



psychiatriezentrum münsingen
bzw. *gemeinsam lösungen finden.*

pzm

Alkoholkonsumstörungen

Blockpraktikum PZM 2020

Med. pract. Labinot Shahini

Inhalt

- Definition: Was ist eine Alkoholkonsumstörung?
- Alkoholentzugssyndrom: Wie wird es richtig behandelt?
- Folgeerkrankung: Was sind die wichtigsten Alkoholfolgeerkrankungen?
- Suchtentwicklung: Wie entsteht eine Alkoholkonsumstörung?
- Therapie: Was sind die Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung?

Alkoholisches Standardgetränk

- Ein alkoholisches Standardgetränk enthält 10 g Alkohol. Zum Beispiel:
- ✓ 330 ml Bier mit 5% Volumenanteil Alkohol
 - ✓ 140 ml Wein mit 12% Volumenanteil Alkohol
 - ✓ 90 ml verstärkter Wein (z.B. Sherry) mit 18% Volumenanteil Alkohol
 - ✓ 70 ml eines Liqueurs oder Aperitifs mit 25% Volumenanteil Alkohol
 - ✓ 40 ml Sprituosen mit 40% Volumenanteil Alkohol



Diagnostische Kriterien des schädlichen Gebrauchs nach ICD-10 (F10.1) (e9)

- deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist (oder wesentlich dazu beigetragen hat) für die körperlichen oder psychischen Schäden einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann.
- Die Art der Schädigung sollte klar festgestellt und bezeichnet werden können.
- Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.
- Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung bedingt durch dieselbe Substanz zum gleichen Zeitpunkt nicht zu (außer akute Intoxikation F1x.0).

Diagnostische Kriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 (F10.2) (e9)

Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben:

- ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden 
- Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher oder psychischer Art

Diagnostische Kriterien der alkoholbezogenen Störung nach DSM-5 (e10)*

- wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt
- wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
- fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
- Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis
- Entzugssymptome oder deren Linderung beziehungsweise Vermeidung durch Substanzkonsum
- Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als geplant
- anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren
- hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen
- Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums
- fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme
- Craving, das starke Verlangen nach der Substanz

* (2 bis 3 erfüllte Kriterien: milde Störung, 4 bis 5 Kriterien: moderate Störung, mindestens 6 Kriterien: schwere Störung)

CAGE - Fragebogen

- 1.(„Cut down-drinking“): *Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken ?*
 - 2.(„Annoyance“): *Haben andere Personen Sie dadurch geärgert, dass diese ihr Trinkverhalten kritisiert haben ?*
 - 3.(„Guilty“): *Haben Sie jemals Schuldgefühle wegen Ihres Trinkens gehabt ?*
 - 4.(„Eye opener“): *Haben Sie jemals morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden ?*
- Eine der Fragen positiv: Verdacht eines Alkoholproblems.
- Zwei oder mehr Fragen positiv: Alkoholmissbrauch oder eine Alkoholabhängigkeit wahrscheinlich. ICD-10 Kriterien prüfen.

