

Alkoholabhängigkeit – Komorbidität und neue Therapieansätze

BENJAMIN VYSSOKI

**UNIV. KLINIK FÜR PSYCHIATRIE U. PSYCHOTHERAPIE
WIEN
KLINISCHE ABTEILUNG FÜR SOZIALPSYCHIATRIE**

Offenlegung der Interessensbindung nach Artikel

7.7. Verhaltenscodex der Pharmig:

**Für diesen Vorsitz erhalte ich von der Firma
Reckitt Benckiser Austria GmbH. ein angemessenes
Honorar und die Vergütung der Auslagen die mit der
Teilnahme an dieser Veranstaltung entstehen.
Es bestehen darüber hinaus keine Interessenskonflikte
(keine Forschungsbeiträge, kein Konsumentenvertrag)**

Alkoholkonsum in Österreich



- Männer durchschnittlich 43g Alkohol pro Tag
- Frauen durchschnittlich 13g Alkohol pro Tag .

(10g Alkohol = 0,3l Bier oder 1/8l Wein oder 2cl. Schnaps)

- 21% der Männer und 10% der Frauen trinken täglich Alkohol.
- Alkoholabhängigkeit Erkrankungsbeginn :
 - Männer: 26. Lebensjahr
 - Frauen: 34. Lebensjahr

Uhl A, Kopf N, Springer A, et al.: Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. Zweite überarbeitete und ergänzte Auflage. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen 2002

Uhl, A.; Kobrna, U.; Bachmayer, S. (2006): Factsheet: Alkoholkonsum in Österreich - Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichweiten repräsentativen Bevölkerungsumfrage BMGF/LBISucht/market

Uhl, A.; Strizek, J.; Puhm, A.; Kobrna, U.; Springer, A. (2009): Österreichweite Repräsentativ-erhebung zu Substanzgebrauch 2008 - Band 1:

Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Prävalenz, Gesamtlebenszeitprävalenz, Inzidenz in Österreich



	Männer	Frauen	gesamt
Prävalenz (Zahl der AlkoholikerInnen im Querschnitt)	7,5% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag ca. 255.000 Personen	2,5% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag ca. 85.000 Personen	5% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag ca. 340.000 Personen
Gesamtlebenszeitprävalenz (Zahl jener, die die Krankheit im Laufe ihres Lebens durchmachen)	14% der Geborenen	6% der Geborenen	10% der Geborenen
Inzidenz (Neuerkrankungsrate an chronischem Alkoholismus pro Jahr)	0,19% ¹¹ der männl. Bevölkerung ca. 7.500 Personen	0,07% ¹² der weibl. Bevölkerung ca. 2.500 Personen	0,13% der Bevölkerung ca. 10.000 Personen

Quelle: Uhl (1994)

Tabelle aus: Uhl, A., et al.(2011): Handbuch Alkohol - Österreich,
Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2011

Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit auf die Lebenserwartung:



- Die Lebenserwartung ist um 24 Jahre reduziert
- Die häufigsten Todesursachen:
 - Männer: Leberzirrhose (15,6%), ischämische Herzerkrankungen (14,7%), Suizide (12,6%),
 - Frauen: Leberzirrhose (19,8%), Suizide (15,4%)
- Die Suizidrate ist bei Alkoholabhängigen 60-120 mal höher als in der Gesamtbevölkerung.

Lesch OM, et al; (1986) Chronic alcoholism-alcohol sequelae causes of death Wien Med Wochenschr. 31;136: 505-15
Murphy GE, Wetzel RD. (1990) The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry. 47:383-92
Feuerlein W., Kufner H.; (1997)Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. 5th ed. München

Zielführende Fragen zur Diagnostik der Alkoholabhängigkeit



- Der **CAGE-Test**

- 1) **C - Cut down drinking**

- "Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?"

- 2) **A - Annoying**

- "Haben Sie sich schon mal über Kritik an ihrem Trinkverhalten geärgert?"

- 3) **G - Guilty**

- "Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt?"

- 4) **E - Eye opener**

- "Haben Sie jemals morgens zuerst Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder den Start in den Tag zu erleichtern?"

Biologische Marker



Atem-Alkohol (Cut-Off ab 2,5%)

Normalisierung in der Abstinenz: Stunden

MCV (Cut-Off ab >98fl.), **GGT** (Cut-Off >1.3 des NW)

Normalisierung in der Abstinenz: 1-10 Wochen

GOT, GPT (De-Ritis-Quotient >1=Alkohol; <1=Lebererkrankung)

Normalisierung in der Abstinenz: 1-10 Wochen

%CDT (Cut-Off > 2,6%)

Normalisierung in der Abstinenz: 2-4 Wochen

Psychiatrische Komorbidität



Verlaufsstudien: Alkoholranke mit einer zusätzlichen psychiatrischen Störung weisen einen deutlich schlechteren Verlauf auf

Insbesondere:

- *Affektive Erkrankungen*
- *Schizophrenie*
- *Angststörungen*

Regier D A, et al; (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. JAMA; 264: 2511-2518

Kessler R C et al; (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry; 54: 313-321

Psychiatrische Komorbidität



- **Affektive Erkrankungen**

- Patienten mit bipolar affektiver Störung besonders in der Prodromalphase manischer Episoden vermehrter Alkoholkonsum
- Antidepressiva verringert die Rückfallrate in den ersten Monaten.

