

# Alkohol und Tabak Behandlung

---

Prof. Dr. med. Karl Mann

Lehrstuhl für Suchtforschung  
Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim  
Universität Heidelberg



Folien unter: [www.zi-mannheim.de](http://www.zi-mannheim.de)

Weitere Infos: [www.dg-sucht.de](http://www.dg-sucht.de)

**„Die Kunst des Arztes ist es  
den Patienten so lange zu amüsieren  
bis die Natur ihn heilt!“**

*Voltaire*

# Anteil von unbehandelten Patienten (Westeuropa)

- Psychosis: 17.8%
- Bipolar disorder: 39.9%
- Major depression: 45.4%
- Panic disorder: 47.2%
- Anxiety disorder: 62.3%
- Alcohol dependence: 92.4%

# Kontakt zu Einrichtungen der medizinischen Versorgung

TACOS Studie, N=4075

	Arztpraxis (Hausarzt, Allgemeinmediziner, Internist)	Allgemein- krankenhaus
Alkohol- abhängige	80,0%	24,5%
Alkohol- missbraucher	67,4%	14,0%

# Hierarchie der Therapieziele bei Alkoholabhängigen

- ∅ Sicherung des Überlebens
- ∅ Behandlung von Folge- und Begleitkrankheiten
- ∅ Förderung von Krankheitseinsicht und Motivation zur Veränderung
- ∅ Aufbau alkoholfreier Phasen
- ∅ Verbesserung der psychosozialen Situation
- ∅ Dauerhafte Abstinenz
- ∅ Angemessene Lebensqualität

# Ziele der Erstbehandlung bei schädlichem / riskantem Konsum

- ∅ Beratung
- ∅ Reduktion der Trinkmenge / risikoarmer Konsum
- ∅ Normalisierung der Laborparameter
  
- ∅ **Nicht: Abstinenz!**

# Struktur der Erstbehandlung bei schädlichem Konsum

- ∅ Zeitraum: monatlich für 3 bis 6 Monate
- ∅ Kurzintervention / Psychoedukation:
  - § Information über schädlichen Konsum
  - § Beratung und Motivation
  - § Aufklärung über Folgeerkrankungen
- ∅ Frage nach Trinkmenge / Trinktagen
- ∅ Laborkontrolle

# Ärztliche Kurzintervention brief intervention

## Wirksamkeit

- Info, Aufklärung und Ratschlag bis 30 Min Dauer:

**50% reduzieren Alkoholkonsum**

- Kurzintervention / brief intervention:

**Effekte nach 48 Monaten noch nachweisbar**

Übersicht:

Küfner H: Ergebnisse von Kurzinterventionen und Kurztherapie bei Alkoholismus – ein Überblick.

Suchtmedizin 2000; 181-192

# Überweisung bei schädlichem/ riskantem Konsum

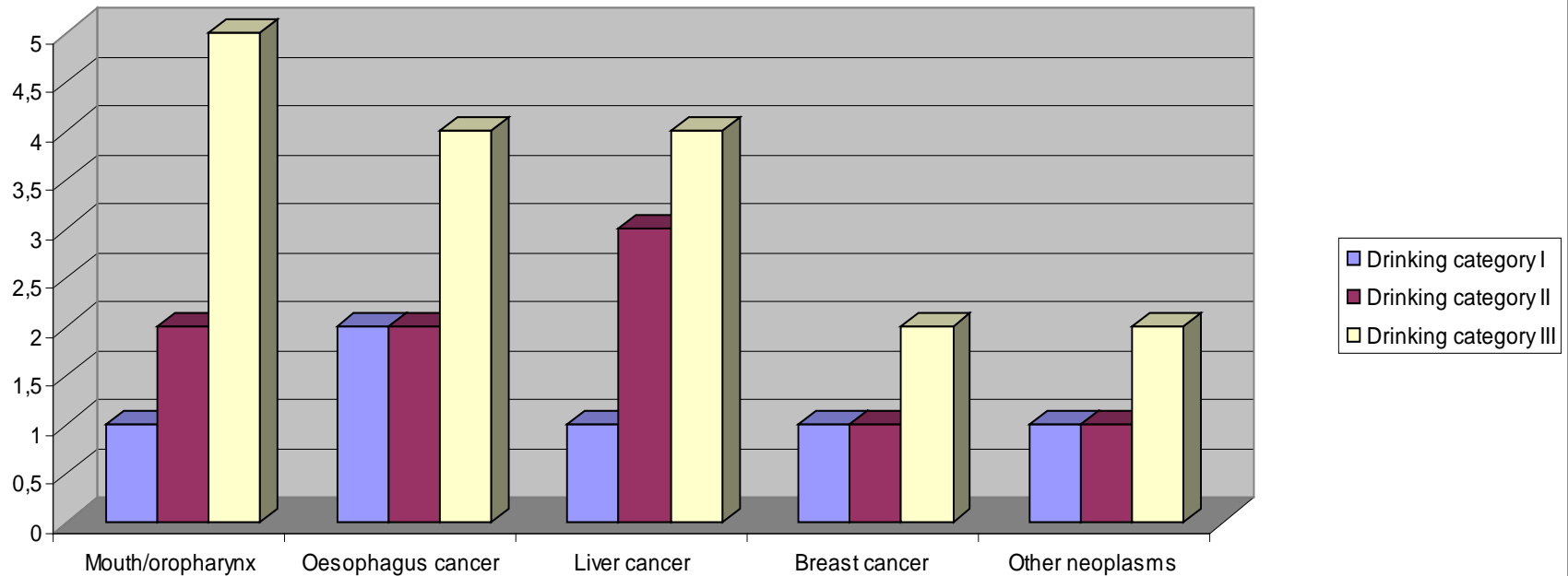
- ∅ Wenn nach 8-12 Wochen keine Reduktion der Trinkmenge / Normalisierung der Laborparameter erfolgt:



Ambulanter Termin beim Spezialisten / Suchtberatungsstelle

# Reduction in Drinking as Alternative Endpoint

Relative risk by average drinking category



**Drinking I:** up to 20/40g (female/male) pure alcohol per day;

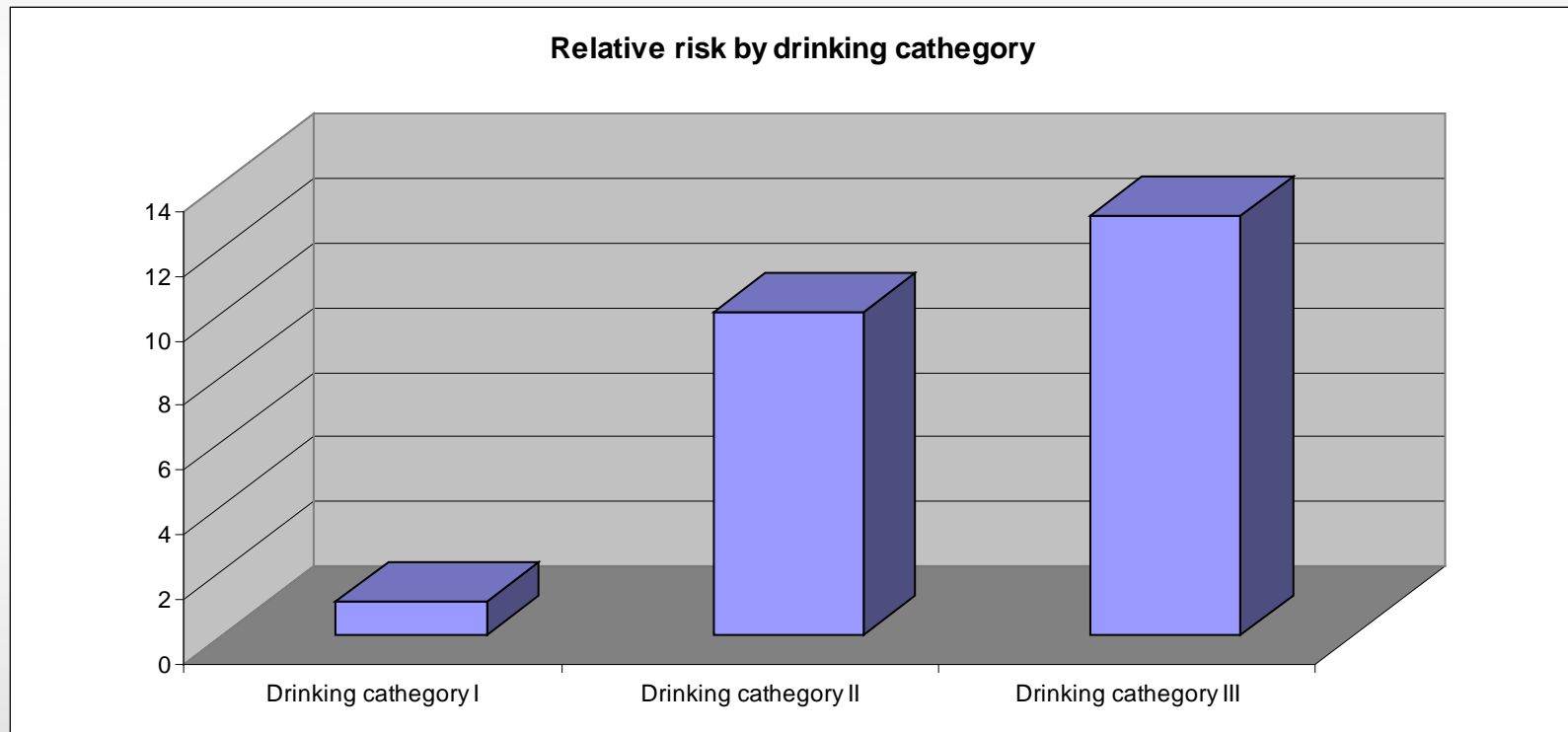
**category II:** 20/40 to 40/60 g pure alcohol per day

**category III:** more than 40/60 g pure alcohol per day.

For comparison: a 75 cl. bottle of wine contains about 70 g of pure alcohol.

# Reduction in Drinking as Alternative Endpoint

Liver cirrhosis



\*WHO Global Status Report 2004

## Ärztliche Kurzintervention

# Motivierende Gesprächsführung

„Motivational Interviewing“ (Miller & Rollnick 1999)  
Standardisierte Intervention für wenig Motivierte  
Vorlage für Techniken und Ziele der Kurzintervention

### **Ziele:**

- Ø **Förderung von Veränderungsbereitschaft**
- Ø **Aufbau von Vertrauen in die Selbstwirksamkeit**
- Ø **Vereinbarung von gemeinsam festgelegten Zielen**
- Ø **Anbindung**

# Spezifische Strategien zur Umsetzung der Prinzipien

- **Fünf Strategien für die Anfangsphase:**
  - Offene Fragen stellen
  - Aktiv zuhören
  - Bestätigen
  - Zusammenfassen
  
  - Selbstmotivierende Aussagen hervorrufen!!

# Beispiele für Strategien zum Umgang mit Widerstand

Reflexion der Ambivalenz:

Das vom Patienten Gesagte rückmelden und die andere Seite der Ambivalenz hinzufügen

*Patient: „Okay, vielleicht habe ich ein paar Probleme mit dem Alkohol, aber ich bin kein Alkoholiker.“*

*Gesprächspartner: „Sie haben kein Problem damit zu sehen, dass Ihnen Ihr Trinkverhalten nicht gut tut, aber Sie wollen nicht mit einem „Etikett“ versehen werden.“*

# Beispiele für Strategien zum Umgang mit Widerstand

Den Fokus verschieben:

Die Blockade akzeptieren und einen anderen Weg wählen

*Patient:*

*„Okay, vielleicht habe ich ein paar Probleme mit dem Alkohol, aber ich bin kein Alkoholiker.“*

*Gesprächspartner:*

*„Ich glaube nicht, dass dies das eigentliche Problem ist. Mir ist es nicht wichtig, ob Sie sich für einen Alkoholiker halten oder nicht. Ich mache mir vielmehr Sorgen wegen einiger Dinge, die mir aufgefallen sind. Vielleicht erzählen Sie ein wenig über...“*

Mit CD-ROM

R. Brueck / K. F. Mann

# Alkoholismus- spezifische Psychotherapie

Manual mit Behandlungsmodulen



Deutscher  
Ärzte-Verlag

## Inhaltsverzeichnis

- 1 Einleitung**
- 2 Phase 1: Motivationsaufbau**
  - 2.1 Stadien der Veränderung
  - 2.2 Motivierende Gesprächsführung
  - 2.3 Vergleich mit anderen Methoden
  - 2.4 Basisstrategien von Motivational Interviewing
- 3 Durchführung der Phase 1**
  - 3.1 Ablauf der Sitzungen
  - 3.2 Einbeziehung einer unterstützenden wichtigen Person (WP)
  - 3.3 Übergang von Phase 1 zu Phase 2
- 4 Phase 2: Erstellen des Veränderungsplans**
  - 4.1 Funktionale Verhaltensanalyse
  - 4.2 Psychosoziales Funktionsniveau
  - 4.3 Stärken und Ressourcen
  - 4.4 Veränderungsplan
- 5 Bedarfsmodule**
  - 5.1 Probeabstinenz
  - 5.2 Bedenken äußern
  - 5.3 Ausrutscher
  - 5.4 Medikamenten-Compliance
  - 5.5 Case-Management
- 6 Phase 3: Fertigkeitentraining**
  - 6.1 Umgang mit Trinkdruck
  - 6.2 Stimmungsmanagement
  - 6.3 Umgang mit Trinkangeboten und sozialem Druck
  - 6.4 Soziale Kompetenz
  - 6.5 Kommunikationsfertigkeiten
  - 6.6 Soziale und Freizeitberatung
- 7 Phase 4: Aufrechterhaltung**
  - 7.1 Check-up-Sitzungen
  - 7.2 Abschluss der ASP

