

Psychiatrische Begleiterkrankungen bei Alkoholabhängigkeit

R. Gammeter

Einleitung

Induzierte versus unabhängige Störungen

Personen mit einer Alkoholabhängigkeit haben ein höheres Risiko als die Gesamtbevölkerung, an psychiatrischen Symptomen zu leiden. 50 bis 70% der Alkoholabhängigen erfüllen die Kriterien für eine schwere psychiatrische Störung [1]. Schukit [2] schlägt vor, dabei zwischen den durch Alkoholintoxikation oder -entzug hervorgerufenen Störungen einerseits

(siehe Tab. 1) und den vom Alkoholkonsum oder -entzug unabhängigen Störungen andererseits zu unterscheiden. Gemäss DSM-IV [3] muss eine bestimmte, durch exogene Substanzen bedingte psychische Störung den diagnostischen Kriterien der betreffenden Störung genügen, mit der zusätzlichen Bedingung, dass ihr Auftreten durch die Substanz hervorgerufen wurde. Beispielsweise müssen für die Diagnose «alkoholinduzierte Depression» gemäss DSM-IV die Kriterien einer depressiven Störung nach DSM-IV erfüllt sein.

Diese Unterscheidung in induzierte bzw. unabhängige Störungen ist prognostisch und therapeutisch wesentlich, denn psychiatrische Symptome, die anlässlich von Überkonsum oder Entzug aufgetreten sind, gehen meist nach 4 bis 6 Wochen Abstinenz zurück.

Tabelle 1. Induzierte Störungen.

Alkoholintoxikation
Alkoholentzug
Delirium durch Alkoholintoxikation
Delirium durch Alkoholentzug
Alkoholinduzierte persistierende Demenz
Alkoholinduzierte persistierende amnestische Störung
Alkoholinduzierte psychotische Störung
Alkoholinduzierte affektive Störung
Alkoholinduzierte Angststörung
Alkoholinduzierte sexuelle Dysfunktion
Alkoholinduzierte Schlafstörungen

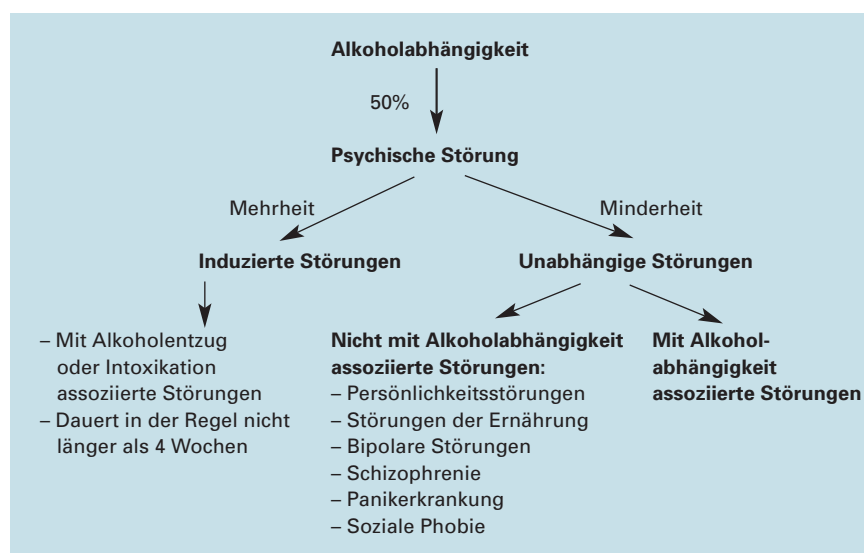
Unabhängige, aber mit Alkoholabhängigkeit assoziierte Störungen

Mehrere vom Konsum selbst unabhängige psychiatrische Störungen finden sich bei Alkoholabhängigen häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Dies sind die unabhängigen mit Alkoholabhängigkeit assoziierten Störungen [2]. Zum Beispiel ist die Prävalenz von bipolaren Störungen in der Allgemeinbevölkerung 1%, bei Alkoholabhängigen 4%. Weitere mit Alkohol-

Korrespondenz:
Dr. med. Roland Gammeter
Centre de Traitement d'Alcoologie
clinique d'alcoologie
site de Cery
CH-1008 Prilly

roland.gammeter@inst.hospvd.ch

Abbildung 1.
Alkoholinduzierte Störungen (DSM-IV).



abhängigkeit assoziierte Störungen sind Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Schizophrenie, in einem geringeren Ausmass auch gewisse Angststörungen, darunter Panikerkrankung und soziale Phobie. Diese mit der Alkoholabhängigkeit assoziierten unabhängigen psychiatrischen Erkrankungen sind relativ häufig und müssen erkannt werden, denn die psychische Störung und die Alkoholproblematik beeinflussen sich gegenseitig ungünstig, wenn eine der beiden nicht behandelt wird.