- **Schizophrenie**

- Lebenszeitprävalenz Co-morbide Alkoholabhängigkeit von etwa einem Drittel

- **Angsterkrankungen**

- Alkoholabhängige weisen eine Lebenszeitprävalenz von 20% für Angststörungen auf

Greenfield S F, et al; (1998). The effect of depression on return to drinking: a prospective study Arch Gen Psychiatry. 55: 259-265

McGrath P J, et al; (1996). Imipramine treatment of alcoholics with primary depression. Arch Gen Psychiatry; 53: 232-240

Winokur G, et al; (1995). Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness. Familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction. Am J Psychiatry ; 152: 365-372

Psychiatrische Komorbidität



**Diagnosefindung und Behandlung der
zugrundeliegenden psychiatrischen
Erkrankung essentiell für Verlauf!**

Medikamentöse Rückfallprophylaxe



Ziel:

Alkoholverlangen (= Craving) zu reduzieren und somit

- das Rückfallrisiko
 - die Rückfallschwere
 - die Häufigkeit
 - die Dauer von Trinkphasen
- zu verringern

Behandlungssettings



- 1) Stationäre Entzugsbehandlung oder ambulante Reduktion der Trinkmenge
- 2) Kontakt mit Spezialambulanzen oder FA für Psychiatrie und Neurologie
→ Medikamentöse Rückfallsprophylaxe
- 3) Psychotherapie
- 4) Selbsthilfegruppen

Medikamentöse Rückfallprophylaxe



- **Naltrexon**
- **Acamprosate**
- **Baclofen**
- **Topiramate**

Naltrexon



- Kompetitive Blockade des μ -Opioid Rezeptors und indirekte Inhibition der Dopaminfreisetzung im Striatum
- Dosierung: 50 bis 100mg/Tag
- **Besonders geeignet**: bei positiver FA, und starkem Craving
- **Vorteile**:
 - Cut-Down Drinking? (Verminderung des euphorisierenden Effekts)
 - Durch zahlreiche Studien belegte Wirkung
- **Nachteile**:
 - Nicht geeignet bei Substituierten
 - Kontraindiziert bei schweren Lebererkrankungen
 - Langzeitwirkung über 1 Jahr?

Bouza C, Angeles M, Muñoz A, Amate JM. (2004) Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Addiction*;99:811-28.

Mason B.J. (2003) Acamprosate and naltrexone treatment for alcohol dependence: an evidence-based risk-benefits assessment. *European Neuropsychopharmacology* ;13: 469– 475

Acamprosat



- Blockade des NMDA-Rezeptors
- Dosierung: > 60kg: 2-2-2; <60 kg: 2-1-1
- **Besonders geeignet:** negative FA, Late onset, Frauen
- **Vorteile:**
 - Langzeitwirkung über 1 Jahr
 - Durch zahlreiche europäische Studien belegte Wirkung
 - Renale Elimination
- **Nachteile**
 - Compliance bei 3x tgl. Einnahme?
 - In amerikanischen Studien nicht signifikant vs. Placebo

Bouza C, Angeles M, Muñoz A, Amate JM. (2004) Efficacy and safety of naltrexone and acamprosat in the treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Addiction*;99:811-28.

Mason B.J. (2003) Acamprosat and naltrexone treatment for alcohol dependence: an evidence-based risk-benefits assessment. *European Neuropsychopharmacology* ;13: 469– 475

Baclofen



- Agonist am GABA-B Rezeptor
- Indikation in Ö: Myotonolytikum
- Dosierung: 5mg 1-1-1 für 3 Tage, ab 4. Tag 10mg 1-1-1
- **Besonders geeignet: ?**
- **Vorteile:**
 - Bei Leberzirrhose geeignet
- **Nachteile:**
 - Zu wenige Langzeitstudien und Studienteilnehmer
 - Nicht zugelassen für diese Indikation in Österreich

Johnson BA. (2010) Medication treatment of different types of alcoholism. Am J Psychiatry;167:630-9.

Topiramamat



- Verstärkung der GABA-A Wirkung, Glutamat Antagonist+
- Indikation in Ö: Epilepsie, Migräne
- Dosierung: 25 mg/Tag, Aufdosierung über 8 Wochen auf 300 mg/Tag
- **Besonders geeignet: ?**
- **Vorteile:**
 - renale Elemination
- **Nachteile:**
 - Kognitive Nebenwirkungen
 - Aufdosierungszeit
 - Zu wenige Langzeitstudien und Studienteilnehmer
 - Nicht zugelassen für diese Indikation in Österreich

Johnson BA. (2010) Medication treatment of different types of alcoholism. Am J Psychiatry;167:630-9.



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

BENJAMIN.VYSSOKI@MEDUNIWIEN.AC.AT