## Literaturverzeichnis

Anhang A

Anhang B

## Störungsspezifische Psychotherapie

Herausgegeben von Anil Batra  
und Gerhard Buchkremer

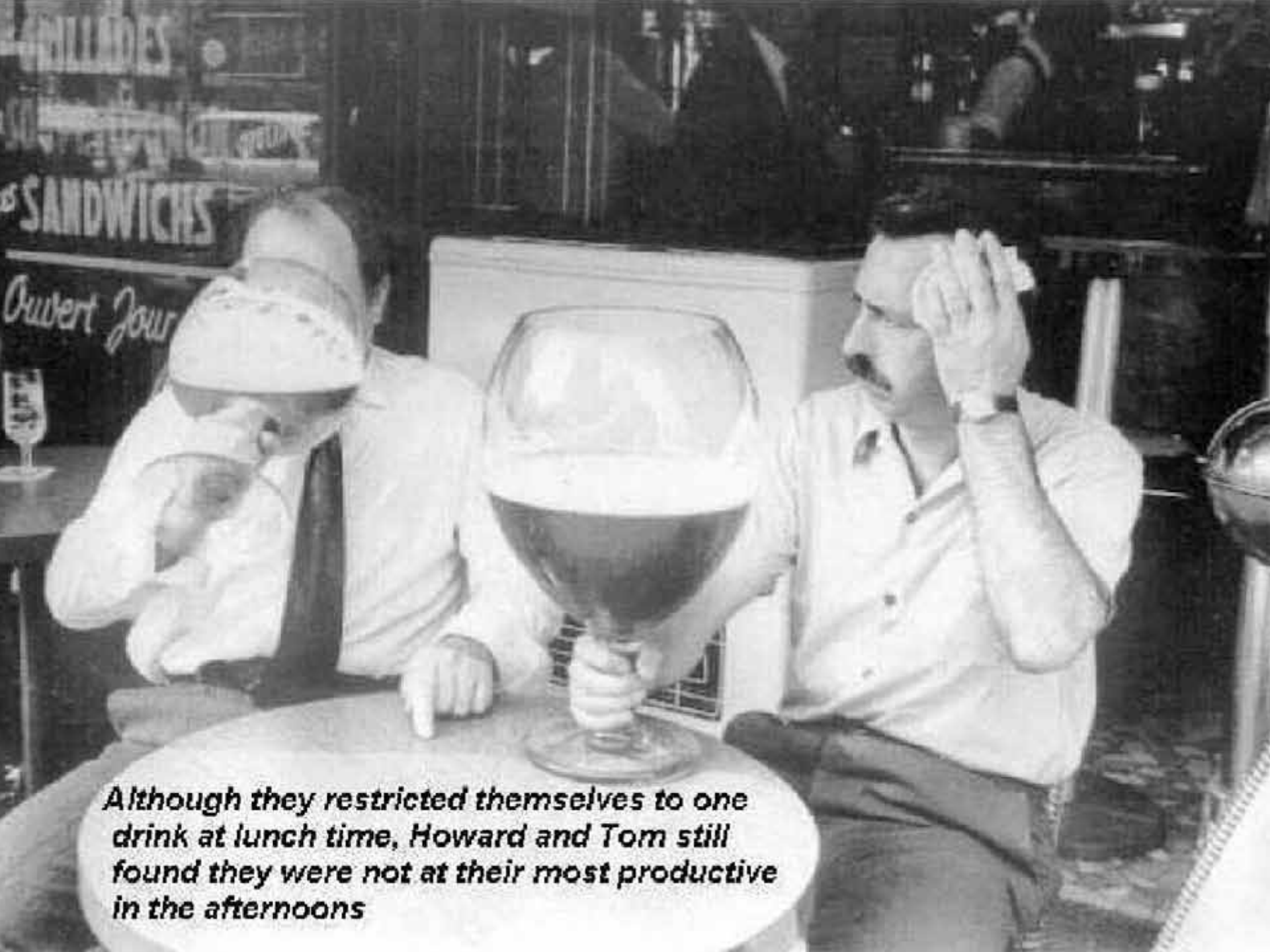
Kienast, Lindenmeyer,  
Löb, Löber, Heinz

# Alkohol- abhängigkeit

Ein Leitfaden  
zur Gruppentherapie

inkl. CD-ROM  
mit zahlreichen  
Arbeitsmaterialien

Kohlhammer



*Although they restricted themselves to one drink at lunch time, Howard and Tom still found they were not at their most productive in the afternoons*

# Traditionelle körperliche Entgiftung in 3 – 5 Tagen:

Traditionelle körperliche Entgiftung in 3 – 5 Tagen:

nach 4 Wochen	50% abstinent
nach 12 Wochen	25% „
nach 52 Wochen	weniger als 3% abstinent

*Fleischmann et al 2001*

nach 8 Jahren	5% abstinent
	40% verstorben

*Wieser und Kunad 1965*

# Ergebnisse nach stationärer Entwöhnungsbehandlung I

**Stationäre  
Langzeittherapie  
Küfner & Feuerlein 1989**

**Stationäre  
Langzeittherapie  
Zemlin et al. 1999**

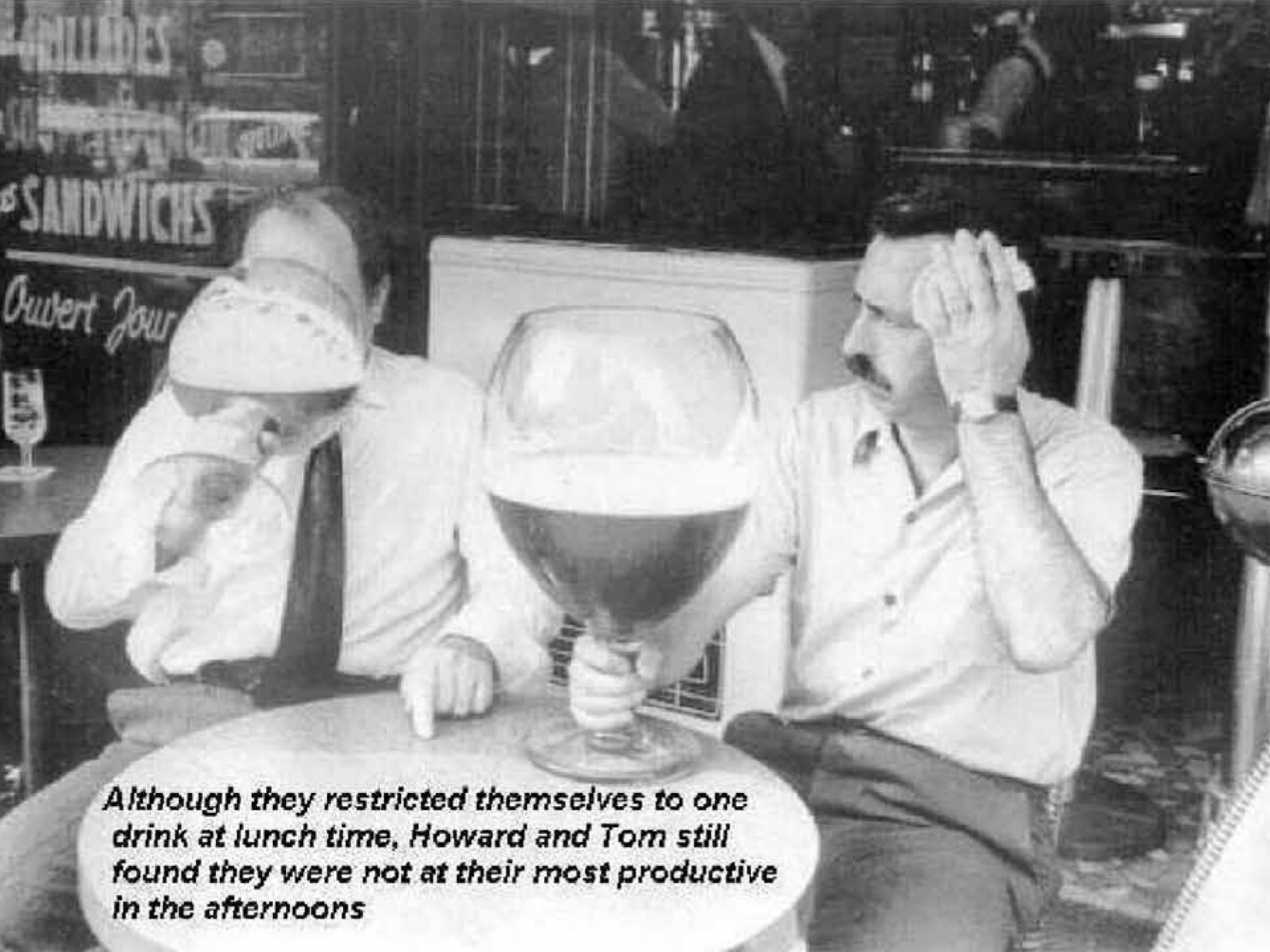
<b>Behandlung</b>	<b>Stationäre Entwöhnungs- behandlung 4 bis 6 Monate (21 Kliniken)</b>	<b>Stationäre Entwöhnungs- behandlung 6 Monate</b>
<b>der Zeitpunkt Nachuntersuchung</b>	<b>6 Monate</b>	<b>1 Jahr</b>
<b>Anzahl der Patienten</b>	<b>1.410</b>	<b>3.060</b>
<b>Abstinenzrate</b>	<b>67%</b>	<b>60%</b>

