „ich halte es in der Klinik nicht aus“, Patientin lebt allein
- Jeweils keine gravierenden Hinweise auf manifeste Eigengefährdung -> keine fürsorgliche Zurückhaltung
- Hier zunächst vegetativer Entzug
- Aufgrund des vorangegangenen Suizidversuchs nach Entlassungswunsch der Patientin Unterbringung nach NdsPsychKG
- Nach Abklingen des Entzuges wird depressive Symptomatik sichtbar
- Affektive Schwingungsfähigkeit massiv eingeschränkt
- Fühlt sich wertlos, massive Schuldgefühle ohne hinreichend nachvollziehbaren Hintergrund
- Kein tragendes soziales Umfeld zu eruieren, arbeitslos, Vereinsamung über Jahre hinweg nach depressivem Rückzug, im Verlauf Alkoholkonsum

### Diagnosekriterien der Sucht, Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10, Kapitel F

Mindestens drei der nachfolgenden Kriterien waren irgendwann innerhalb des letzten Jahres erfüllt:

- starker Wunsch, die Substanz einzunehmen
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
- körperliches Entzugssyndrom
- Nachweis der Toleranzentwicklung
- Vernachlässigung anderer Interessen
- anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen

### Diagnosekriterien des Substanzmissbrauchs, Missbrauch nach ICD 10, Kapitel F

Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann körperlich (z. B. Hepatits, PNP etc.)

oder

psychisch (z. B. Depression nach massivem C2-Konsum) sein

nach DSM auch soziale Folgen berücksichtigt (Verlust des Arbeitsplatzes etc.)

### **Alkoholgehalt verschiedener Getränke**

Getränk	Alkoholgehalt	Menge	reiner Alkohol
Bier	ca. 5 Vol. %	0,2 l	ca. 8,0 g
Wein	ca. 10 Vol. %	0,1 l	ca. 8,0 g
Sekt, trocken	ca. 10 Vol. %	0,1 l	ca. 8,0 g
Wermut	18 Vol. %	0,2 l	14,4 g
Eierlikör	20 Vol. %	2,0 cl	3,2 g
Fruchtlikör	30 Vol. %	2,0 cl	4,8 g
Korn	32 Vol. %	2,0 cl	5,0 g
Kräuterlikör	33 Vol. %	2,0 cl	5,2 g
Obstler	35 Vol. %	2,0 cl	5,6 g
Weinbrand	40 Vol. %	2,0 cl	6,4 g
Whiskey	50 Vol. %	2,0 cl	8,0 g
Calvados	55 Vol. %	2,0 cl	8,8 g

bei **Frauen** heute mit **täglich höchstens 12 g Alkohol** (= 0,3 l Bier od. 1/8 l Wein )

und bei **Männern** mit **täglich höchstens 24 g Alkohol** (= 0,6 l Bier od. 1/4l Wein )

### **Riskanter Alkoholkonsum**

Riskanter Alkoholkonsum 12-Monats-Prävalenz	Gesamt %	Männer %	Frauen %	N
>12/24g Reinalkohol pro Tag	18,3	20,9	15,6	9.500.000
>20/30g Reinalkohol pro Tag	11,4	15	7,5	5.900.000

Quelle: Pabst, 2008

### **Alkoholbezogene Störungen\*, \*\***

12-Monats-Prävalenz	Gesamt %	Männer %	Frauen %	N
DSM-IV Missbrauch	3,8	6,4	1,2	2.000.000
DSM-IV Abhängigkeit	2,4	3,4	1,4	1.300.000

\*Datenquelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2006 / Basis Alter:18-64-Jährige / Basis Bevölkerung: 52.010.517 Personen (Stand: 31.12.2005, Statistisches Bundesamt)

\*\* einander ausschließend (disjunktiv)

\*\*\* KI = Konfidenzintervall

Quelle: Pabst, 2008

### **Die Verschiedenen Ebenen einer Depression Psyche - Körperlich - Verhalten**

#### **Psyche**

Denken, Fühlen, Motivation sind beeinträchtigt

- Niedergeschlagenheit
- Gefühl der Sinnlosigkeit
- Interesselosigkeit
- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Gefühl der Gefühllosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken

#### **Körperlich**

- Gewichtsabnahme, verminderter Appetit
- Schlafstörungen: Durchschlafstörungen, Morgentief
- Druck- und Engegefühl im Hals und über der Brust
- Schweißausbrüche, Herzklopfen,
- rheuma-ähnliche chronische Schmerzzustände
- Sexuelle Lustlosigkeit
- Kraftlosigkeit und fehlende Frische, rasche Erschöpfbarkeit

#### **Verhalten**

- Sozialer Rückzug
- Psychomotorische Hemmung / Agitiertheit
- Veränderte (Körper) - Sprache
- Antriebslosigkeit / Apathie
- Suizid, Suizidversuche, Suizidankündigungen

## Störungen, die häufig mit stofflichem Missbrauch einhergehen

- Angsterkrankungen (Angst- und Panikstörungen, Phobien)
- depressive Störungen
- manische Störungen
- schizophrene Störungen
- Persönlichkeitsstörungen (z. B. depressiv, narzisstisch, emotional instabil, ...)

### "Stabiles System"

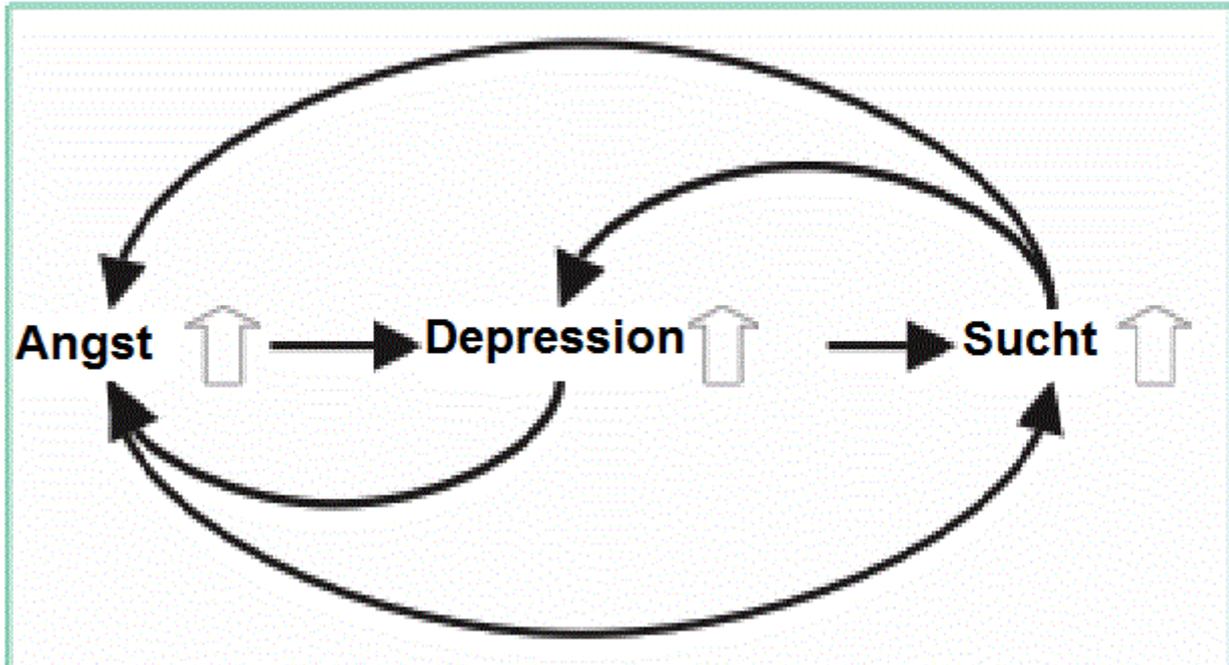


Abbildung: Aufschaukelung des Systems durch gegenseitige Verstärkung

