

AWO Psychiatriezentrum Königslutter

*150 Jahre Psychiatrie im
Braunschweiger Land*

Alkoholbezogene Störungen



Das AWO Psychiatricentrum als größtes Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie in Niedersachsen

Unser Leistungsvermögen

649 Betten und tagesklinische Plätze sowie 91
Betten im Maßregelvollzug

Kliniken für

- Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie
- Abhängigkeitserkrankungen
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie
- Gerontopsychiatrie
- Forensische Psychiatrie

Tageskliniken für Erwachsene in Gifhorn, Peine,
Wolfenbüttel und Wolfsburg

Tageskliniken für Kinder und Jugendliche in
Braunschweig und Wolfsburg

Institutsambulanzen BS, GF, KÖ, PE, WF, WOB

Unsere Befähigungen

- mehr als 1.000 qualifizierte Mitarbeiter
- ca. 7.500 Patienten im Jahr
- 100 Ausbildungsplätze
- Krankenpflegeschule
- Weiterbildungsermächtigung für Psychiatrie
und Psychotherapie, Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin,
Forensische Psychiatrie sowie Neurologie
- Weiterbildung Fachkraft für psychiatrische
Pflege
- Psychiatrie Akademie
- Sprachprogramm für ausländische Ärzte
- Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008
- Zertifikat Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Das AWO Psychiatriezentrum als Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie im Braunschweiger Land

Unsere Stärken

- Störungsspezifisches Angebot auf mehr als 30 Stationen, die sich jeweils auf einzelne Krankheitsbilder spezialisiert haben
- individuell auf den Patienten und seine Erkrankung abgestimmte Behandlungsangebote
- weitere spezialisierte Therapiemöglichkeiten
- (Multi-)Professionalität
- Besondere (psycho-)therapeutische Verfahren
- Bezugspflege
- ambulante psychiatrische Pflege (APP)
- Spezialambulanzen

Unser Leitbild

- „Vertrauen leben“

Unsere Angebote

- Spezialisierung für uni- und bipolare affektive Störungen
- Spezialisierung für schizophrene Erkrankungen (integratives Therapiekonzept)
- Früherkennung psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen
- Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen
- Dialektisch-Behaviorale Therapie für Borderline-Erkrankungen (DBT)
- Traumatherapie
- Soforthilfe für Opfer von Gewalttaten
- Mutter-Kind-Behandlung bei postpartaler Depression
- Qualifizierter Alkohol- und Drogenentzug
- ambulanter Alkoholentzug

Historisches I

- Vor ca. 9000 Jahren waren die Sumerer mit der Zubereitung von Bier vertraut
- Platon habe sich gegen Alkoholkonsum für Jugendliche und gegen das Betrinken von unter 40jährigen ausgesprochen
- Philosoph Epiktet (60-140 n.Chr.) stellte fest:
„Der Weinstock trägt 3 Trauben. Die 1. bringt die Sinneslust, die 2. den Rausch und die 3. das Verbrechen

Historisches II

- Der Münchener Bierkutscher durfte täglich 10 Liter Freibier trinken
- Luther sagte: „Der Sauf bleibt ein allmächtiger Abgott bei uns Deutschen, eine Art Pest, welche Gottes Zorn über uns geschickt ist.“
- Goethe beschreibt die Wirkung des Alkohols in der Auerbachkeller-Szene des Faust. Er beschreibt die psychische Wirkung wie Rausch, Bestialität, örtlicher Desorientierung, opt. Halluzinationen und Gleichgewichtsstörung

Historisches III

- Ineffektive Prohibition (1817-1933) mit der Folge erhöhter Kriminalität
- Gründung des ersten Trinkerasyll (Siloah) 1851 im Rheinland, aus welchen 1879 die ersten Trinkerheilstätten hervorgingen
- Im Zuge der Industrialisierung entstanden Schnapsfabriken; erst Fracht der Eisenbahn Nürnberg-Fürth: 2 Fässer Bier