# Bei der Qualifizierten Entzugsbehandlung

***gibt es keine***

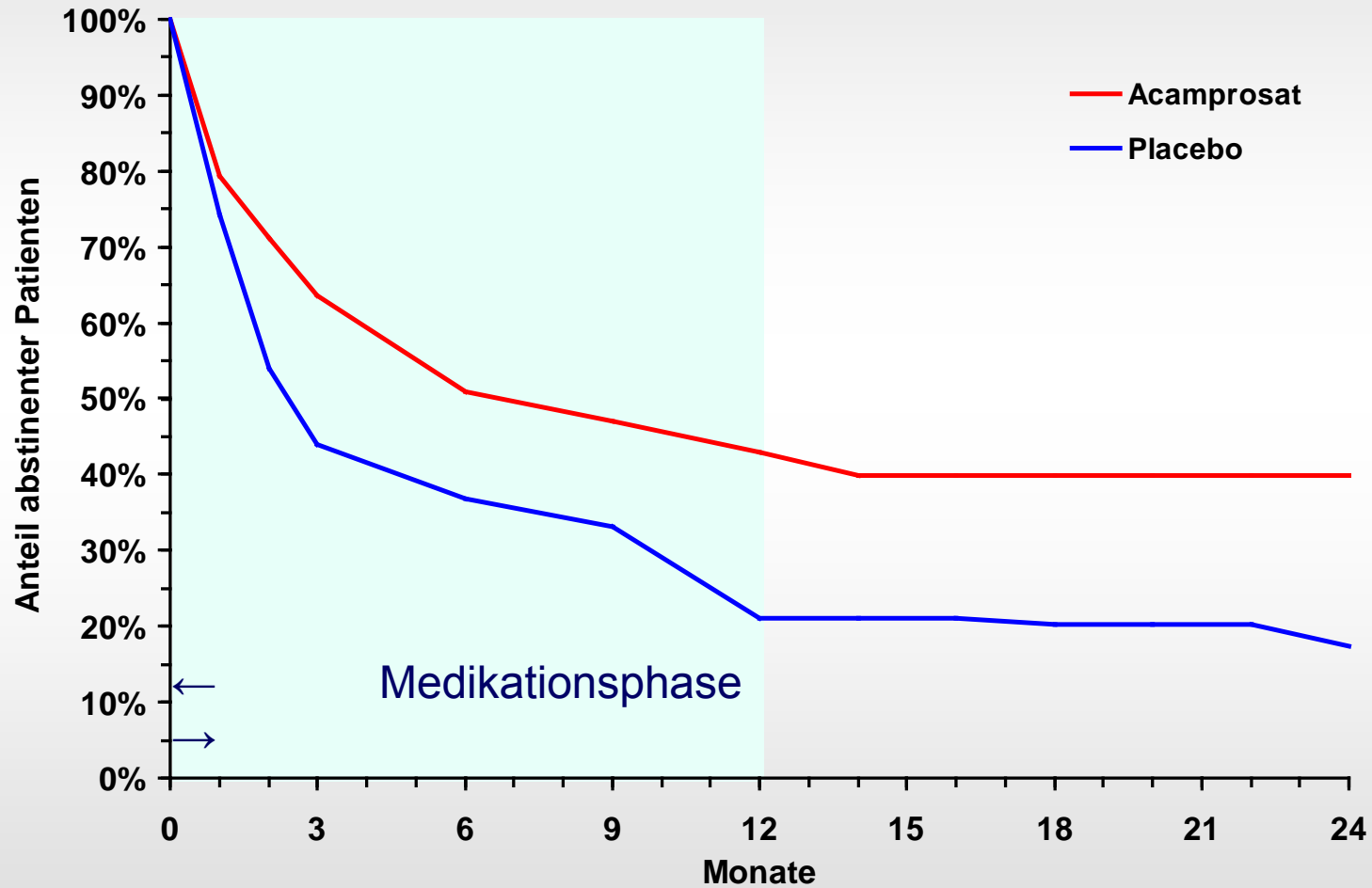
- Selektion
- abwehrenden Aufnahmeverfahren
- abwertende Konfrontation
- motivationsprüfende Schwellen

Dauer 3 Wochen, stationär, teilstationär, ambulant.