Abfrage der ICD-10 Kriterien der Alkoholabhängigkeit

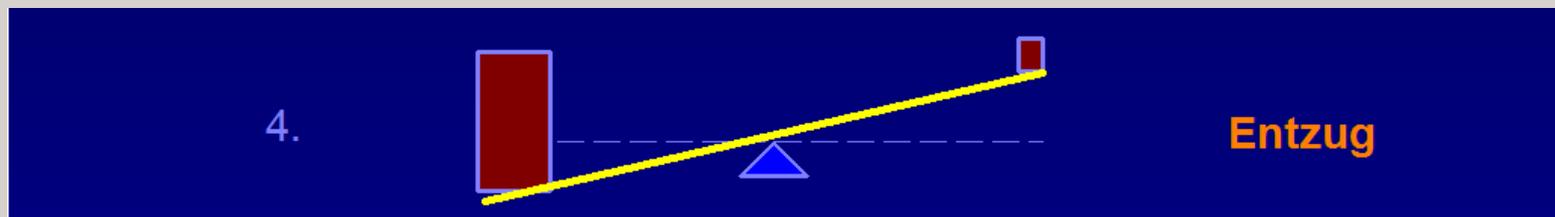
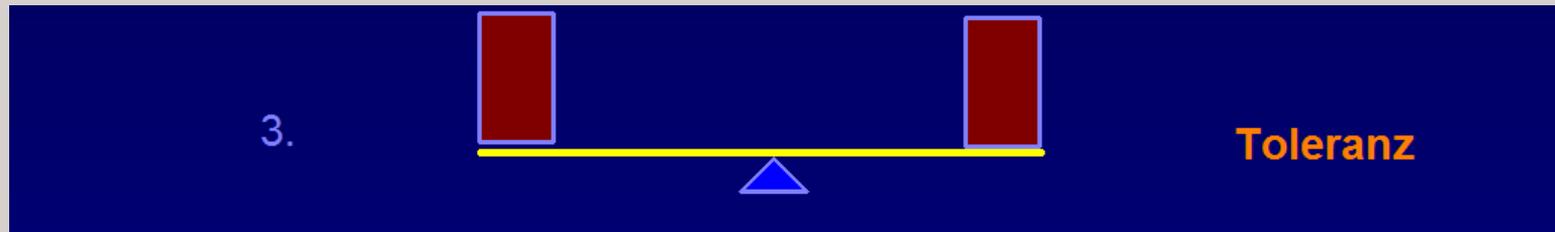
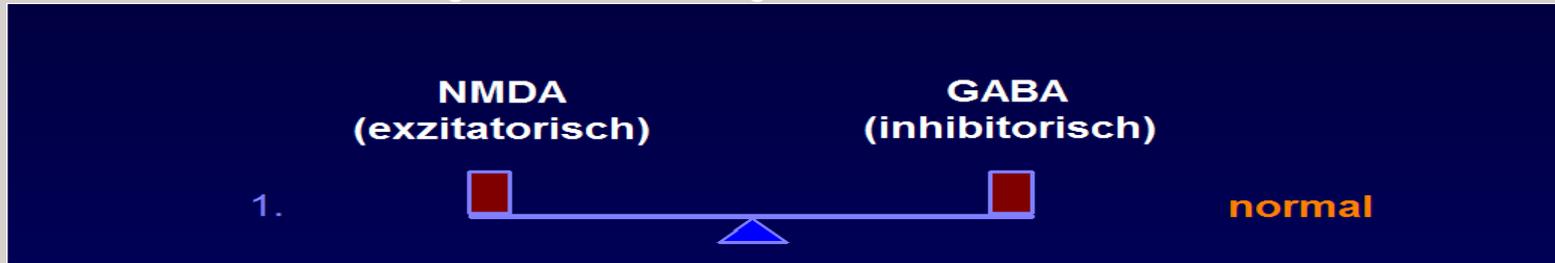
1. Spüren Sie häufig einen starken Drang, eine Art unbezwingbares Verlangen, Alkohol zu trinken ?
2. Kommt es vor, dass Sie nicht mehr aufhören können zu trinken, wenn Sie einmal begonnen haben ?
3. Trinken Sie manchmal morgens, um eine bestehende Übelkeit oder das Zittern (z.B. ihrer Hände) zu lindern?
4. Brauchen Sie zunehmend mehr Alkohol, bevor Sie eine bestimmte (die gewünschte) Wirkung erzielen ?
5. Ändern Sie Tagespläne, um Alkohol trinken zu können bzw. richten sie den Tag so ein, dass Sie regelmäßig Alkohol konsumieren können ?
6. Trinken Sie, obwohl Sie spüren, dass der Alkoholkonsum zu schädlichen körperlichen, psychischen oder sozialen Folgen führt ?

Alkoholentzugssyndrom: Symptomatik

- A. Die allgemeinen Kriterien eines Entzugssyndroms (Absetzen oder Reduktion eines regelhaften, übermäßigen Substanzkonsums) müssen erfüllt sein.

- B. Drei der folgenden zehn Kriterien müssen erfüllt sein:
 - 1. Tremor der Zunge, der Augenlider, der Hände
 - 2. Schwitzen
 - 3. Übelkeit, Würgen oder Erbrechen
 - 4. Tachykardie oder Hypertension
 - 5. Psychomotorische Erregung
 - 6. Kopfschmerzen
 - 7. Schlafstörungen
 - 8. Krankheitsgefühl oder allgemeine Schwäche
 - 9. Vorübergehende visuelle, taktile oder auditorische Halluzinationen
 - 10. Generalisierte epileptische Anfälle

Neurobiologische Veränderungen unter Alkoholeinnahme



Körperlicher Entzug von Alkohol

- Der Peak der vegetativen Entzugssymptomatik ist in der Regel nach 10 – 30 Stunden erreicht und lässt nach 40 – 50 Stunden meist sukzessive nach.
 - Vermutlich weniger als 5% der Patienten entwickeln schwere Entzugssymptome mit generalisierten Entzugsanfällen bzw. einem Entzugsdelir
- (APA 2006, Ciraulo & Shader 1991, NICE 2010, Shaw et al. 1998)

- Entzugsanfälle treten typischerweise in den ersten 12 – 48 Stunden des Entzuges auf, sehr selten später.
- Bei verbesserter Diagnostik und Behandlung ist heute von einer Mortalitätsrate von 1% bei einem Entzugsdelir auszugehen ist

(Ciraulo & Shader 1991, Shaw et al. 1998)

Alkoholentzug nach CIWA (Clinical Institute Withdrawal Scale)

Total Punkte

0 = kein oder leichter Entzug

Empfohlenen Abgabe Reservemedikamente

Keine Abgabe nötig

Nächste Einschätzung in

2 Stunden

4 Stunden

Andere Zeit

Einschätzung Beenden / kein weiterer Auftrag

1. Übelkeit/Erbrechen

- keine Übelkeit
- milde Übelkeit ohne Brechreiz
- deutliche Übelkeit mit Brechreiz
- massive Übelkeit und Erbrechen