## Zahlen zur Komorbidität

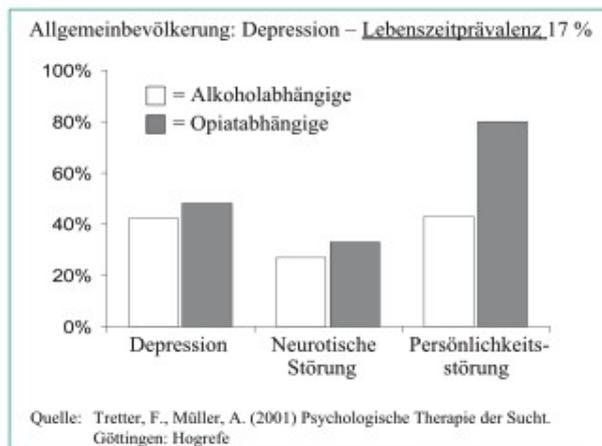


Abbildung 1: Relative Häufigkeit (life-time) psychischer Störungen bei Substanzabhängigkeit in aktueller Behandlung

## Häufigkeit von DD-Patienten

- 2000 (Swofford): Substanzmissbrauch bei 47% der Schizophrenie-Kranken
  - 2001 (Little) Ca 50% der Sucht-Patienten haben im Laufe ihres Lebens eine zweite psychiatrische Erkrankung
  - BZgA 2008: 69% der Ecstasy-User weisen mindestens eine psychische Störung aus dem Kreis Angst oder Depression auf
  - Bis zu 50 % aller stationär-psychiatrischen Patienten einer Universitätsklinik weisen ein traumatisches Ereignis in der Vorgeschichte auf, bis zu 30 % erfüllen die Kriterien einer PTBS (Schäfer et. al., mündl. Mitteilung)
- M:F ca 1:1,5 unabhängig von Primärdiagnose

## Psychiatrische Diagnosen

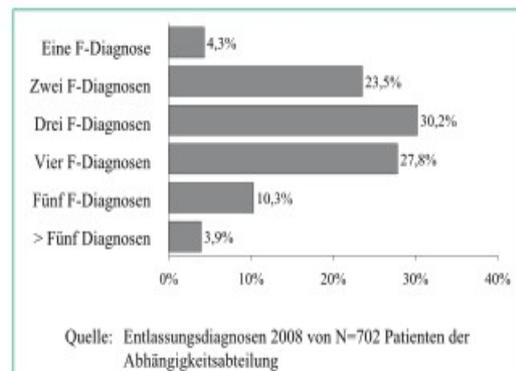
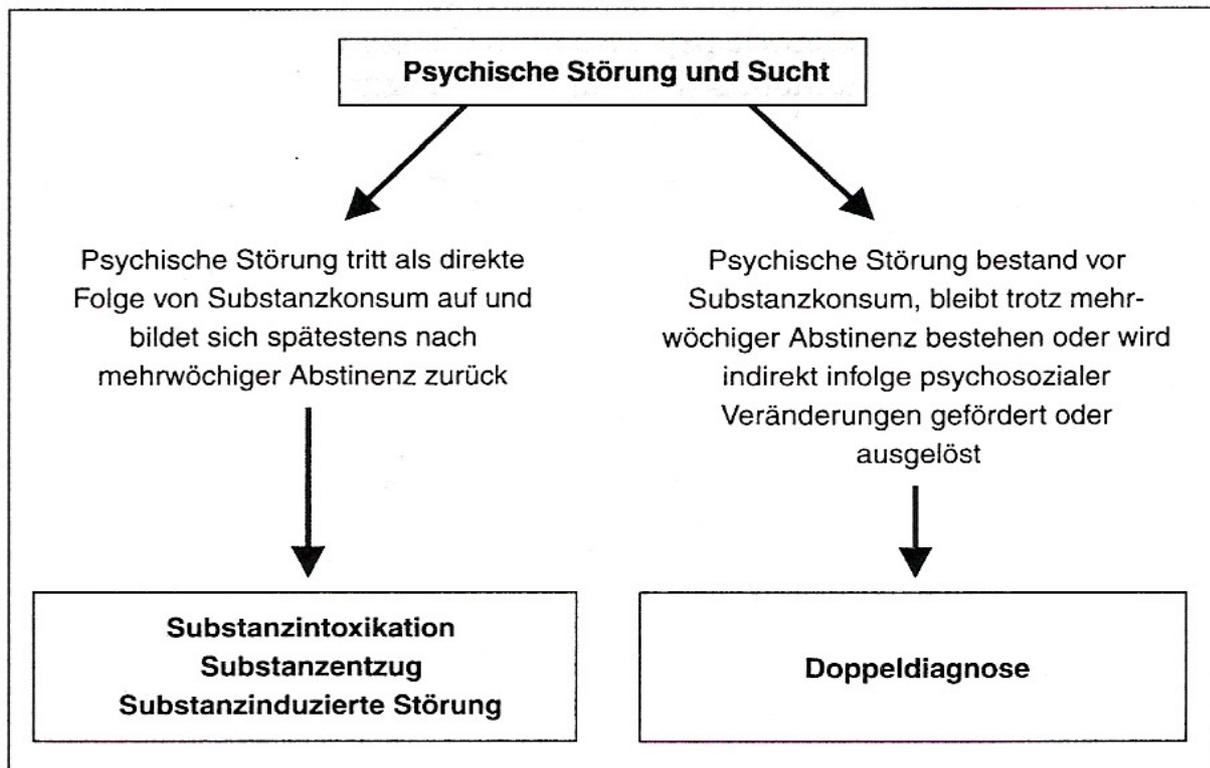