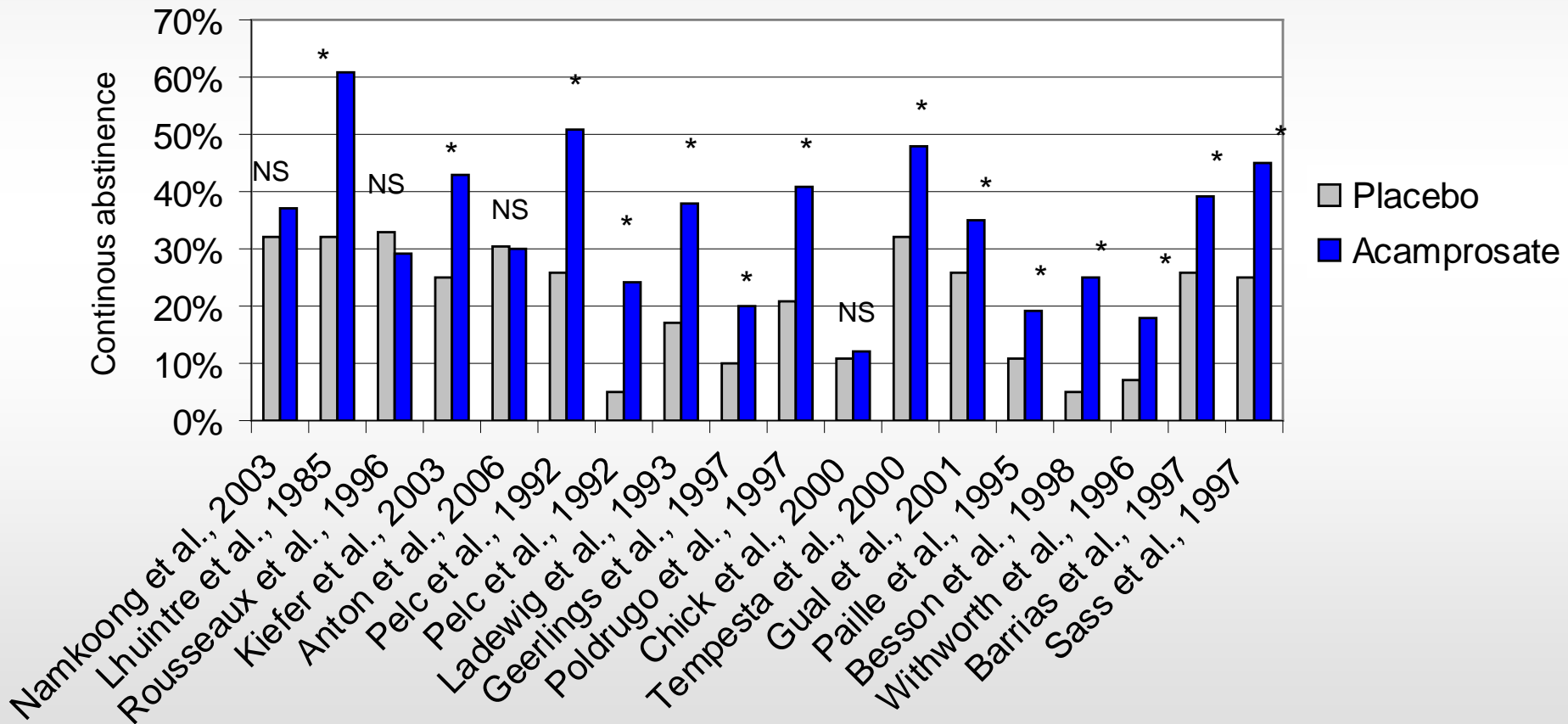


*Although they restricted themselves to one drink at lunch time, Howard and Tom still found they were not at their most productive in the afternoons*

