

# Diagnostik und Therapie der Einzel- und Doppeldiagnose von Alkohol und Depression

**Depressive Störungen sind häufig; Alkoholkonsumstörungen sind häufig. Fast die Hälfte aller Patienten in Behandlung für eine der beiden Krankheitsgruppen ist komorbid für die zweite Krankheitsgruppe. Im Beitrag werden Diagnostik und Therapie der Einzel- und Doppeldiagnose Alkohol und Depression dargestellt. Vorgestellt wird zudem ein sogenannt standardisierter Behandlungspfad für die Doppeldiagnose depressive Störungen und Alkoholverstörungen am kanadischen Centre for Addiction and Mental Health.**



Christian G. Schütz

von Christian G. Schütz

## Einleitung

Fast die Hälfte aller Patienten mit depressiven Störungen oder Alkoholkonsumstörungen, die sich in Behandlung befinden, ist komorbid für die zweite Krankheitsgruppe. Doppeldiagnosen, bestehend aus einer Alkoholkonsumstörung und einer depressiven Störung, gehören sogar zu den am häufigsten auftretenden Doppeldiagnosen. Die Häufigkeit zusätzlicher Störungen, wie zum Beispiel einer Tabakabhängigkeit, ist in dieser Gruppe ebenfalls deutlich häufiger als bei den jeweiligen einzeln auftretenden Störungen. Doppeldiagnosen sind auch mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden (1, 2).

Im Rahmen der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2012 erfüllten 22,2 Prozent der Schweizer Bewohner Kriterien für eine leichte Depression, 4,6 Prozent für eine mittelschwere und 1,9 Prozent für eine schwere depressive Störung (3). In der gleichen Erhebung berichteten etwa 14 Prozent einen riskanten Alkoholkonsum (3). Die Angaben erscheinen hoch, liegen aber im Bereich der Prävalenzen, die von anderen epidemiologischen Studien in vergleichbaren Ländern berichtet werden. Selbst innerhalb eines Landes variieren die Angaben zu den Prävalenzen, so auch die Angaben zur Prävalenz der Doppeldiagnosen, abhängig von den verwendeten Untersuchungsinstrumenten, dem Erhebungsrahmen und der untersuchten Population.

Die Prävalenz von Doppeldiagnosen in epidemiologischen Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung ist geringer als bei Erhebungen im Rahmen klinischer Studien. Das Risiko einer Doppeldiagnose nimmt mit dem Schweregrad der Ersterkrankung zu (4). Das heisst, je schwerer die depressive Störung, desto wahrscheinlicher ist eine Alkoholkonsumstörung. Und umgekehrt: je schwerer die Alkoholkonsumstörung, desto wahrscheinlicher ist die Entwicklung einer zusätzlichen depressiven Störung (4).

## Diagnosen

### Alkoholkonsumstörungen

Die spezifischen Prävalenzdaten sind unter anderem auch von den diagnostischen Kriterien abhängig. In Kürze wird die neue ICD-Klassifikation der WHO (International Classification of Diseases der World Health Organization), das ICD-11, erscheinen (5). Die Kriterien der WHO-Klassifikation für Alkoholkonsumstörungen werden sich deutlich unterscheiden von den Kriterien des DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Version) der APA (American Psychiatric Association) (6).

Bei Erstellung der DSM-5-Kriterien entschied sich die APA-Kommission, die diagnostische Differenzierung von Missbrauch und Abhängigkeit aufzugeben. Vorliegende Daten wiesen auf ein zusammenhängendes Syndrom hin. Deshalb wurde die Unterscheidung aufgegeben und ersetzt durch die Diagnose einer Alkoholkonsumstörung, die sowohl Kriterien des Missbrauchs als auch Kriterien der Abhängigkeit umfasst. Die Kriterien wurden im Wesentlichen zusammengefasst zur Alkoholkonsumstörung. Nach dem DSM-5 sind nun 2 von 11 möglichen Kriterien notwendig, um eine leichte Suchtkonsumstörung zu diagnostizieren.

Die WHO folgte der Vorgabe der APA nicht. Dadurch werden sich nun deutliche Unterschiede zwischen ICD-11 und DSM-5 bei der Diagnose von alkoholbedingten Störungen ergeben. Im ICD-11 wird die diagnostische Unterscheidung von schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit aufrechterhalten. Die diagnostischen Kriterien werden jedoch vereinfacht. So wurden die sechs diagnostischen Leitlinien für Alkoholabhängigkeit im ICD-10 zu drei Leitlinien zusammengefasst:

- beeinträchtigte Kontrolle
- Substanzgebrauch wird zur zunehmenden Priorität
- physiologische Merkmale (Toleranz, Entzug).