2. Tremor

- kein Tremor
- leichter Tremor (fast nicht sichtbar)
- deutlicher Tremor
- massiver Tremor (am ganzen Körper sichtbar)

3. Hyperhidrosis

- keine Hyperhidrosis
- mässig feuchte Handflächen
- deutlich, Schweissperlen auf der Strin
- extreme Hyperhidrosis

4. Taktile Wahrnehmungsstörungen

- keine taktile Wahrnehmungsstörungen
- sehr geringes Jucken, Stechen, Brennen oder Taubheitsgefühl
- deutliches Jucken, Stechen, Brennen oder Taubh.g., gelegentlich taktile Halluz.
- ausgeprägte taktile Halluzinationen

5. Akustische Wahrnehmungsstörungen

- keine akustische Wahrnehmungsstörungen
- sehr geringe Lärmempfindlichkeit, Schreckhaftigkeit
- hochgradige Lärmempfindlichkeit, Schreckhaftigkeit, gelegentlich akustische H.
- ausgeprägte akustische Halluzinationen

6. Optische Wahrnehmungsstörungen

- keine optischen Wahrnehmungsstörungen
- sehr geringe Empfindlichkeit gegen visuelle Reize
- hochgradige Empfindlichkeit gegen visuelle Reize, gelegentlich optische Halluz.
- ausgeprägte optische Halluzinationen

7. Orientierung

- orientiert
- zeitlich unsicher orientiert
- örtlich unsicher orientiert
- in allen Bereichen desorientiert

8. Konzentration

- keine Fehler
- Unsicherheiten, Fehler rasch korrigiert
- deutlich fehlerhaftes Rechnen
- nicht in der Lage, gestellte Aufgaben zu erfüllen

9. Nervosität / Angst

- keine Nervosität / Ängstlichkeit
- geringe Nervosität / Ängstlichkeit
- deutliche Nervosität / Ängstlichkeit
- extreme Nervosität / Angst (Panikattacken gleichend)

10. Kopfschmerzen

- keine Kopfschmerzen
- geringe Kopfschmerzen
- ausgeprägte Kopfschmerzen
- extreme Kopfschmerzen

11. Pulsfrequenz

- < 100
- 101 - 110
- 111 - 120
- > 120

12. Diastolischer Blutdruck

- < 95
- 95 - 100
- 101 - 105
- > 105

Kumulativ - Befund

-- vorläufig --

Universitätsklinikum Mainz
Zentrallabor

Druck-Datum: 18.04.2007
Benutzer: APS
Arbeitsplatz: WS-920-3421A
Abteilung: PS06

Patient									
Gebur									
Patient									
	Aufnahme:		12.04.2007						
	Fall Nr.:		8621714						
Auftraggeber:	PS06	PS06	M106	M106	M106	M106	M106		
Auftrag Nr.:	23340288	23330955	23336864	23329291	21242779	23329282	23330110		
Auftrag Datum:	17.04.07	13.04.07	12.04.07	10.04.07	07.04.07	05.04.07	02.04.07		
Auftrag Zeit:	11:27	11:23	09:48	10:24	08:53	10:05	10:14	Einheit	Referenzbereich

Klinische Chemie (Li-Heparin-Plasma)

Natrium	127-	129-	130-	130-	132-		135	mmol/l	135 - 144
Kalium	4.6	4.9+	5.1+		4.8		3.6	mmol/l	3.6 - 4.8
Calcium	2.28	2.35	2.43		2.59		2.04-	mmol/l	2.15 - 2.60
Creatinin	1.34+	1.36+	1.23+	1.18	1.17		0.93	mg/dl	0.7 - 1.2
Harnstoff-N	22+		18	14	13		8	mg/dl	6 - 20
Harnsäure	6.6				6.1			mg/dl	3.4 - 7.0
Phosphat	3.8				4.4			mg/dl	2.7 - 4.5
GPT (ALÄT)	34	34	36		26		23	U/l	- < 50
GOT (ASAT)	60+	55+	59+	67+	53+		47	U/l	- < 50
GLDH	1.4				<1.0			U/l	- < 7
Alkalische Phosphatase	96	88	98		86		84	U/l	40 - 129
gamma-GT	28	28	32		27		28	U/l	10 - 71
Gesamt-Bilirubin	7.05+		9.94+	8.13+	8.62+	7.55+	7.42+	mg/dl	0.1 - 1.2
CK	55		55		58		33	U/l	- < 190
CRP	2.0	2.4	2.8		3.9	4.2	6.9+	mg/l	- < 5
Gesamt-Eiweiß	79	82	89+		84	67		g/l	66 - 87

Hämatologie (EDTA-Blut)