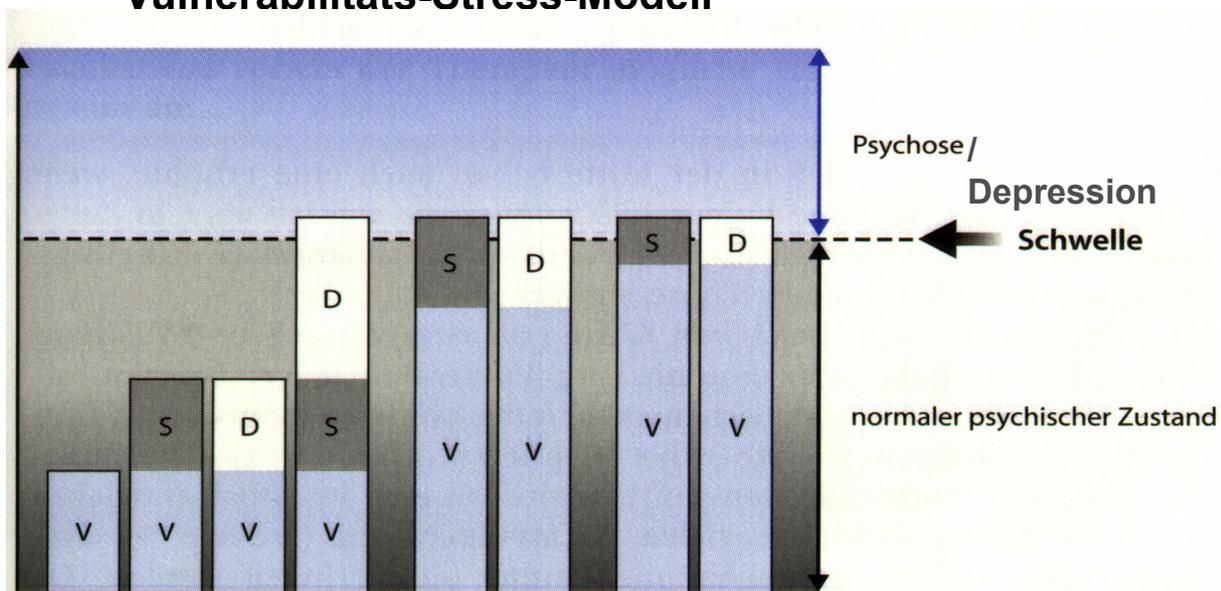
Abbildung 2: Anzahl der F-Diagnosen



## Modelle für die Ko-Morbidität

- **Selbstmedikation** bei Positivsymptomen (Unruhe, Schlafstörungen, Angst) → Cannabis, Alkohol, Benzodiazepine
- Selbstmedikation bei Negativsymptomen (Anhedonie, Antriebs- und Kontaktarmut) → Cannabis, Amphetamine
- Selbstmedikation bei NW der Medikation (Anhedonie) → Cannabis, Amphetamine
- Konsum als Möglichkeit der **Affektregulation** (u.a. auch bei unspezifischen Prodromalsymptomen)
- **Supersensitivitätsmodell**
- **social drift** Hypothese