Versorgungsbedarf I

In Deutschland

- Konsumieren 40 Mill. Menschen Alkohol, davon 14,2% innerhalb der letzten 30 Tage i.S. eines riskanten Alkoholkonsums
- 3,1% mit Alkoholmissbrauch (1,61Mill.)
- 3,4% mit Alkoholabhängigkeit (1,77Mill.)
- 2011 ca. 280.000 Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss

Versorgungsbedarf II

- 2011 16.000 Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss mit 400 Toten
- 2011 74.000 Todesfälle durch Nikotin und Alkohol
- 2012 350.000 stationäre Behandlungen wegen Alkohol
- 2012 120.000 stationäre Intoxikationsbehandlungen

Versorgungsbedarf III

- 2012 160.000 Entgiftungsbehandlungen in somatischen Krankenhäusern, davon ca. 7.000 qualifizierte Entgiftungen
- 2012 ca. 200.000 bis 270.000 Entgiftungen in psychiatrischen Krankenhäusern
- 2012 ca. 30.000 Langzeitentwöhnungstherapien

Versorgungsbedarf IV

- Regelmäßiger Alkoholkonsum gehört zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken (Lim et al. 2012)
- 5.größtes Hauptrisiko für Entstehung von Krankheiten (WHO 2010)
- Alkohol und Tabakkonsum bedingen hierzulande 20% des Risikos für die Gesamtheit aller Erkrankungen bei Männern (Pless et al. 2014)
- Jährlich 30 Milliarden € Kosten (Mann 2013)

Versorgungsbedarf IV

Die Lebenserwartung von Alkohol- und Drogenabhängigen ist deutlich reduziert, etwa 10-15% begehen Suizid

Definitionen I

- Risikoarmer Konsum (nicht risikofrei!!!)
 - Männer <24g reiner Alkohol/d
 - Frauen <12g reiner Alkohol/d
- Riskanter Konsum
 - Männer >24g/d
 - Frauen >12g/d

Definitionen II

- Rauschtrinken sog. Binge drinking
risikoreiche Konsumform durch Einnahme
großer Alkoholmengen innerhalb kurzer
Zeit
Männer 5 oder mehr Standarddrinks/Gelegen-
heit
Frauen 4 oder mehr Standarddrinks/Gelegen-
heit

Definitionen III

Akute Intoxikation:

Vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme von Alkohol, gekennzeichnet durch Störung des Bewusstseins, der kognitiven Funktionen, der Wahrnehmung, des Affekts, des Verhaltens

Definitionen IV

Schädlicher Gebrauch:

Wenn Alkoholgebrauch psychische oder physische Folgeschädigungen der Gesundheit bedingt

Definitionen V

Alkoholabhängigkeitssyndrom

(fordert Erfüllung von mind. 3 der folgenden Kriterien während des letzten Jahres)

- Verlangen nach Alkohol (Craving)
- Kontrollverlust
- Entzugssyndrom
- Toleranzentwicklung
- Fortschreitende Vernachlässigung von Interessen oder anderen Vergnügen
- Fortdauernder Konsum trotz Folgeschäden

Definitionen VI

Alkoholentzugssyndrom:

Dieser Symptomkomplex entsteht bei relativen oder absoluten Alkoholentzug, der wiederholt über einen längeren Zeitraum in hoher Dosis konsumiert wurde und ist vor allem durch vegetative und psychische Symptome gekennzeichnet.