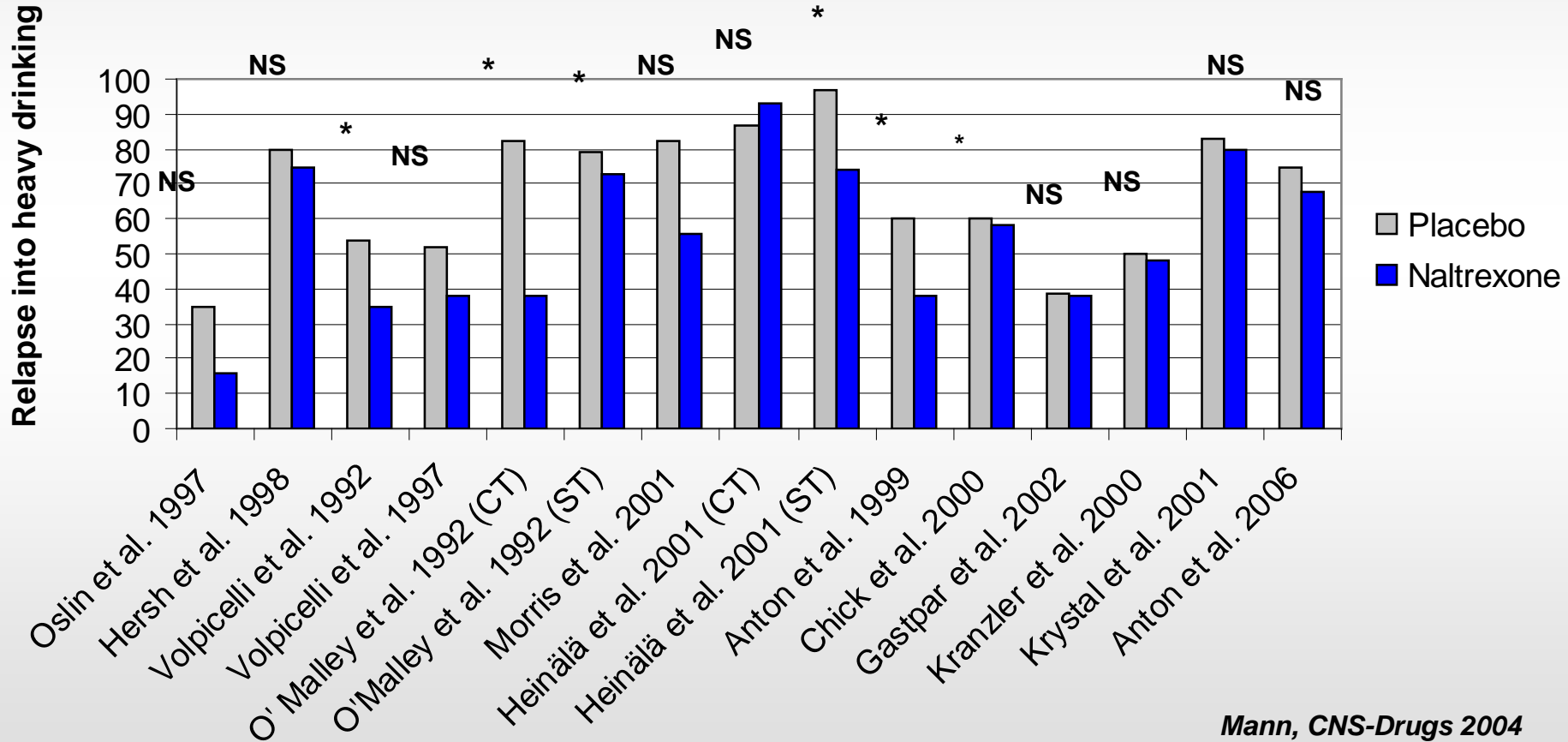
# Abstinenzraten: Acamprosat vs Plazebo



# Hintergrund Acamprosat

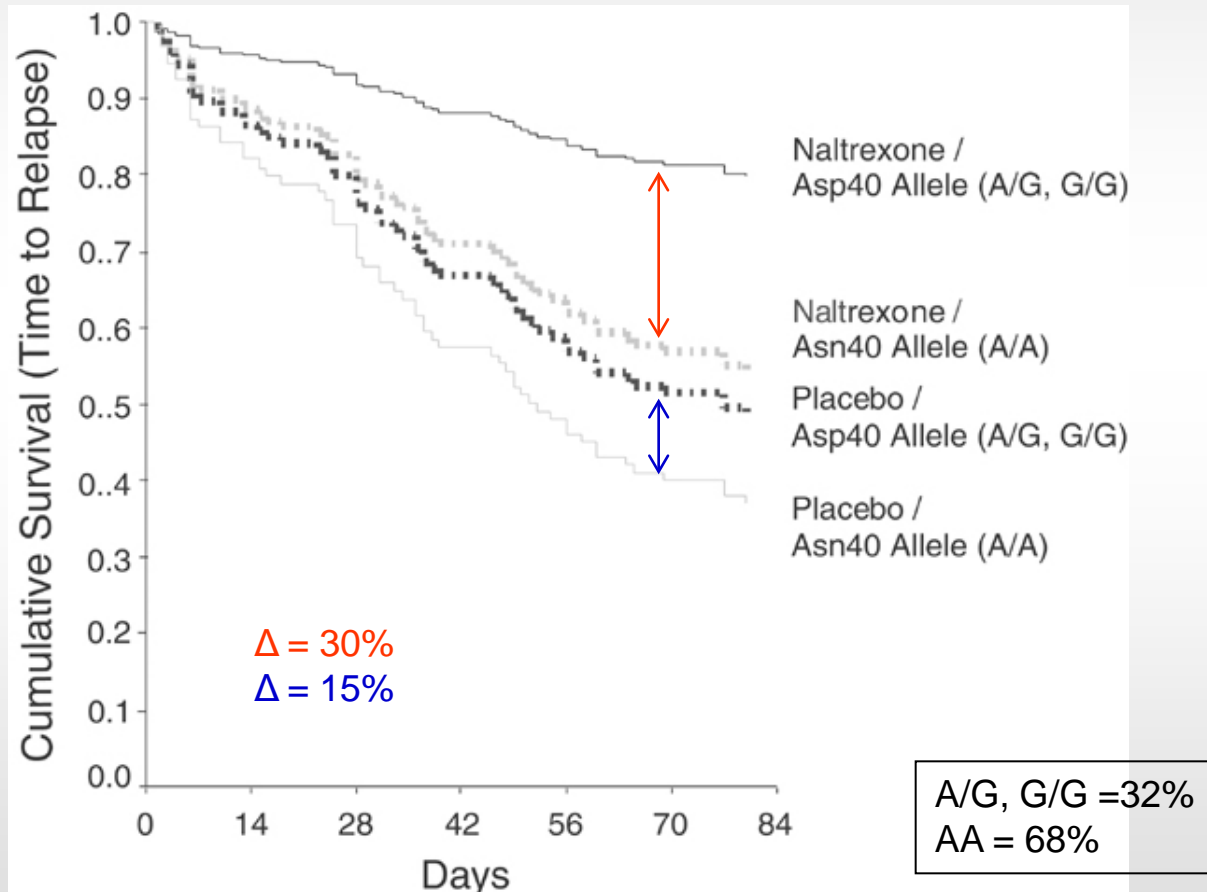


# Background Naltrexone



# Oslin et al.

## Neuropsychopharmacology 2003

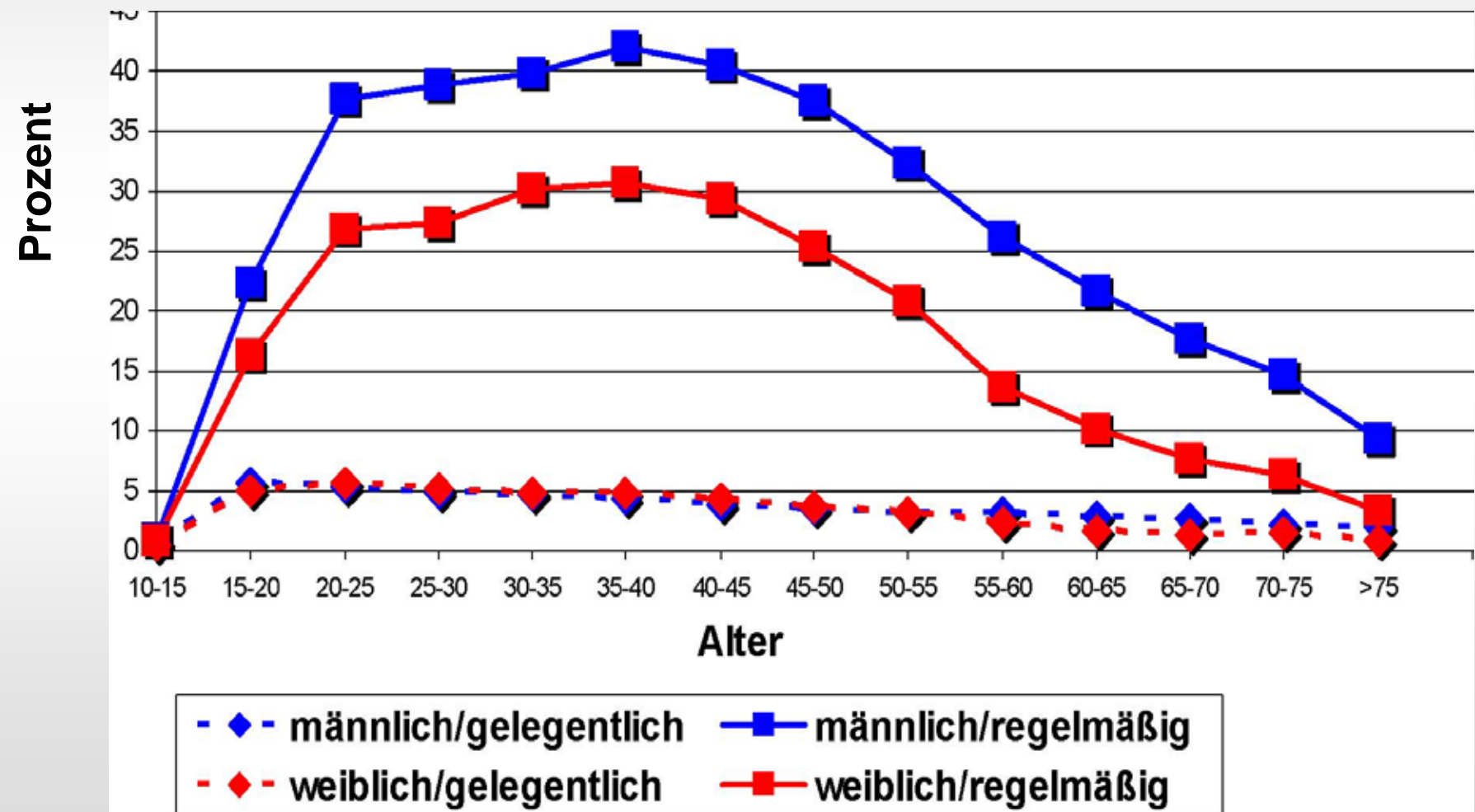




Council orders smokers to work an extra 30 minutes every day

# 1.1 Verteilung der Raucher generell

Raucher in Deutschland 2006



# Tabakabhängigkeit bei zusätzlicher psychiatrischer Erkrankung

- Tabakabhängigkeit findet sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (30%) bei:
  - **Affektiven Störungen mit ca. 50-60% 2mal so häufig**
  - **Schizophrenie-Erkrankten in ca. 70-90%**
  - **Alkoholabhängigkeit 2-3mal so häufig, z.T. über 90%**

(Hurt and Patten 2003)

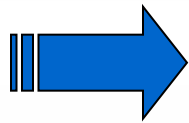
und umgekehrt

- **Abhängige Raucher haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Alkoholproblemen.**

(John et al. 2003)



# Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV

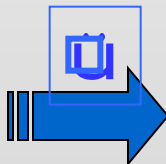


**Diagnose wenn mindestens 3 der  
nachfolgenden Kriterien erfüllt sind**

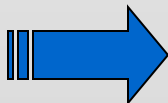
1. **Toleranzentwicklung** (z.b. Ausbleiben von Uebelkeit oder Schwindel trotz hohen Nikotinkonsums)
2. **Entzugssymptomatik**
  - A. Täglicher Gebrauch über zumindest mehrere Wochen
  - B. Nach plötzlichem Absetzen Auftreten von 4 oder mehr der folgenden Symptome:
    - (1) dysphorische or depressive Stimmung
    - (2) Schlaflosigkeit
    - (3) Reizbarkeit, Schwierigkeiten mit Wut und Ärger umzugehen
    - (4) Ängstlichkeit
    - (5) Konzentrationsschwierigkeiten
    - (6) Unruhe
    - (7) Verminderung der Herzfrequenz
    - (8) Appetitsteigerung oder Gewichtszunahme
3. **Wiederholte erfolglose Versuche** mit dem Rauchen aufzuhören oder den Konsum einzuschränken
4. **Verminderte soziale Aktivitäten**, weil Rauchen dort nicht erlaubt ist
5. **Andauernder Gebrauch trotz** bekannter medizinischer oder psychologischer Folgeschäden
6. **Konsum** der oftmals grösser oder häufiger als beabsichtigt ist

# Fagerstroem-Test für Nikotinabhängigkeit

1. Wann rauchen Sie Ihre erste Zigarette nach dem Erwachen ?
  - .. innerhalb von 5 Minuten 3 Punkte
  - .. innerhalb von 6 bis 30 Minuten 2 Punkte
  - .. innerhalb von 31 bis 60 Minuten 1 Punkt
  - .. es dauert länger als 60 Minuten 0 Punkte
  
2. Finden Sie es schwierig an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. in der Kirche, in der Bibliothek, im Kino usw.) darauf zu verzichten?
  - .. ja 1 Punkt
  - .. nein 0 Punkte
  
3. Auf welche Zigarette wuerden Sie nicht verzichten wollen ?
  - .. die erste nach dem Erwachen 1 Punkt
  - .. eine andere 0 Punkte



4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag ?
- .. mehr als 30 3 Punkte
  - .. 21 – 30 2 Punkte
  - .. 11 – 20 1 Punkt
  - .. 10 oder weniger 0 Punkte
5. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?
- .. ja 1 Punkt
  - .. nein 0 Punkte
6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?
- .. ja 1 Punkt
  - .. nein 0 Punkte



# Fagerstroem-Test für Nikotinabhängigkeit

## Auswertung

Punkte

0 – 2	sehr niedrig
3 – 4	niedrig
5	mittel
6 – 7	hoch
8 – 10	sehr hoch

(nach Heatherton et al., 1991 und Fagerstroem et al., 1991)

# Chronisches Rauchen

**Kognitive Defizite** bei Rauchern (Snyder et al., 1989; Slawewski & Ehlers, 2002; Jacobsen et al., 2005; Ernst, 2001)

- vor allem Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis, episodisches Gedächtnis
- je **früher** der Beginn desto **ausgeprägter** die Defizite
- zusätzliche Verschlechterung **durch Abstinenz** (Entzugssyndrom)
- werden in der Abstinenz **durch Nikotin-Rezeptor Agonisten aufgehoben**
- sind bei Abstinenz **langanhaltend** (10 Wochen), möglicherweise permanent

# Therapeutische Ansätze

## Raucherentwöhnung generell

### Langfristige Abstinenzquoten (nach einem Jahr)

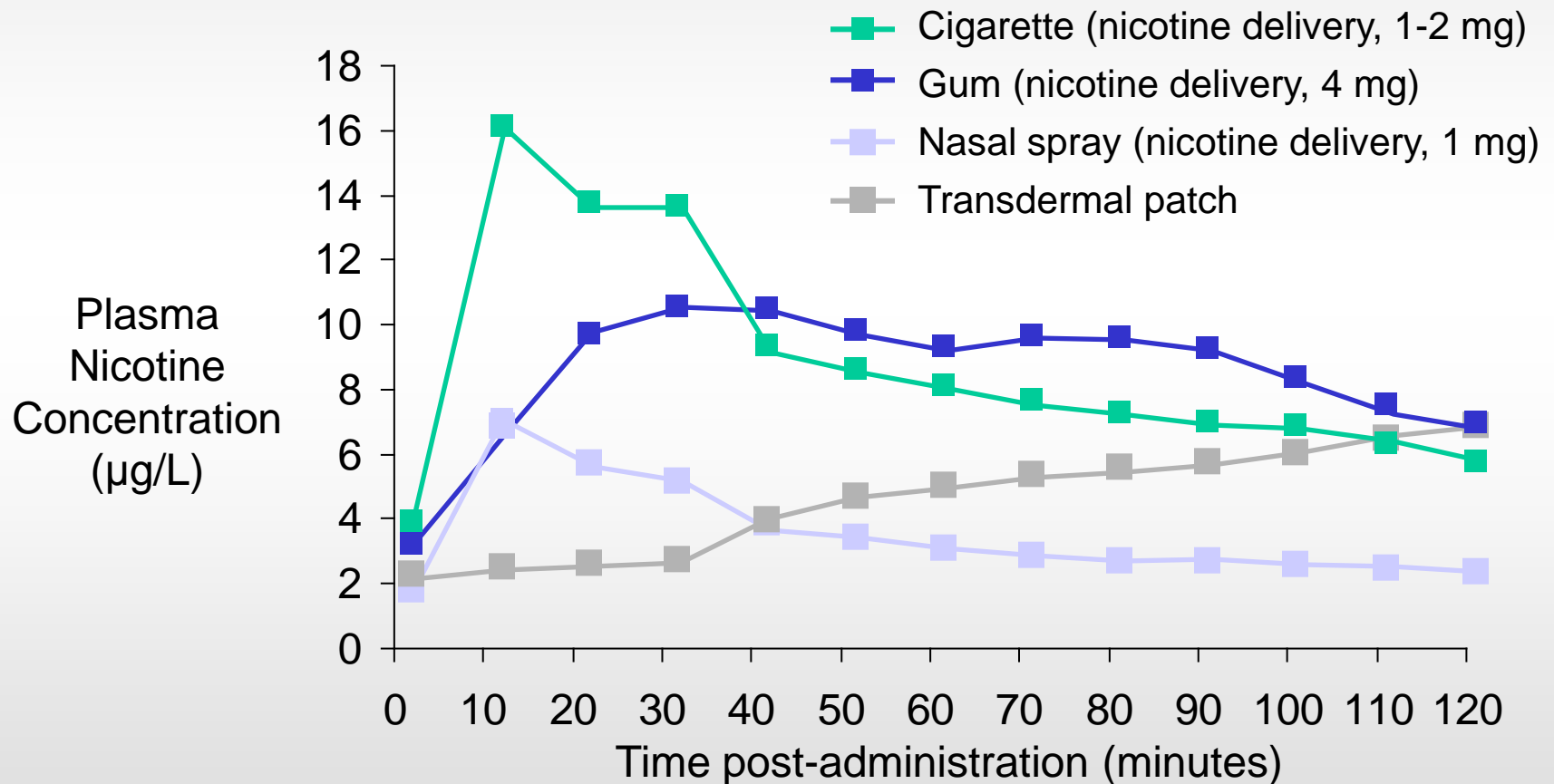
§ spontaner Entschluss	1-3%
§ minimale Unterstützung	3-5%
§ Nikotinersatztherapie	10-15%
§ Verhaltenstherapie (VT)	10-20%
§ VT kombiniert mit Nikotinersatz	20-50%