Nach DSM-11 erlaubt das Vorliegen von zwei Leitlinien die Diagnose der Alkoholabhängigkeit. Die Merkmale der Abhängigkeit sind in der Regel über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten offensichtlich, aber die

Diagnose kann erst gestellt werden, wenn der Alkoholkonsum kontinuierlich (täglich oder fast täglich) für mindestens 1 Monat ist. Die Diagnose des schädlichen Konsums wird mehr an die Diagnose anderer psychiatrischer Erkrankungen wie Depression angepasst. So wird eine einmalige schädliche Episode von rezidivierenden schädlichen Episoden unterschieden. ICD-11 liegt zurzeit nur in der englischen WHO-Fassung vor. Übersetzungen und nationale Anpassungen stehen noch aus. Damit sind die obigen Angaben zu der kommenden ICD-11 vorläufig (5).

**Depression**

Die Diagnosen der Depression bleiben weitgehend unverändert. Therapeutisch wichtig ist die Unterscheidung zwischen einer Depression im Rahmen einer unipolaren depressiven Störung und einer Depression im Rahmen einer bipolaren Störung (Abbildung). Eine vorliegende gleichzeitige Alkoholkonsumstörung macht die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer depressiven Episode im Rahmen der bipolaren Störung wahrscheinlicher. Bipolare Störungen haben die höchste Wahrscheinlichkeit einer komorbiden Suchtstörung unter allen psychiatrischen Erkrankungen.

**Komorbidität**

Warum treten die beiden Störungsbilder so häufig gemeinsam auf?

1. *Überlappung der genetischen Disposition:* Eine Reihe von Studien zeigt eine hohe genetische Überlappung fast aller psychiatrischen Erkrankungen (7, 8). Das heisst, dass die beobachtbare Psychopathologie unterschiedlicher psychiatrischer Erkrankungen zumindest zum Teil auf einer unspezifischen genetischen Prädisposition beruht. Man kann es auch anders formulieren: Die genetische Prädisposition ist weniger diagnosespezifisch als bisher angenommen. Dies gilt für psychiatrische Erkrankungen, einschliesslich der Suchterkrankungen (9).
2. *Überlappung nicht genetischer Risikofaktoren:* Ausgeprägte Umwelteinflüsse wie frühkindlicher Missbrauch oder frühkindliche Vernachlässigung erhöhen das Risiko fast aller psychiatrischen Erkrankungen, einschliesslich der Suchterkrankungen (10). Auch viele der Umweltrisikofaktoren sind unspezifisch.
3. *Es scheint, dass sich die Erkrankungen gegenseitig induzieren.* Alkohol in grösseren Mengen hat stimmungsenkende Wirkungen, und deshalb kann ein depressives Syndrom während oder nach dem Alkoholentzug auftreten. Falls es sich wirklich «nur» um alkoholinduzierte Depressionen handelt, sollte eine Abstinenzphase das Verschwinden der Depression innerhalb weniger Wochen bewirken. Besonders Frauen scheinen aber auch als Reaktion auf eine primäre Depression vermehrt Alkohol zu konsumieren (1).

**Behandlung der Doppeldiagnosen**

Untersuchungen zu gezielten Interventionen und zur Behandlung von Doppeldiagnosen sind rar, das heisst, spezifische Evidenz für gezielte Herangehensweisen fehlt weitgehend. In Ermangelung spezifischer Studien zu komorbiden Störungen wird allgemein empfohlen, für jede Störung die jeweils effektivsten Behandlungsmethoden zu verwenden.