Ätiopathogenese I

Entstehung einer Abhängigkeit hängt von 3 Faktoren ab:

- Droge: Verfügbarkeit, Angebot, Dosis, Applikationsart, Suchtpotenz, Wirkung (Angstlösung, Enthemmung, Euphorisierung, Kontaktförderung)
- Persönlichkeit: Frustrationstoleranz, Ich-Stärke, genetische Faktoren, erlerntes Fehlverhalten

Ätiopathogenese II

- Umwelt: Broken Home, elterliches Vorbild, Erziehungsfehler, Gruppenzwänge, Konsumgesellschaft, Freizeitvakuum, Konfliktsituation (Partner, Schule, Beruf), Ideologie

Suchtentstehung: Gebrauch-Genuss-
Missbrauch-Gewöhnung-Abhängigkeit

Ätiopathogenese III

Biopsychosoziale Modellvorstellung

1. Neurobiologie: Verschiedene Neurotransmittersysteme (Dopamin, Glutamat, Serotonin, GABA), das endogene Opioidsystem sowie genetische Faktoren spielen eine Rolle bei der Suchtentstehung. Drogen aktivieren direkt oder indirekt die dopaminergen Neurone des mesolimbischen Systems (v.a. Nucl. Accumbens) und aktivieren so das Belohnungssystem und lösen Wohlbefinden und Euphorie aus. Dies wirkt verhaltensverstärkend. Chron. Konsum führt zu neuroadaptiven Prozessen mit sekundärer Minderung der präfrontalen Kontrolle über das Belohnungssystem.

Ätiopathogenese IV

- Glutamat beeinflusst das Suchtgedächtnis
- Es besteht eine genetische Vulnerabilität für Abhängigkeit, Konsum allein reicht nicht aus zur Suchtentstehung, Genomvarianten beeinflussen offenbar das Suchtgedächtnis
- Beiteiligte Strukturen sind das ventrale Tegmentum, Nucleus accumbens, präfrontaler Kortex

Ätiopathogenese V

Weitere Hirnstrukturen und Bedeutung für die Suchtentstehung:

- Amygdala: wichtig für die emotionale Färbung der Erinnerung
- Hippocampus: wichtig, damit eine Erinnerung abgelegt wird

Ätiopathogenese VI

Psychologische Faktoren:

- Suchtmotive: Lösung von Verstimmungszuständen, Leistungssteigerung, Einsamkeit, Langeweile, Schmerzlinderung, Betäubung
- Prämorbidie Persönlichkeit: Broken Home, fehlende Leitbilder, Verwöhnung
- Lern- und Konditionierungsprozess i.S. positiver Verstärkung

Ätiopathogenese VII

Soziokulturelle Faktoren:

- Verfügbarkeit der Droge
- Konsumsitten
- Werbung
- Anerkennung des drogenkonsumierenden Verhaltens
- Staatliche Restriktionen
- Ideologie

Ätiopathogenese VIII

Stufenmodell der Alkoholabhängigkeit

1. Präalkoholische Phase: Erleichterungstrinken, Stresstoleranz sinkt, Alkoholverträglichkeit steigt
2. Prodromalphase: Gedächtnislücken, allein und heimliches Trinken, Denken an Alkohol, das erste Glas wird schnell getrunken

Ätiopathogenese IX

3. Kritische Phase: Kontrollverlust, Ausreden werden nötig, Verhaltensänderung, Isolierung, körperliche Abhängigkeit, Folgeschäden
4. Chronische Phase: morgendliches Trinken, tagelange Rausche, körperlicher, seelischer und sozialer Abbau, Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen, bedrohliche Entzugssymptome, Alkoholverträglichkeit sinkt, Organschäden

Alkoholikertypen nach Jellinek

Alphatyp: Konflikttrinker; kein Kontrollverlust, Abstinenzfähigkeit; psychische Abhängigkeit; ca. 5%

Betatyp: Gelegenheitstrinker; kein Kontrollverlust, Abstinenzfähigkeit; keine Abh.; ca. 5%

Gammatyp: süchtiger Trinker; Kontrollverlust, Toleranzerhöhung, kurzzeitig Abstinenzfähig; erst psychische später physische Abhängigkeit, ca. 65%

Alkoholikertypen nach Jellinek II

Deltatyp: Gewohnheitstrinker; keine
Abstinenzfähigkeit, kontinuierlicher Konsum;
psychische Abh.; ca. 20%