Abbildung 1 stellt die drei verschiedenen Ebenen schematisch dar.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die wichtigsten psychiatrischen Störungen, die zusammen mit der Alkoholabhängigkeit auftreten können und erörtert die grundlegenden Prinzipien, die bei der Behandlung dieser Komorbidität zu beachten sind.

Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Ernährung

Persönlichkeitsstörungen

In epidemiologischen Studien variierte die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Alkoholabhängigen zwischen 30 bis 80% [4], wobei die höchsten Werte bei hospitalisierten Patienten gefunden wurden. Diese Studien haben das Konzept der Suchtpersönlichkeit und der prä-alkoholischen Persönlichkeit, wie es von den Psychoanalytikern vertreten wurde, entkräftet. Es gibt keinen für Alkoholabhängige charakteristischen Persönlichkeitstyp, man kann auch bei diesen Personen alle Persönlichkeitsstörungen wiederfinden. Die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen wird häufig überschätzt, weil beim Beginn der Behandlung zusätzlich induzierte Störungen vorliegen können, was die Diagnose verfälschen kann. Durch die Verwendung einer semistrukturierten Gesprächsführung kann diese Gefahr vermieden werden [5].

Die antisoziale Persönlichkeit

Die antisoziale Persönlichkeit verdient besondere Aufmerksamkeit, denn es handelt sich um eine in der Allgemeinbevölkerung seltene, bei Alkoholabhängigen jedoch häufige Störung. Die Lebensprävalenz der antisozialen Persönlichkeit bei Alkoholabhängigen beträgt etwa 15% bei Männern, 5% bei Frauen; damit ist sie 10mal höher als in der Allgemeinbevölkerung [1]. Schuckit [2] empfiehlt eine restriktive Definition dieser Störung. Er stellt diese Diagnose bei Personen, die spätestens mit 15 Jahren antisoziale Probleme gezeigt haben, charakterisiert durch Missachtung und Verletzung der Rechte anderer in folgenden vier Lebensbereichen: Familie, Schule, Gesetz, Freunde. Dabei müssen diese Probleme in Erscheinung getreten sein, bevor sich eine Alkohol- oder Drogen-

abhängigkeit etablierte. Diese Personen haben ein höheres Risiko, eine Polytoxikomanie zu entwickeln, und sie weisen in der Regel eine Laufbahn von schwerer Delinquenz und Gewalt auf. Was die Therapie anbelangt, muss man berücksichtigen, dass stationäre Behandlungsprogramme die antisoziale Persönlichkeitsstörung nicht wesentlich beeinflussen. Je weniger diese Patienten trinken, desto geringer ist die Gefahr einer Verschlimmerung der rechtlichen und sozialen Probleme, und desto eher steigen ihre Chancen, sich einigermaßen in der Gesellschaft einordnen zu können. Dieser Zusammenhang bildet Grundlage des Behandlungskonzepts.

Alkoholismus und Essstörungen

Diese Assoziation, die man vor allem bei Frauen findet, ist häufig und man muss danach suchen. Man kann sie bei allen Arten von Störungen sehen; in den meisten Fällen ist der Alkoholismus sekundär und Teil einer allgemeinen, meist zum Formenkreis der Borderline-Persönlichkeit gehörenden Persönlichkeitsstörung.

Affektive Störungen

Bipolare affektive Störung

Bipolare affektive Störungen sind bei Alkoholabhängigen 4mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Studien über familiäre Häufung von psychiatrischen Erkrankungen und Suchtmittelabusus dürften in naher Zukunft Klarheit darüber bringen, auf welche Weise diese Krankheiten kausal verknüpft sind (zum Beispiel könnte die Herabsetzung von Hemmungen in der manischen oder hypomanen Phase auch den Bremsmechanismus für Alkoholkonsum ausser Kraft setzen und so eine Alkoholabhängigkeit nach sich ziehen), oder aber eine gemeinsame genetische Disposition für beide besteht.