Leukozyten	6.1	5.4	7.0	5.8	5.8	5.3	6.9	/nl	3,5 - 10
Erythrozyten	2.42-	2.75-	2.89-	2.91-	3.00-	2.94-	3.29-	/pl	4,2 - 5,6
Hämoglobin	8.2-	8.9-	9.4-	9.6-	9.8-	9.6-	10.7-	g/dl	13,5 - 17,5
Hämatokrit	23.4-	25.9-	27.1-	27.1-	27.3-	27.1-	30.7-	%	39 - 49
MCV	96.8	94.3	93.9	93.1	91.1	92.3	93.3	fl	83 - 100
MCH	33.9+	32.4	32.5	33.0	32.6	32.7	32.5	pg	27 - 33
MCHC	35.0	34.3	34.6	35.4+	35.7+	35.4+	34.9	g/dl	32 - 35
EVB	23.5+	22.8+	22.6+	22.3+	23.6+	21.4+	21.9+	%	13,0 - 15,0
Thrombozyten	57-	72-	70-	66-	75-	68-	84-	/nl	150 - 360
MTV	9.7	8.7	9.0	9.3	8.3	8.1	8.4	fl	7.6 - 11.2
Neutrophile Granulozyten	60.6	51.8						%	43 - 75
Lymphozyten	23.7	29.8						%	16 - 45
Monozyten	7.3	8.4+						%	3 - 8
Eosinophile Granulozyten	6.7	7.4+						%	- < 7
Basophile Granulozyten	0.4	0.7						%	- < 2

Gerinnung (Citratplasma)

Hinweise zu Auftrag Nr. 23330955 vom 13.04.2007

Quick	ikterisch
INR	ikterisch
APTT	ikterisch
Fibrinogen (abgeleitet)	ikterisch

Laborveränderungen:

- Elektrolytveränderungen
- Leberwerterhöhung
- Bilirubinerhöhung
- Hyponaträmie
- Anämie
- Thrombopenie

Marker	Halbwertszeit
EtG i. U.	3-5 Tage
CDT	2-3 Wochen
Gamma-GT	2-3 Wochen
GOT/GPT	2-3 Wochen
MCV	2-4 Monate

Allg. Laborveränderungen bei Alkoholkonsum:

Thrombozytopenie:

Bei 1/3 der Alkoholiker.
Bei Abstinenz rasche Normalisierung und im Verlauf reaktive Thrombozytose möglich.

HDL-Cholesterin:

Anstieg bereits bei moderatem Konsum

Ferritin:

Anstieg bereits bei niedrigem Konsum

Harnsäure:

Anstieg bereits bei geringem Konsum

Albumin:

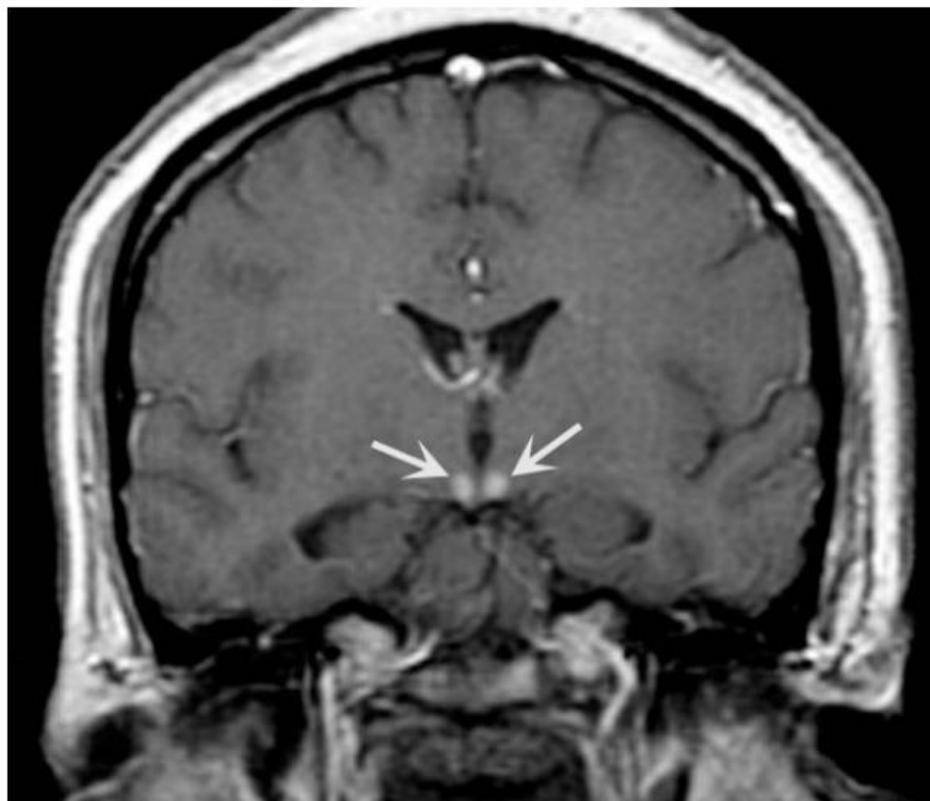
Leichter Anstieg bei deutlichem Konsum. Abfall bei Lebererkrankung. Werte unter 25 g/l mit schlechter Prognose