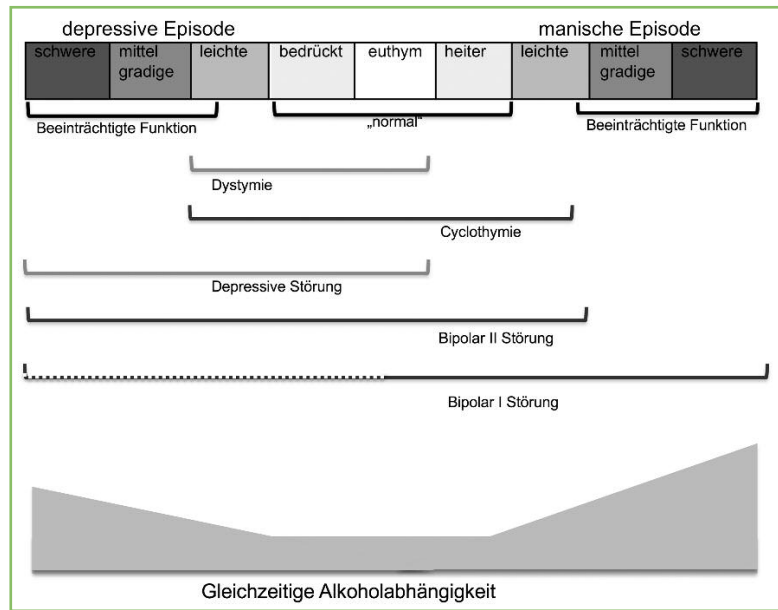


Abbildung: Schematische Übersicht der depressiven Störungen

Eine gute Behandlung erfordert eine gute therapeutische Allianz. Pharmakotherapien sollten durch unterstützende psychosoziale Interventionen begleitet werden. Antidepressiva und Anti-Craving-Substanzen sollten möglichst bei allen Fällen der Doppeldiagnose Depression und Alkoholkonsumstörung kombiniert werden. Im Prinzip können alle Antidepressiva zur Anwendung kommen – mit Ausnahme von Monoaminoxidase-Hemmern (MAO-Hemmer). Denn Alkohol kann mit diesen interagieren und einen gefährlichen Anstieg des Blutdrucks verursachen. Alle anderen Antidepressiva, einschliesslich selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI), noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA) können verwendet werden. Trizyklika werden oft wegen der vermeintlich vermehrten Nebenwirkungen vermieden. Antidepressiva können neben der Verbesserung der Depressionen auch eine Verminderung des Alkoholkonsums bewirken. In einer inzwischen älteren Metaanalyse (11) konnte gezeigt werden, dass eine ausreichend erfolgreiche antidepressive Behandlung des depressiven Syndroms auch zu einer Verbesserung der Alkoholkonsumerkrankung beitragen kann. Bei anhaltendem starkem Alkoholkonsum oder in Fällen, in denen Depressionen hauptsächlich durch Alkohol ausgelöst werden, sind Antidepressiva hingegen weniger wirksam. Einige Studien mit SSRI zur Behandlung alkoholabhängiger Personen haben allerdings auch eine Verschlechterung des Alkoholkonsums in bestimmten Untergruppen gezeigt, insbesondere in solchen mit früh einsetzendem Alkoholproblem (12). Daher ist eine regelmässige Nachuntersuchung unbedingt erforderlich. Alkohol kann die sedierenden Wirkungen von Antidepressiva wie beispielsweise Trizyklika und Mirtazapin bei der Behandlung von Depressionen verschlimmern (13). Acamprosat und Naltrexon sind beide wirksam bei der Bewältigung der Alkoholabhängigkeit und Aufrechterhaltung der Abstinenz (14, 15). Vorliegende amerikanische Studien scheinen anzudeuten, dass Naltrexon bei

Patienten mit ausgeprägten Depressionen wirksamer zu sein scheint (15). Interaktionen zwischen Antidepressiva und Acamprosat zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit sind minimal, ebenso gibt es wenig Wechselwirkungen zwischen Antidepressiva und Naltrexon (16).

**Standardinterventionen** wie motivierende Befragung, kognitive Verhaltenstherapien und Kontingenzmanagement sind auch bei Doppeldiagnose indiziert. Es gibt manualisierte Gruppenangebote, in denen beide Krankheitsbilder gleichzeitig behandelt werden (17). In letzter Zeit hat sich das Achtsamkeitstraining als zusätzliches Therapieangebot etabliert.

Im Falle des Vorliegens von Depressionen im Rahmen einer bipolaren Störung ist es wichtig, die medikamentöse Behandlung entsprechend zu adaptieren. Wie bei der unipolaren Depression liegen zur Behandlung bipolarer Störungen und komorbider Alkoholkonsumstörung nur unzureichende vereinzelte Studien vor (18). Die beste Evidenz besteht für Quetiapin, eingeschränkte Evidenz gibt es auch für die Off-label-Behandlung mit Lamotrigin, Carbamazepin und Olanzapin. Bei depressiven Episoden im Rahmen einer bipolaren Störung sollte zunächst immer eine Phasenprophylaxe eingeleitet werden, wobei die Wirksamkeit von Antidepressiva, zusätzlich zur Optimierung der Phasenprophylaxe, umstritten ist. Bei fehlender Wirksamkeit können Kombinationen mit Lithium eingeleitet werden (19). Atypische Antipsychotika sind in den letzten Jahren zunehmend zur Therapie bipolarer Störungen eingesetzt worden. Alle Therapien können und sollten mit Anti-Craving-Substanzen kombiniert werden. Bei sedierenden Medikamenten besteht auch hier die Gefahr, dass Alkoholkonsum die Sedierung verstärkt.