# Depression und Sucht - Vulnerabilitäts-Stress-Modell



## Zum therapeutischen Vorgehen

**Die Kunst des Arztes ist es, den Patienten solange zu amüsieren, bis die Natur ihn heilt.**  
Voltaire 1694 – 1778

## Therapeutisches Vorgehen

- Ablegen der „Scheuklappen“
- Strukturierte Diagnostik der Komorbidität
- Offenes Nachfragen: Suizidalität, Konsumverhalten, Trauma in der Vorgeschichte?
- Fokus auf der Funktion des Suchtmittels
- Fokus auf den Folgen des Konsums
- Persönlich
- Im Umfeld
- !Fremdanamnese! (im Beisein des Patienten)
- Integrierte Therapie, sequenzielles Vorgehen nicht sinnvoll
- Ausnahme: schwere Entzüge, ausgeprägte psychotische Symptome - dann: erst Stabilisierung der führenden Symptomatik für einige Tage
- Frühzeitige Vorbereitung der Nachsorge

- Indikation zur stationären oder ambulanten Rehabilitation?
- „Arbeitsversuch“?
- Kombination aus psychotherapeutischen, medikamentösen und ergänzenden Bausteinen in der Regel sinnvoll
- Medikamentöse Behandlung entsprechend Leitlinien der Depressionsbehandlung
- Antidepressiva bei schwerer Episode obligater Bestandteil, ggf. ergänzt durch Neuroleptika
- Cave Selbstmedikation mit „Naturheilmitteln“: Interaktionen!!
- Benzodiazepine als „Krisenmedikation“ gelegentlich unverzichtbar
- Keine langfristige Benzodiazepin-Gabe  
Vgl. Dt. Ärzteblatt 45/08

## **Psychotherapie**

### Differenzialindikation entsprechend der Diagnostik im Vulnerabilitäts-Stress-Modell:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Interpersonelle Therapie
- Systemische Therapieformen
- Psycho-Edukation ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen

### Suchtbehandlung: Grundhaltung

- Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell analog zu anderen psychiatrischen Erkrankungen
- Gesprächs-Einstieg über die Auswirkungen des Konsums häufig hilfreich
- Offene Fragen
- Kein „gemeinsames Verschweigen“ des Konsums
- Kontrolle der eigenen Gegenübertragung/Gefühle
- „Motivation“ ist ein dynamischer Prozess
- Motivation ist Ergebnis und nicht Voraussetzung einer Behandlung
- Konfrontatives Vorgehen behindert die Motivationsbildung
- Verbalisieren (auch kleiner) Erfolge ist hilfreich
- Achten der eigenen Grenzen als Schutz vor Burn-out
- Technik des „Motivational Interview“

## **Struktur der Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie**

Tagesklinik Linden, Institutsambulanz, 5. Stationen, Tagesklinik-Behandlung auf allen Stationen

Station 2.1. (18 Betten) Weiterführende Behandlung

- offenes Setting
- einfache Alkohol-Entzugsbehandlung
- Ko-Morbidität Depression, Angststörung

Station 2.2. (18 Betten) Aufnahmestation

- offenes Setting
- Qualifizierter Drogenentzug

Station 2.3. (18 Betten)

- Hoch strukturiertes, fakultativ offenes Setting
- Psychiatrische Krisenbehandlung incl. akute Suizidalität
- Co-Morbidität Psychose und Sucht, Org. Psychosyndrome und Sucht

Station 2.4. (18 Betten) Weiterführende Station

- offenes Setting
- Co-Morbidität Psychose und Sucht
- organische Psychosyndrome und Sucht

Für die Stationen 2.3. und 2.4. gibt es gemeinsame Therapieangebote

Station 5.0. (10 Betten) Akut-Aufnahme, Wachsaalbereich

- geschlossen, fakultativ offenes Setting
- Wachsaalpflichtiger Entzug
- Wachsaalpflichtige psychiatrische Krisen

Station 5.1. (24 Betten) Akut-Aufnahme

- offenes Setting
- Qualifizierte Alkohol-Entzugsbehandlung