IgA:

Anstieg bei alkoholbedingter Lebererkrankung

Körperliche Folgeerkrankungen bei alkoholabhängigen Patienten

- Alkoholhepatitis
- Leberzirrhose
- Akute und chronische Pankreatitis
- Neurotoxizität („white“ and „grey“-matter lesions)
- Wernicke-Korsakow Syndrom
- Polyneuropathie
- Blutbildveränderungen
- Gastritis und gastrointestinale Blutungen
- Myocardschäden
- Bluthochdruck

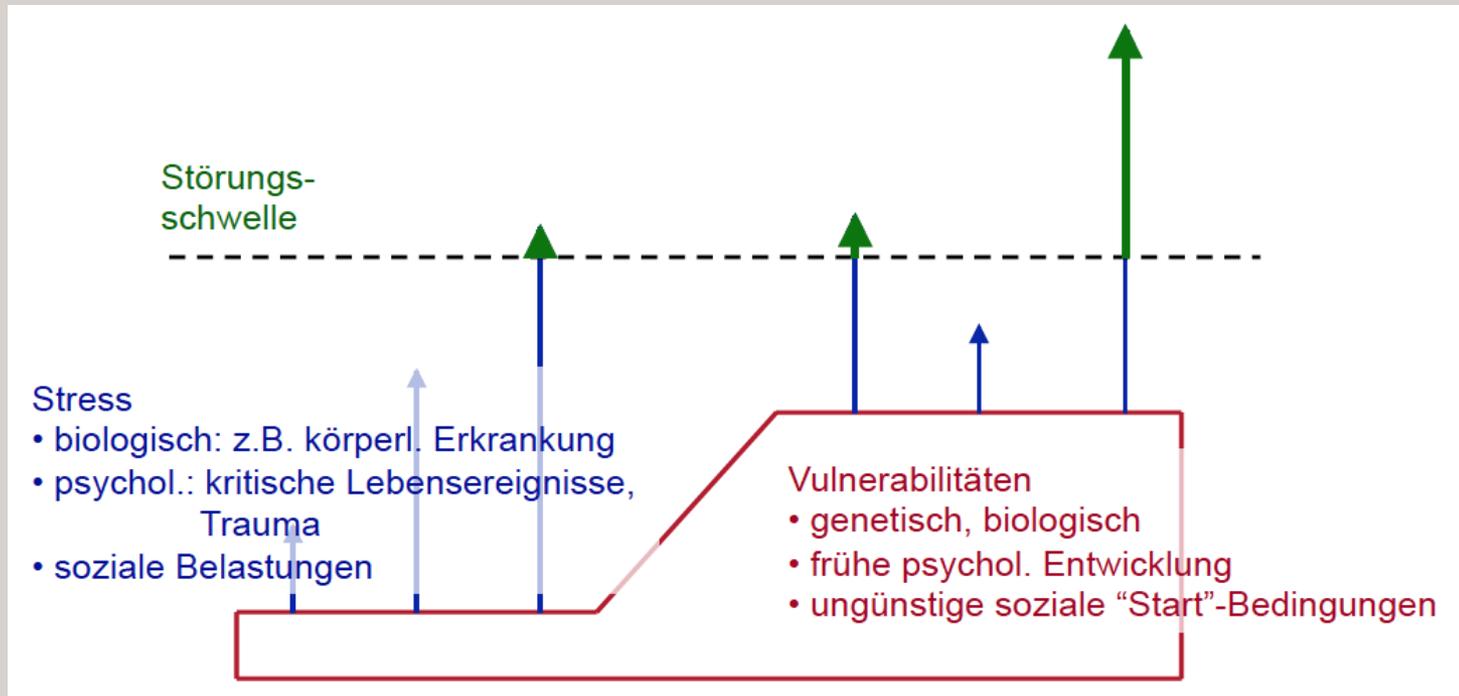


T1-weighted MRI showing abnormal enhancement of mammillary bodies (arrows) in Wernicke-Korsakoff syndrome.