### Standardisierte Behandlungspfade

Zur Optimierung von Therapieangeboten werden zunehmend sogenannte standardisierte Behandlungspfade entwickelt. Ein solcher ist der in Toronto, Kanada,

von A.V. Samokhvalov und Kollegen am Centre for Addiction and Mental Health entwickelte Behandlungspfad für die Doppeldiagnose depressive Störung und Alkoholstörungen (20). Unter anderem wurden folgende Empfehlungen erarbeitet:

#### Pharmakotherapie bei depressiver Störung:

Erste Wahl: Sertralin max. Dosis 200 mg/Tag (SSRI mit dopaminerger Wiederaufnahmehemmung)

Zweite Wahl: Fluoxetin: max. Dosis 80 mg/Tag (eher Gewichtsverlust als Zunahme)  
Venlafaxin XR: max. Dosis 375 mg/Tag (SNRI, für körperbetonte Depression)  
Mirtazapin: max. Dosis 60 mg/Tag (NASSA bei Agitation, posttraumatischer Belastungsstörung).

#### Parallel: Pharmakotherapie für Alkoholabhängigkeit:

Erste Wahl: Naltrexon: max. Dosis 50 mg/Tag

Zweite Wahl: Acamprosat: 3 × 666 mg/Tag  
Topiramamat: max. Dosis 300 mg.

Zusätzlich zur medikamentösen Behandlung und der Betreuung durch den Arzt nehmen die Patienten an einem manualisierten Gruppentherapieangebot teil. Komponenten der kognitiven Verhaltenstherapie, motivationalen Therapie, strukturierten Rückfallprophylaxe und der dialektischen Verhaltenstherapie wurden in diesem Programm zusammengestellt, um die beiden Krankheiten gleichzeitig und integriert anzugehen. Das Programm umfasst ein Gruppentherapieprogramm bestehend aus 12 manualisierten Sitzungen (20).

### Zusammenfassung

Studien zur gezielten Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen, einschliesslich der Doppeldiagnose Depression und Alkoholkonsumstörung, fehlen weitgehend. Im Allgemeinen werden Patienten mit Doppeldiagnosen von Studien ausgeschlossen. Bei fehlenden Studien erstrecken sich die Empfehlungen der Behandlung auch weiterhin weitgehend auf eine Ausweitung der Behandlung der Einzelstörungen. Dies gilt sowohl für psychotherapeutische Interventionen wie motivationales Interviewing, Ansätze mit kognitiver Verhaltenstherapie, Kontingenzmanagement, zunehmend auch Achtsamkeitsverfahren, weitgehend auch für die medikamentöse Behandlung. Antidepressiva und Anti-Craving-Substanzen sollten möglichst gleichzeitig eingesetzt werden, wobei MAO-Hemmer vermieden werden sollen. Im Gegensatz zu den unipolaren depressiven Episoden steht bei depressiven Episoden im Rahmen bipolarer Störungen die Phasenprophylaxe im Vordergrund. ●

Korrespondenzadresse:

Christian G. Schütz MD PhD MPH FRCPC

Associate Professor

Institute of Mental Health, Dep. of Psychiatry

University of British Columbia

David Strangway Building, Room 4308

5950 University Boulevard, Vancouver, BC V6T 1Z3, Canada

Internet: <http://brainlab.med.ubc.ca>

E-Mail: [christian.schutz@ubc.ca](mailto:christian.schutz@ubc.ca)

### Merkmale:

- Fast die Hälfte aller Patienten mit depressiven Störungen oder Alkoholkonsumstörungen, die sich in Behandlung befinden, ist komorbid für die zweite Krankheitsgruppe.
- In Ermangelung spezifischer Studien zu komorbiden Störungen wird allgemein empfohlen, für jede Störung die jeweils effektivsten Behandlungsmethoden zu verwenden.
- Pharmakotherapien sollten durch unterstützende psychosoziale Interventionen begleitet werden. Antidepressiva und Anti-Craving-Substanzen sollten möglichst bei allen Fällen der Doppeldiagnose Depression und Alkoholkonsumstörung kombiniert werden. Im Prinzip können alle Antidepressiva zur Anwendung kommen – mit Ausnahme von Monoaminoxidase-Hemmern (MAO-Hemmer).
- Standardinterventionen wie motivierende Befragung, kognitive Verhaltenstherapien und Kontingenzmanagement sind auch bei Doppeldiagnose indiziert. In letzter Zeit hat sich das Achtsamkeitstraining als zusätzliches Therapieangebot etabliert.
- Zur Optimierung von Therapieangeboten werden zunehmend sogenannte standardisierte Behandlungspfade entwickelt.