Depression

Depression ist bei Alkoholabhängigen sehr häufig. Bei Behandlungsbeginn leiden 40% dieser Patienten daran, nach 4 Wochen stationärer Entziehungsbehandlung fällt diese Rate auf 4% ohne zusätzliche Antidepressiva-Behandlung [6]. Allerdings beträgt die lebenslange Prävalenz für Depression auch in der Allgemeinbevölkerung 15%, somit wird ein beträchtlicher Teil der Alkoholabhängigen unabhängig von ihrer Alkoholerkrankung eine depressive Episode durchmachen; eine solche Episode muss ausgeschlossen werden.

Spezielle Aufmerksamkeit erfordern Suizidgedanken. Sie sind in der Mehrzahl Folge der psychoaffektiven und kognitiven Störungen aufgrund massiven Alkoholkonsums. Obschon es

sich dabei um sekundäre Folgeerscheinungen handelt, müssen sie als Zeichen einer lebensgefährlichen Situation ernst genommen werden. Die Häufigkeit von Suizid ist bei Alkoholikern 8- bis 10mal höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Angststörungen

Fast 90% der Alkoholabhängigen haben keine Angststörungen, weder induzierte noch unabhängige, aber in mehreren Studien wurde gezeigt, dass bei dieser Population die Lebensprävalenz von **Panikerkrankungen** und **sozialer Phobie** etwa 3mal höher liegt als in der allgemeinen Bevölkerung [1, 7, 8]. Es sei darauf hingewiesen, dass manche Patienten typische morgendliche Panikattacken beschreiben, die eigentlich auf den Entzug zurückzuführen sind und die sich ohne spezifische Behandlung bessern, wenn es gelingt, über längere Zeit Abstinenz aufrechtzuerhalten.

Was **posttraumatischen Stress (PTSD)** und **generalisierte Angst** anbelangt, sprechen einige Studien [9] für eine Assoziation zwischen diesen Störungen und Alkoholabhängigkeit. Diese Resultate müssen jedoch noch durch weitere Studien bestätigt werden, bevor man endgültig auf eine Assoziation schliessen darf.

Akute psychotische Störungen und Schizophrenie

Wernicke-Enzephalopathie, Delirium und alkoholinduzierte psychotische Störungen

5% der Alkoholiker entwickeln bei starkem Konsum und manchmal bei Entzug eine alkoholinduzierte psychotische Störung von paranoidem Charakter, welche es zu unterscheiden gilt von einem Delirium oder einer Wernicke-Enzephalopathie; diese letzteren beiden Zustände sind besonders durch Verwirrung und Desorientierung charakterisiert. Die Halluzinationen bei der alkoholinduzierten psychotischen Störung sind auditiv, während beim Delirium taktile und/oder visuelle Halluzinationen beobachtet werden. Die Wernicke-Enzephalopathie ist selten, aber trotzdem müssen Kurzzeitgedächtnisstörungen mit Konfabulation und begleitenden neurologischen Symptomen (Ataxie, Nystagmus, Ophthalmoplegie) ausgeschlossen werden, denn etwa ein Drittel der Patienten mit Wernicke entwickeln dauerhafte Gedächtnisstörungen (Korsakoff-Syndrom). Vorsichtshalber ist bei Vorliegen dieser Trias eine parenterale Thiaminbehandlung unbedingt angezeigt.

Bei der induzierten psychotischen Störung ist eine Hospitalisation mit einer zeitlich befristete-

ten antipsychotischen Medikamentenbehandlung notwendig, um den Patienten vor sich selbst zu schützen. Wenn nicht eine vorbestehende Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vorliegt, wird sich die psychotische Symptomatologie innerhalb weniger Tage bis 4 Wochen zurückbilden.

Schizophrenie

Die Mehrzahl der psychotischen Störungen bei Alkoholabhängigen sind toxischer Natur, jedoch kommen Alkoholismus und Schizophrenie gehäuft gemeinsam vor. Die Prävalenz von Alkoholabhängigkeit in der Allgemeinbevölkerung liegt bei 5%, jedoch weisen 20% bis 50% der Schizophrenen die Kriterien von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit auf [10].