Vulnerabilitäts-Stress Modell

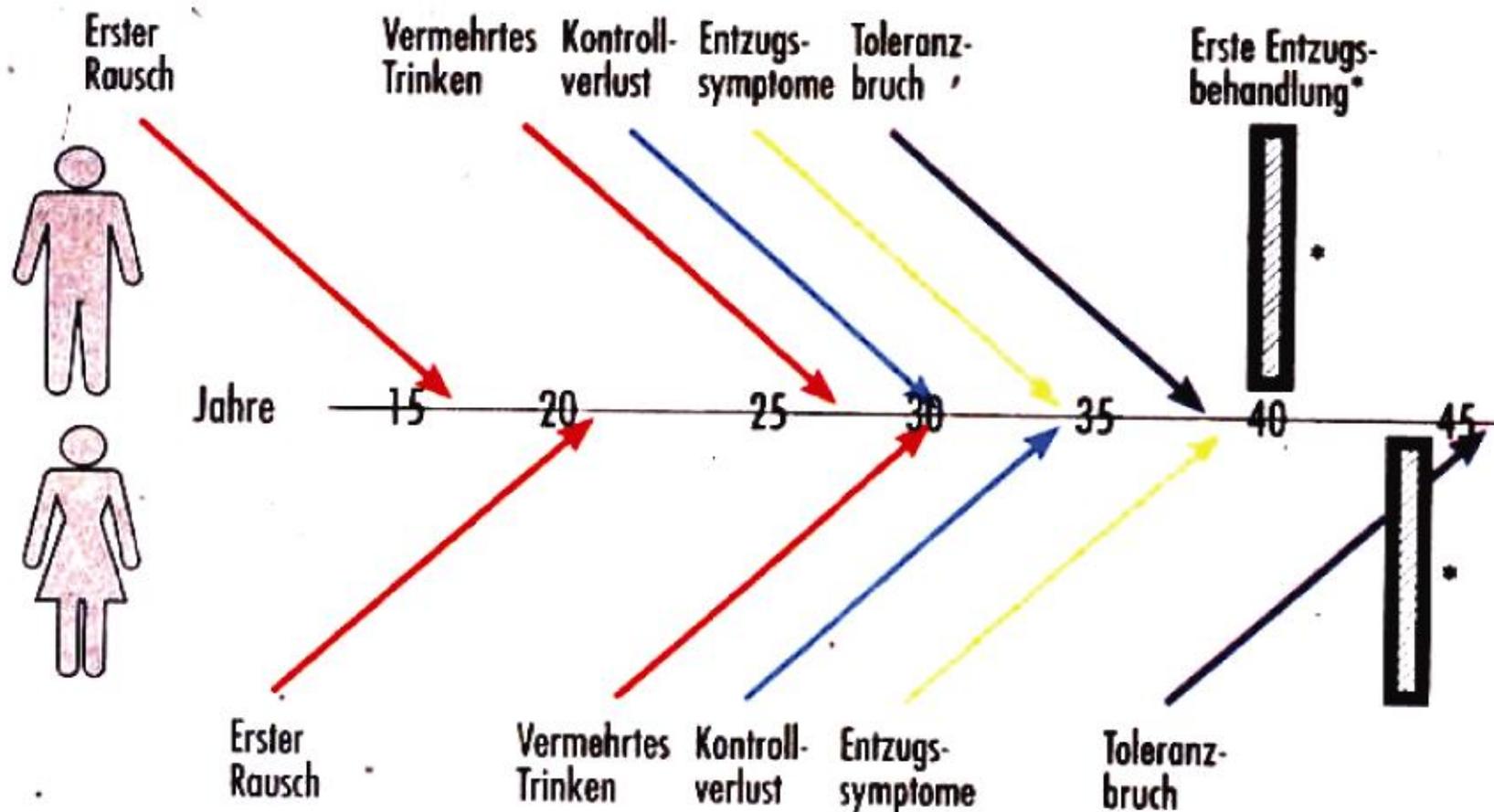
•Vulnerabilität:

individuelle Risikokonstellation, die das Entstehen einer Sucht wahrscheinlicher machen



Risikofaktoren für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit

- Positive Familienanamnese
- Männliches Geschlecht
- Erhöhte Impulsivität
- Fehlen einer akut Alkohol assoziierten Hautrötung
- Schizophrenie, Bipolare Störung
- Low-level Alcohol Response