Literatur:

1. Hjorthøj, C, Østergaard MLD, Benros ME, Toftdahl NG, Erlangsen A, Andersen JT&Nordentoft M: Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *The Lancet Psychiatry*, 2015; (9), 801–808.
2. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GR, Dasher AC, Hesselbrock MN et al.: A comparison of alcohol-induced and independent depression in alcoholics with histories of suicide attempts. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002; 63, 498–502.
3. Schuler D& Burla L: Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2012. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
4. Rush B, Urbanoski K, Bassani D, Castel S, Wild TC, Strike C, ... & Somers J: Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2008; 53(12), 800–809.
5. ICD 11: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
6. Mohler Kuo M, Foster S, Gmel G, Dey M&Dermota P: DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorder among young Swiss men. *Addiction*, 2015; 110(3), 429–440.
7. Anttila V, Bulik-Sullivan B, Finucane HK, Walters RK, Bras J, Duncan L, ... & Patsopoulos NA: Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. *Science*, 2018; 360(6395), eaap8757.
8. Pettersson E, Larsson H&Lichtenstein P: Common psychiatric disorders share the same genetic origin: a multivariate sibling study of the Swedish population. *Molecular psychiatry*, 2016; 21(5), 717–721.
9. Caspi A, Houts RM, Belsky DW, Goldman-Mellor SJ, Harrington H, Israel S, ... & Moffitt TE: The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2014; 2(2), 119–137.
10. Teicher MH & Samson JA: Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American journal of psychiatry*, 2013; 170(10), 1114–1133.
11. Nunes EV & Levin FR: Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *Jama*, 2004; 291(15), 1887–1896.
12. Pettinati HM, Volpicelli JR, Kranzler HR, Luck G, Rukstalis MR, Cnaan A: Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and alcoholic subtype. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2000; 24, 1041–1049.
13. Preuss UW, Gouzoulis-Mayfrank E, Havemann-Reinecke U, Schäfer I, Beutel M, Hoch E & Mann KF: Psychiatric comorbidity in alcohol use disorders: results from the German S3 guidelines. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 2018; 268(3), 219–229.
14. Miotto K, McCann M, Basch J, Rawson R, Ling W: Naltrexone and dysphoria: fact or myth? *The American Journal on Addictions*, 2002; 11, 151–160.
15. Krystal JH, Gueorguieva R, Cramer J, Collins J, Rosenheck R: Naltrexone is associated with reduced drinking by alcohol dependent patients receiving antidepressants for mood and anxiety symptoms: results from VA Cooperative Study No. 425, «Naltrexone in the treatment of alcoholism». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2008; 32, 85–91.
16. Mills KL, Deady M, Proudfoot H, Sannibale C, Teesson M, Mattick R & Burns L: Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre. 2nd Edition, 2009, ISBN 978-0-7334-3609-3. [https://extranet.who.int/ncdccs/Data/AUS\\_B9\\_Comorbidty-Guidelines-2016.pdf](https://extranet.who.int/ncdccs/Data/AUS_B9_Comorbidty-Guidelines-2016.pdf)
17. Loeber S, Dinter C & Mann K: Psychotherapie von Patienten mit Depression und Abhängigkeitserkrankung. *Sucht*, 2011; 57(5), 373–381.
18. Beaulieu S, Saury S, Sareen J, Tremblay J, Schütz CG, McIntyre RS&Schaffer A: The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Ann Clin Psychiatry*, 2012; 24(1), 38–55.
19. Köhler S, Bauer M & Bschor T: Pharmakologische Behandlung der bipolaren Depression. *Der Nervenarzt*, 2014; 85(9), 1075–1083.
20. Samokhvalov AV, Schütz CG: Entwicklung, Implementierung und erste Studienergebnisse eines integrierten Versorgungspfad für Patienten mit kombinierten Alkoholkonsum- und depressiven Störungen: Erfahrungen aus Kanada. *Suchtmed*, 2018; 20, (1) 47–51.