Epsilontyp: episodischer Trinker; mehrtägige
Trinkexzesse mit Kontrollverlust; psychische
Abh.; ca. 5%

Symptome der Intoxikation I

- >0,3‰: gesteigertes Leistungsgefühl bei verringertem Leistungsvermögen, Euphorisierung, red. Selbstkritik, Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit und Konzentration
- 0,8-1,2‰: zusätzlich red. Feinmotorik, Störung des Sehens und des Gleichgewichts
- 1,2-1,6‰: zusätzlich Dysarthrie, ausgeprägte Enthemmung und Situationsverkennung, Störung der Grobmotorik, Aufmerksamkeit und Reaktionszeit erheblich reduziert

Symptome der Intoxikation II

1,5-2,0‰: Zunahme der genannten Merkmale

>2,0‰: Euphorie kann in depressive Stimmung
umschlagen, zunehmende
Schwerbesinnlichkeit, Übergang in Narkose

Symptome der Abhängigkeit

- Psychische Symptome: Interessenverlust, Gleichgültigkeit, Störung des Kritikvermögens, Depressionen
- Körperliche Symptome: vegetative Störungen, Schlafstörungen, Gewichtsverlust, neurologische Ausfälle
- Soziale Auswirkungen: Kriminalität, Dissozialität, beruflicher Abstieg, Suicidgefährdung

Folgeerkrankungen bei Alkoholabhängigkeit I

➤ Äußerer Aspekt/ Haut:

Gerötete Bindehäute, aufgedunsenes, gerötetes oder fahles Gesicht, Teleangiectasien, Rhinophym, Gangunsicherheit, Palmarerythem, Tremor

➤ Nervensystem:

Polyneuropathie, Hirnatrophie, Wernicke-Korsakow-Syndrom, Epilepsien, zentrale pontine Myelinolyse

Folgeerkrankungen bei Alkoholabhängigkeit II

- **Gastrointestinales System:**
Glossitis, Ösophagitis, Ösophagusvarizen
(-blutung), Gastritis, Ulkus, Hepatitis, Zirrhose,
Pankreatitis
- **Herz-Kreislauf System:**
Kardiomyopathie, art. Hypertonus,
Blutbildveränderungen

Klinische Symptome des Entzugs I

- Blutdruckerhöhung
- Tachycardie (Herzfrequenzerhöhung)
- Hyperhidrosis (Schweißneigung)
- Tremor (Zittern)
- Muskelkrämpfe
- Magenbeschwerden
- Übelkeit / Erbrechen
- Diarrhoe (Durchfall)

Klinische Symptome des Entzugs II

- Kopf- und Rückenschmerzen
- Psychomotorische Unruhe
- Schlafstörungen
- Reizbarkeit
- Affektlabilität
- Angst
- Konzentrationsminderung

Prädisponierende Faktoren für Entzugskomplikationen

- Entzüge in der Vorgeschichte
- Epileptische Anfälle in der Vorgeschichte
- Delir in der Vorgeschichte
- Schwere Entzüge in der Vorgeschichte
- Hohe Trinkmenge
- Beigebrauch von Benzodiazepinen
- Komorbiditäten

Entzugskomplikationen

- Delirium tremens
- Epileptische Gelegenheitsanfälle
- Herzrhythmusstörungen
- Hypertensive Krise
- Rhabdomyolyse
- Hyper- oder Hypothermie
- Elektrolytstörungen

Entzugsdelir

Bei 5% aller Alkoholabhängigen, Beginn 12-36h nach letztem Konsum, Dauer ca. 2-3 Tage, geht in 15% mit epileptischen Anfällen einher

Differentialdiagnosen:

Alkoholhalluzinose: v.a. akustische

Halluzinationen, Dauer: Wochen bis Monate

Alkoholischer Eifersuchtswahn: Männer häufiger als Frauen

Symptome des Entzugdelirs I

Leitsymptome:

- Desorientiertheit
- Psychomot. Unruhe
- Optische Halluzinationen/ illusionäre Verkennung
- Hohe Suggestibilität
- Vegetatives Entzugssyndrom

Hirnorganische Veränderungen I

Durch chronischen Alkoholkonsum steht die organische Persönlichkeitsveränderung im Vordergrund mit Nachlassen der Kritikfähigkeit, Interessenverlust und reizbar aggressiven Verhalten. Später kann es über eingeschränkte intellektuelle Funktionen zur Alkoholdemenz kommen.