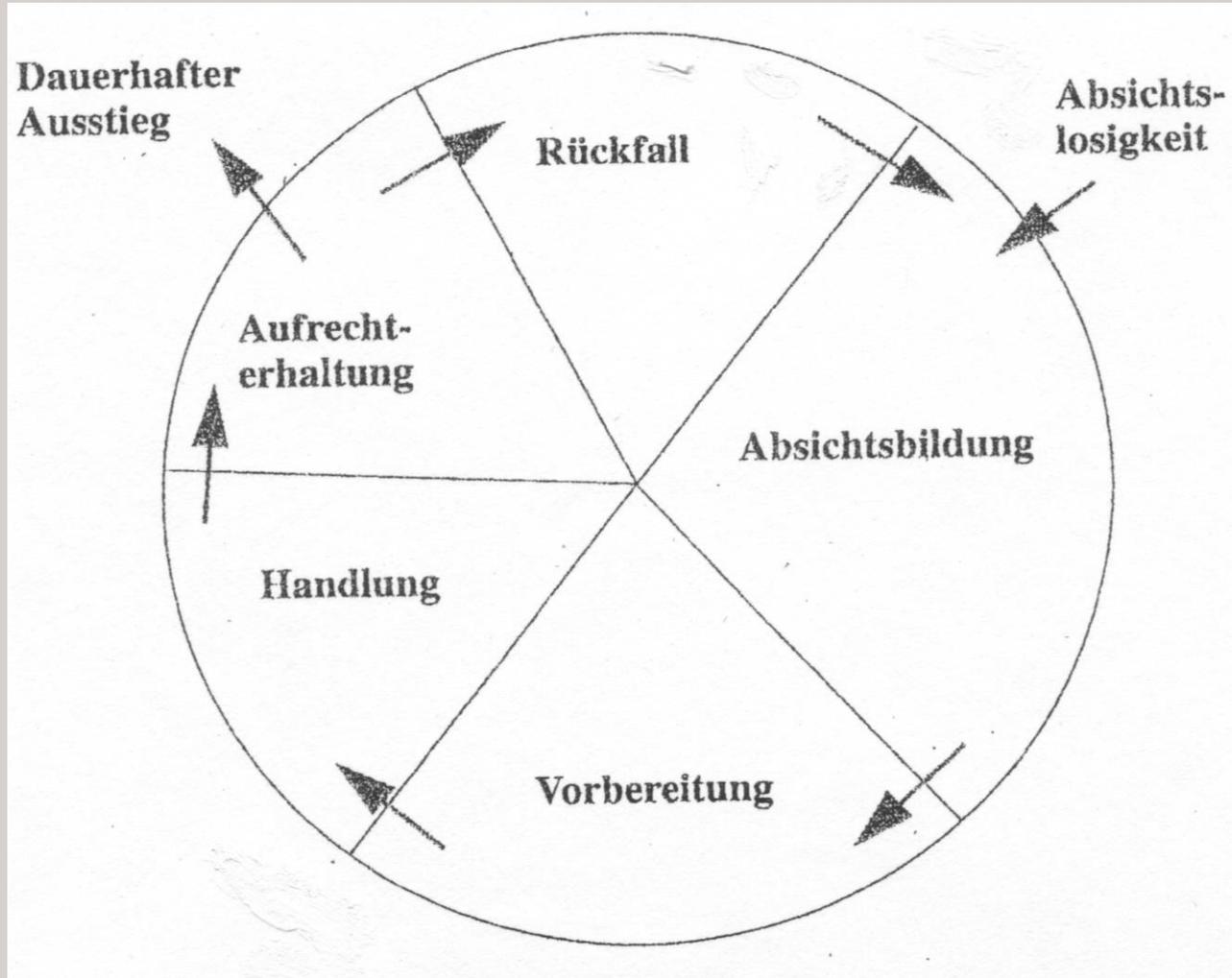
Entwicklung der Alkoholabhängigkeit (retrospektiv erhoben) bei Alkoholkranken der Psychiatrischen Klinik der FU Berlin, die sich erstmals in eine stationäre Entzugsbehandlung begeben hatten (161 Männer, 59 Frauen). Die Pfeile markieren das Lebensjahr, in dem das Merkmal bei den Patienten das erste Mal aufgetreten war (im Durchschnitt). Die von Männern beziehungsweise Frauen angegebene Häufigkeit der Merkmale war (in Prozent): erster Rausch: 88/76; vermehrtes Trinken: 97/100; Kontrollverlust: 100/100; Entzugssymptome: 66/59; Toleranzbruch: 13/3.

Alkoholabhängigkeit: Typologie nach Babor/Cloninger

Typ	Charakteristika
A/I	<ul style="list-style-type: none">▪ Später Beginn▪ Wenige Risikofaktoren in der Kindheit▪ Mildes Abhängigkeitssyndrom▪ Wenig Psychopathologische Symptome
B/II	<ul style="list-style-type: none">• Früher Beginn• Vorhandensein kindlicher Risikofaktoren, wie<ul style="list-style-type: none">• z.B. kindlicher Verhaltensstörungen• Schweres körperliches Abhängigkeitssyndrom• Positive Familienanamnese• Häufiger Polysubstanzgebrauch• Viele stressreiche Lebensumstände

Prochaska und DiClemente (1986)