Schizophrene sind auch überdurchschnittlich häufig nikotinabhängig (78% bis 88% je nach Studie) und abhängig von Psychostimulantien (2- bis 5mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung). Batel hat eine neue Literaturübersicht über das Problem des Abusus verschiedener Substanzen bei Schizophrenen verfasst [10]. Er führt darin die beiden am häufigsten vorgebrachten Hypothesen über die beobachtete starke Assoziation aus.

1. Hypothese einer gemeinsamen genetischen Prädisposition, welche beide Störungen über neurobiologische Mechanismen nach sich zieht.
2. Hypothese der Selbstmedikation: Schizophrene greifen auf psychotrope Substanzen zurück, um sich gegen negative Symptome wie Zurückgezogenheit, affektive Verflachung und gegen aus der Krankheit entstehende Defizite selbst zu behandeln.

Adoptions- und Zwillingsstudien konnten keine konsistente genetische Verbindung zwischen Alkoholismus und Schizophrenie zeigen. Es wurden klinische Studien bei schizophrenen Patienten durchgeführt; die Patienten wurden darüber befragt, was für Wirkungen sie durch die Einnahme der verschiedenen Substanzen suchten (self report studies). Diese Studien zeigen widersprüchliche Resultate, ein und dieselbe Substanz wird einmal als hilfreich zur Bekämpfung von negativen Symptomen und von Neuroleptikanebenwirkungen empfunden, ein andermal als schädlich, indem sie floride psychotische Symptome wie Wahnsinn und Halluzination verstärkt.

Diagnostisches Vorgehen, Therapie

Induzierte psychiatrische Störungen

1. **Unterscheiden von induzierten und unabhängigen Störungen:** Zunächst muss der praktizierende Arzt bei Patienten mit Pro-

blemkonsum bei Auftreten einer zusätzlichen psychiatrischen Störung stets die Differentialdiagnose einer induzierten Störung mit in Betracht ziehen. Da induzierte Störungen häufiger sind, geht es in erster Linie darum, unabhängige Störungen auszuschliessen. Man muss sich daher vergewissern, dass die Störung weder vor Beginn des Abusus oder der Abhängigkeit noch während einer längeren Abstinenzperiode auftrat und nicht über längere Zeit nach Absetzen des Konsums persistierte (mehr als etwa ein Monat).

2. **Den Patienten über den kausalen Charakter informieren:** Ist eine unabhängige Störung ausgeschlossen, soll der Patient darüber orientiert werden, dass es sich bei seinen Angst-, depressiven oder psychotischen Symptomen um eine vorübergehende Folge des Alkoholkonsums handelt. Die Therapie ist ursächlich. Falls nötig, kann für eine beschränkte Zeit eine geeignete Medikation verordnet werden.
3. **Vorsicht bei der Verschlechterung der psychiatrischen Störung unter dem Entzug:** Willigt der Patient beispielsweise bei einer Abhängigkeit in eine ambulante Entziehungskur ein, muss er ebenfalls darüber orientiert werden, dass sich seine Symptome (speziell die Angstsymptome) während des Entzugs verschlimmern können, dass man sie aber mit Medikamenten lindern können und die Symptome sich rasch bessern werden.

Unabhängige psychiatrische Störungen

Grundprinzip: Wenn Risiko- oder Problemkonsumenten eine unabhängige psychiatrische Begleiterkrankung zeigen, dann müssen beide Probleme behandelt werden.

- Der Arzt in der ambulanten Praxis muss je nach seinen Kompetenzen in den betreffenden Gebieten und je nach Schwere der Symptome entscheiden, ob er den Patienten an einen Spezialisten überweisen soll. Hierzu zwei Beispiele: Wenn bei einem Patienten mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung ein Alkoholabhängigkeitssyndrom vorliegt, ist eine Behandlung in einem Netzwerk angezeigt (behandelnder Arzt, Psychiater, und Mitarbeiter des spezialisierten Netzwerks für Alkoholprobleme). Ein Patient mit Panikerkrankung, der sich deswegen im Sinn eines Risikoalkoholkonsums selbst mediziert, sollte einen Psychiater aufsuchen, könnte aber zusätzlich auch von einer Kurzintervention [11] durch den behandelnden Arzt profitieren.
- Für die Praxis im Spital gibt Schuckit folgende Ratschläge: Es soll eine gute Zusammenarbeit zwischen den für Suchtkranke verantwortlichen Teams und den psychiatrischen Teams aufgebaut werden. Es muss auf alle