Hirnorganische Veränderungen II

Wernicke- Enzephalopathie: durch Vit. B1-Mangel, Bewusstseinstörung, Ataxie und Augenmuskelstörung, Schädigung des Diencephalons (v.a. Corpora mamillaria) und Kleinhirns

Korsakow-Syndrom: beginnt oft mit Wernicke-Enzephalopathie, Leitsymptome: Gedächtnisstörung mit Konfabulationen, red. Auffassung, Orientierungs- und Antriebsstörung; Letalität 20%(!)

Hirnorganische Veränderungen III

Hepatische Enzephalopathie:

Anfluten von Giftstoffen ins Hirn, da

Leberentgiftung insuffizient (z.B. Ammoniak)

Akut: Bewusstseinsstörung, Hyperreflexie,

Flapping Tremor

Chronisch: demenzielle Veränderung,

choreoathetotische Bewegung

Komorbide psychische Störungen

- Depressionen
- Angststörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- PTBS
- ADHS
- Essstörungen
- Schizophrene- und affektive Psychosen
- Nikotin- und andere Substanzabhängigkeiten

Diagnostik I

Direkte Zustandsmarker (Serum, Urin, Haar)

- Ethanol
- Ethylglucoronid (letzten 2-3 Tage)
- Ethylsulfat
- Phosphatidylethanol

Diagnostik II

Indirekte Zustandsmarker:

- GGT
- ALT
- AST
- GldH
- MCV
- CDT (letzten 7-10 Tage)

Diagnostik III

Fragebogen AUDIT

Bezieht sich i.S. einer Selbsteinschätzung auf Konsummenge, Frequenz, morgendlichen Konsum, Kontrollverlust, Vernachlässigung von Verpflichtungen, Filmrisse, Hinweise von Angehörigen

Ein Score von 8 (7 für Frauen oder Senioren) oder mehr weist auf einen gefährlichen und schädlichen Konsum hin.

Diagnostik IV

***Eine sehr große Bedeutung kommt
wegen der Dissimulationstendenz
der Fremdanamnese zu***

Therapie Allgemeines

Behandlungsphasen:

- Kontakt- und Motivationsphase
- Entgiftungsphase
- Entwöhnungsbehandlung
- Nachsorge- und Rehabilitationsphase,
Rückfallprophylaxe

Therapie Allgemeines II

Motivationsphasen:

Stufe 1: Abstinenzwunsch nicht vorhanden,
Suchtstoff hat höchst Priorität

Stufe 2: Sorge um Gesundheit wächst,
Arztkontakte nehmen zu; therapeutisch sind
Psychoedukation, Entzug und niederschwellige
Angebote indiziert

Therapie Allgemeines III

Stufe 3: Interesse an Bezugspersonen erwacht, Gesundheitsvorsorge führt zu tagelanger Abstinenz; therapeutisch ist die Entwöhnungsbehandlung indiziert

Stufe 4: Lebensgewohnheiten normalisieren sich, es kommt zu wochen- bis monatelanger Abstinenz, weitergehende Ziele werden verfolgt, episodisch abstinentenunfähig, Betroffene sind bestrebt ein normales Leben zu führen

Behandlungsformen

- Kurzinterventionen durch niedergelassene Ärzte oder im Krankenhaus
- Ambulante oder stationäre Entgiftung
- Qualifizierte Entgiftung
- Postakuttherapie bzw. Langzeitentwöhnungstherapie
- Pharmakotherapie
- Niederschwellige Angebote (Beratungsangebote, vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung, Selbsthilfe)