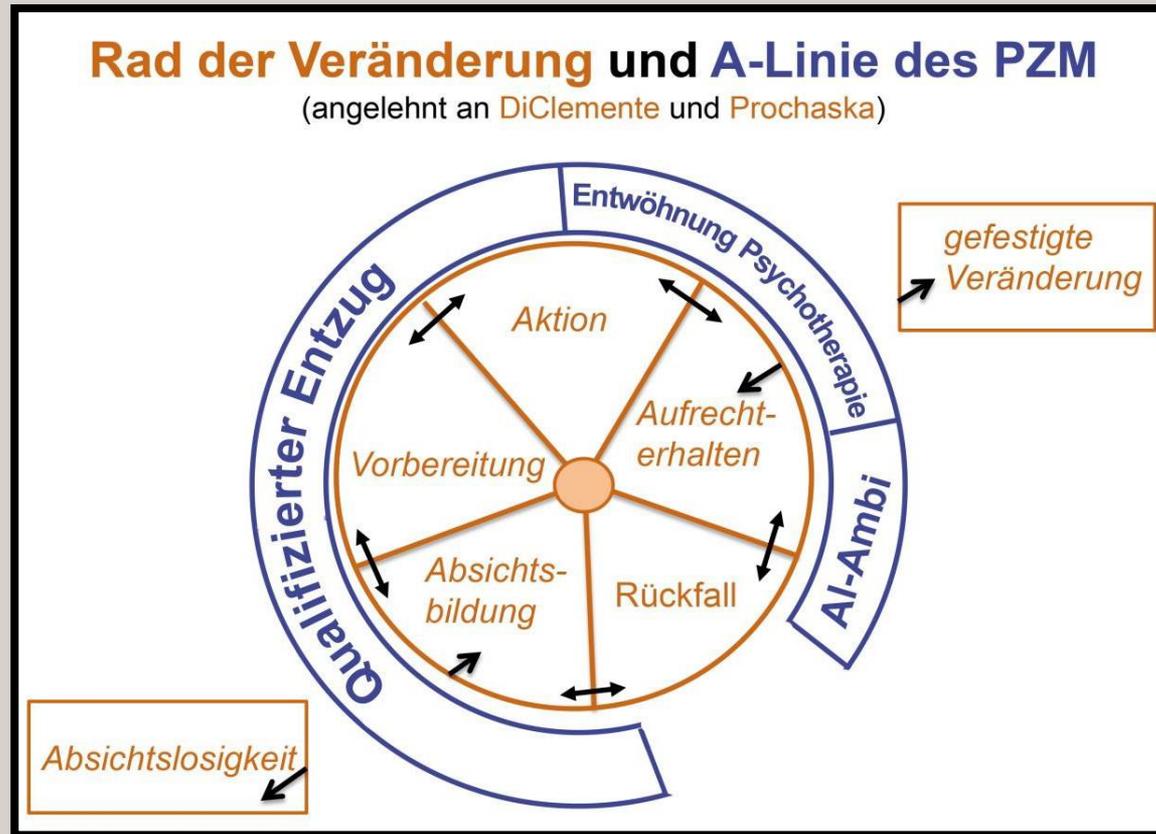
Transtheoretisches Modell



Motivational Interviewing

Rad der Veränderung und A-Linie des PZM

(angelehnt an DiClemente und Prochaska)



Veränderungsprozesse Transtheoretisches Modell (TTM) *(Prochaska & DiClemente)*



Absichtslosigkeit

- Risikoverhalten
- Informationsdefizit
- Beschwerdefreiheit
- Falsche Überzeugungen

- Information geben
- Bewusstsein schaffen
- Lebensstilanalyse
- Hinterfragen von Überzeugungen



Absichtsbildung

- Beginnende Problemeinsicht
- Wahrnehmung von Eigenverantwortung
- Fehlende Strategie

- Langfristige Vorteile herausarbeiten
- Kurzfristige Nachteile gegenüber stellen
- Ambivalenzen auflösen



Vorbereitung

Kennzeichen

- Entscheidung treffen
- Ziel definieren
- Aktionsplan erstellen

Interventionen

- Selbstverpflichtung
- Mögliche Barrieren ansprechen
- Aufbau einer Motivationsstrategie
- Überschaubarer Zeitraum



Handlung

- Umsetzung der geplanten Veränderung
- Erste Erfolgserlebnisse

- Erfolgserlebnisse dokumentieren/bewusst machen
- Erste positive Effekte genießen
- Anerkennung vermitteln



Stabilisierung

- Erste Euphorie verfliegt
- Rückfallrisiko
- Ziel: point of no return

- Rückfälle bewältigen
- Neue Ziele setzen
- Mindestens 6 Monate Durchführungszeit

Die fünf Prinzipien Motivierender Gesprächsführung:

- 1) Empathie statt Konfrontation
Akzeptanz – aktives Zuhören
- 2) Diskrepanzen entwickeln (kognitive Dissonanz, Festinger 1957)
- 3) Beweisführungen vermeiden – lösen Widerstand aus.
- 4) Den Widerstand aufnehmen
Technik: Fragen und Probleme zurückgeben, Eigenverantwortung betonen
- 5) Selbstwirksamkeit fördern
Entspricht dem Glauben an die Möglichkeit, sich verändern zu können.



Strategien für die Anfangsphase:

1. Offene Fragen stellen z. B. „Was gefällt Ihnen am Trinken und was bereitet Probleme?“
2. Reflektierendes Zuhören: Keine Ratschläge, keine Urteile, keine Fragen sondern Statements („Spiegeln“) - Reflektionen
3. Bestätigen = Loben
4. Zusammenfassen = Bündelung/ Konzentration des Geschilderten demonstriert, dass Therapeut aufmerksam zugehört hat
5. Selbstmotivierende Aussagen hervorrufen
wie „es ist ernster als ich dachte“ – „Ich will so nicht sein“