Fälle vermieden werden, dass jeder denkt, der Patient gehöre in den Verantwortungsbereich des anderen Teams, oder umgekehrt, ausschliesslich in den Bereich des eigenen Teams. Die Verantwortung muss geteilt werden. Das ist manchmal schwierig. Die Teams müssen unter Umständen Misserfolge in ihrem Helferwillen einstecken. Im unglücklichsten Fall kann der Patient sozusagen zwischen Stuhl und Bank geraten, wenn sich keines der beiden Behandlungssysteme um ihn kümmern will. Um dies zu vermeiden, müssen die beiden Teams regelmässig kommunizieren. Sie müssen es akzeptieren, dass bei den schwierigsten Patienten ihre Therapie und Fürsorge nicht mehr als eine niederschwellige «Überlebenshilfe» sein kann. Eine solche an realistischen Erwartungen orientierte Zusammenarbeit kann für bestimmte Patienten ausserordentlich hilfreich sein.

- Bei der Pharmakotherapie der Alkoholabhängigkeit mit gleichzeitiger schwerer psychiatrischer Erkrankung bestehen verschiedene Möglichkeiten. Bei einem motivierten Patienten, der seine Impulsivität zu kontrollieren vermag, kann zusammen mit einer psychosozialen Unterstützung ergänzend Disulfiram verwendet werden (Abgabe durch einen neutralen Dritten), aber nur, wenn keine somatischen Kontraindikationen, keine akuten Psychosen, keine psychoorganische Störung und keine Depression bestehen [12]. Acamprosat, welches das Verlangen nach Alkohol herabsetzt, und Naltrexon, das dessen angenehme Effekte vermindert, sind bei psychiatrischen Patienten die sichereren Alternativen, allerdings mit Ausnahme von aktuell Opiate konsumierenden Patienten, bei denen Naltrexon kontraindiziert ist.

Schlussfolgerung

Psychiatrische Störungen bei Patienten mit Substanzabusus können in zwei grosse Kategorien eingeteilt werden: Erstens die durch die betreffende Substanz induzierten Störungen, welche innerhalb 4 Wochen nach Beginn der Therapie zurückgehen; zweitens die von der Substanz unabhängigen psychiatrischen Störungen, von denen einige bei Alkoholabhängigen häufiger als in der Allgemeinbevölkerung auftreten. Therapeutisch gesehen ist die Behandlung induzierter Störungen kausal und bedarf in der Regel keinerlei medikamentöser Hilfe. Unabhängige psychiatrische Störungen müssen im allgemeinen von einem Spezialisten behandelt werden; die ganzheitliche Behandlung findet in einem Netzwerk statt, und im Falle einer Hospitalisation ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Teams nötig.

Literatur

- 1 Kessler RC, Crum R.M, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54: 313–321.
- 2 Schuckit MA. Drug and Alcohol Abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. Fifth edition. New York; Kluwer Academic/Plenum Publishers: 2000.
- 3 American Psychiatric Association-DSM-IV, Washington DC, 1995.
- 4 Bailly D, Venisse JL. Addictions et Psychiatrie. Paris, Masson, Médecine et Psychothérapie: 1999.
- 5 Verheul R, Kranzler HR, Poling J, Tennen H, Ball S, Rounsaville BJ. Axe I and axe II disorders in alcoholics and drug addicts: fact or artifact? *J Stud Alcohol* 2000;61: 101–10.
- 6 Schuckit MA, Tipp JE, Bucholz KK. The life-times rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction* 1997;92:1289–304.
- 7 Stein MB, Chartier MJ, Hazen AL. A direct-interview family study of generalized social-phobia. *Am J Psychiatry* 1998;155:90–7.
- 8 Chilcoat HD. PTSD and drug disorders: testing causal pathway. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:913–7.
- 9 Batel P. Addiction and schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2000;15:115–22.
- 10 Daeppen JB, Gammeter R. Interventions brèves. *Med Hyg* 2000;58: 2163–6.
- 11 Wilkins JN. Pharmacotherapy of schizophrenia patients with comorbid substance abuse. *Schizophrenia Bulletin* 1997;23:215–28.