Therapiemöglichkeiten

Kurzinterventionen

Ziel: Verringerung des Alkoholkonsums und alkoholassoziierter Probleme

Mittel: personalisiertes Feedback, individuelle Zielfindung, individuelle Ratschläge

Umfang: max. 5 Sitzungen a 60 Minuten

Indikation: effektiv in Primärversorgung und bei riskantem Konsum, fraglich bei Abhängigkeit und Komorbidität

Therapiemöglichkeiten

Körperliche Entgiftung

Umfasst die Behandlung von Alkoholintoxikationen mit körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen und von Alkoholentzugssymptomen.

Ziel ist die Sicherstellung der Vitalfunktionen und die Vermeidung von Komplikationen (u.a. Delir, epileptische Anfälle) sowie die Linderung von Entzugerscheinungen.

Therapiemöglichkeiten

Qualifizierte Entgiftung

Umfasst die körperliche Entgiftung und eine Diagnostik und Behandlung der psychischen und somatischen Begleit- und Folgekrankheiten. Es finden psycho- und soziotherapeutische sowie psychosoziale Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft, der Änderungskompetenz und Stabilisierung der Abstinenz statt. Es sollen die Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen gesteigert und entsprechende Kontakte gebahnt werden (Selbsthilfe, Psychotherapie, Soziale Arbeit, Entwöhnungstherapien).

Postakutbehandlung I

Setting: ambulant, teilstationär und stationär

Mittel: motivierende Gesprächsführung,
kognitive Verhaltenstherapie,
Verhaltenstherapie, Kontingenzmanagement,
Angehörigenarbeit, (fakultativ:
Pharmakotherapie, Neurokognitives Training,
psychodynamische Kurzzeittherapie)

Zusätzlich ist eine einjährige abgestimmte
Nachsorge zur Rückfallprophylaxe zu fordern

Postakutbehandlung II

Ziel:

Erhalt, Verbesserung und Wiederherstellung der
Funktions- und Leistungsfähigkeit

und

Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und in
der Gesellschaft

Postakutbehandlung III

Weitere Postakutbehandlungen:

- Beratungen: Suchtberatungsstelle, Psychosoziale Beratungsstelle, Beratung in Schulen, Erziehungsberatungsstellen, Jugendamt, Justizbehörden
- Niederschwellige Einrichtung mit Ziel der Überlebenssicherung und medizinische Versorgung (soziale Rehabilitation i.R. der Eingliederungshilfe): betreutes Wohnen, Selbsthilfe, Bildungs-, Beschäftigungs- und Ausbildungsangebote

Ausblicke in der Versorgung

- Institutions- und leistungsträgerübergreifendes Schnittstellenmanagement für nahtlose Therapieprozesse und Leistungserbringung
- Bereitstellung eines umfassendes, niederschwelliges, individuelles und flächendeckendes Auskunfts-, Beratungs- und Versorgungsangebot
- Einsatz von Screening und Diagnostik durch niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäusern
- Stärkung der frühzeitigen Inanspruchnahme bedarfsgerechter Leistungen durch Information und Öffentlichkeitsarbeit
- Personenzentrierte und bedarfsgerechte Hilfe- und Behandlungsplanung unter Berücksichtigung des Schweregrades, der psychischen und somatischen Komorbidität und unter Einbezug des sozialen Umfeldes
- Multiprofessionelle Behandlung (ärztlich, psychologisch, psychotherapeutisch, pädagogisch, sozialmedizinisch, ect.)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Dr. Rainer Dahling

AWO Psychiatriezentrum
Vor dem Kaiserdom 10
38154 Königslutter

Telefon: 05353/ 90-0

Telefax: 05353/ 90-1095

E-Mail: Rainer.Dahling@awo-apz.de

Internet: www.awo-psychiatriezentrum.de



Vertrauen leben!