# Pharmakologische Ansätze

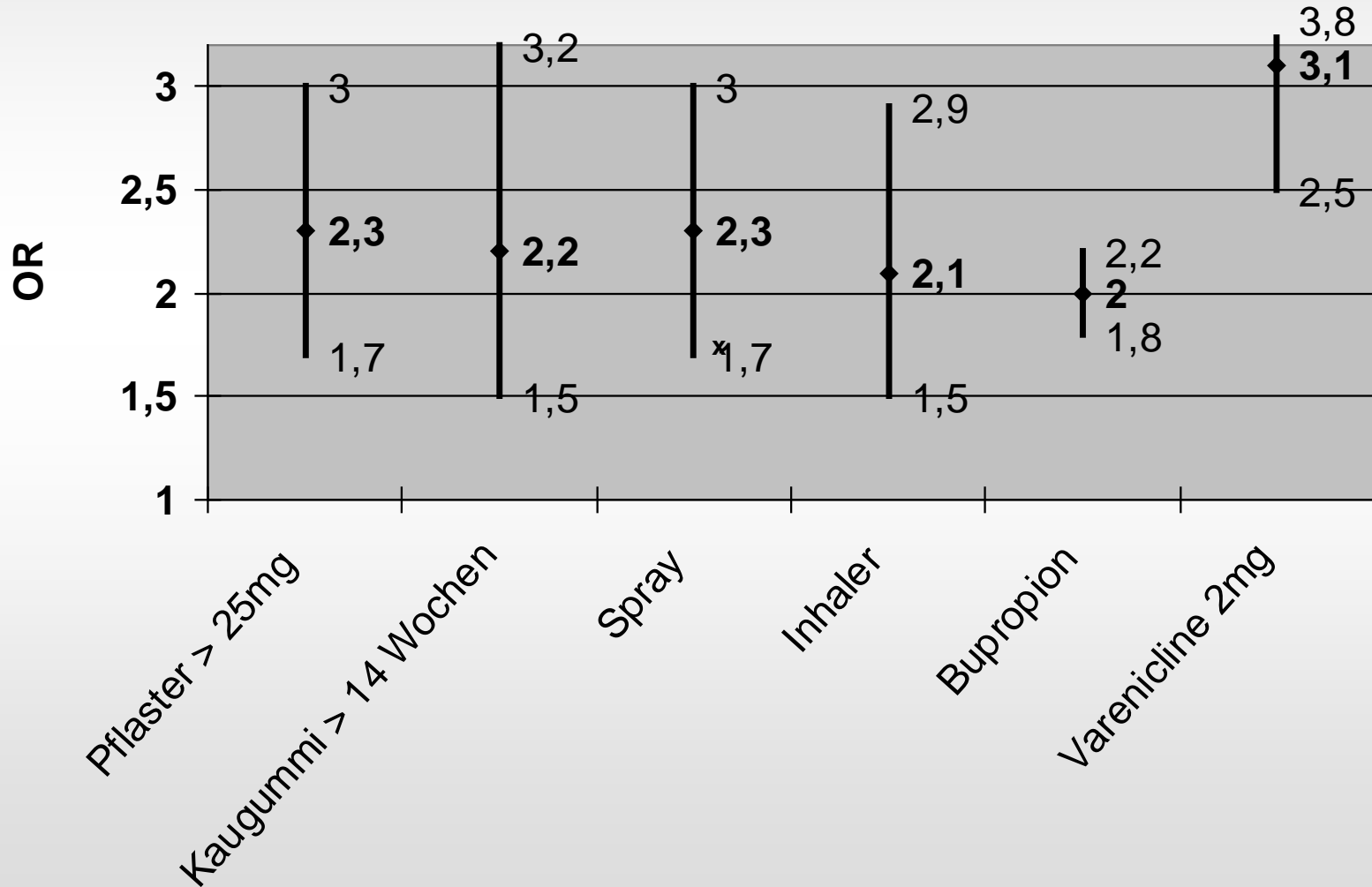


- § effektive pharmakologische Therapie (**Nikotinersatz, Bupropion, Vareniclin**) bei Nicht-Alkoholabhängigen (Fiore et al., 2000; Batra et al. 2005)
- § pharmakologisch unterstützte Raucherentwöhnung bei Alkoholabhängigen häufig unbefriedigend (Kalman et al. 2001; Saxon et al. 1997; Hughes et al., 2003; Hurt et al., 1995)
- § erste Ansätze neben der **Nikotinersatztherapie**:
  - **Bupropion** (Hayford et al., 1999; Hays et al. 2001)
  - **Topiramate** (Johnson et al., 2005)
  - **Rimonabant** (Cohen et al. 2005)
  - **Naltrexon** (Byars et al., 2005)
  - **Galanthamin** (Diehl et al. 2006)
  - **Rivastigmin** (Diehl et al., 2009)
  - **Vareniclin** (Coe et al., 2005; Steensland et al.2007)

# Nicotine Replacement Therapy (NRT): Nicotine Delivery by Cigarettes and NRT Products



# Evidenz der Effektivität (US Guidelines 2008)



# Evidence of Efficacy Medication and Counseling

	Number of arms	OR	Estimated abstinence (95% C.I.)
Medication alone	<b>8</b>	<b>1,0</b>	<b>21,7</b>
Medication and Counseling	<b>39</b>	<b>1,4 (1,2-1,6)</b>	<b>27,6 (25,0-30,3)</b>

US Guidelines 2008

# Evidence of Efficacy Medication and Counseling

	Number of arms	OR	Estimated abstinence (95% C.I.)
Counseling alone	<b>11</b>	<b>1,0</b>	<b>14,6</b>
Medication and Counseling	<b>13</b>	<b>1,7 (1,3-2,1)</b>	<b>22,1 (18,1-26,8)</b>

# Rauchen: Vergleich UK - Deutschland

	UK	Deutschland
<b>Prävalenz Erwachsene</b>	<b>28 %</b>	<b>27 %</b>
<b>Prävalenz Kinder + Jugendliche</b>	<b>13</b>	<b>27% (2001)</b>
<b>Maßnahmen</b>	<b>White Paper</b>	<b>Aktionsprogramm Tabakprävention</b>
<b>Kampagne</b>	<b>50 Mio £</b>	<b>--</b>
<b>Stop Services</b>	<b>60</b>	<b>--</b>
<b>Steuer</b>	<b>Erhöhung</b>	<b>Erhöhung</b>
<b>Werbung</b>	<b>Verbot</b>	<b>--</b>



# Rauchen: Vergleich UK - Deutschland

Bilanz	UK	Deutschland
Erwachsene	28 - 22 %	27 %
Kinder + Jugendliche	13 - 6 %	27 - 14 %
Todesfälle	120.000 ÷ 82.000	140.000

# Systemfragen

## Großbritannien vs. Deutschland

### Ländervergleich

		
Aufhörversuche i. d. letzten 12 Mon.	46 %	27 %
Ärztl. oder and. profess. Hilfe	41 %	12 %
Nikotinersatz verwendet	54 %	9 %