

Aktiv gegen Depression

Aktionswoche 2016

www.netzwerk-depression-braunschweig.de

21.09.2016 Braunschweig

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

Doppeldiagnose

Alkoholabhängigkeit und Depressionen Herausforderung und Chance

PD Dr. med. Alexander Diehl M.A.
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Städtisches Klinikum Braunschweig

psychiatrie@klinikum-braunschweig.de



Problematik der Begrifflichkeiten

Doppelerkrankung und Komorbiditätsprinzip

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

Beschreibende Systematik von ICD 10 :

- Suchterkrankung plus Allgemeinpsychiatrische Erkrankung =
Doppelerkrankung / Komorbidität
- Mehrfachdiagnose ≠
Mehrfacherkrankung im Sinne eigenständiger Erkrankungen

Klassifikation Doppelerkrankung

Sucht plus X

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

ursächliche Einordnung:

- Was kommt von Wem ? oder
- voneinander unabhängiges Auftreten ?

chronologische Einordnung:

- dem Substanzkonsum vorausgehend, „primär“
- dem Substanzkonsum folgend, „sekundär“

Krankheits-Mechanismen der Doppeldiagnosen Alkohol plus X

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

mannigfaltige Erklärungsmodelle, z.B.:

- direkte oder indirekte Folgeeffekte des Substanzkonsums
- Affekt-beeinflussende Wirkung, Alkohol als „Medikation“
- gemeinsame Ursache oder Ausgangspunkt: genetisch, sozial, ...

Inhalt

Doppeldiagnose

**Alkoholabhängigkeit und Depressionen
Herausforderung und Chance**

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

- **Häufigkeit / Prävalenz**
- **Modelle zur Ursache**
- **Therapiemöglichkeiten**

Epidemiologische Studien

Sucht plus X

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

NCS -Studie (National Comorbidity Survey, Kessler 1994, 1997, ...)

NESARC -Studie (Nat. Epidem. Survey on Alcohol and Rel. Cond., Grant 2004)

NHSDA -Studie (Nat. Household Surv. on Drug Abuse, Farrell 2003)

KNHANES –Studie (Korean Nat. Health and Nutr. Exam. Surv., Kim 2006)

Häufigkeit psychiatrischer Störungen bei Suchtkranken

Sucht plus X

PD Dr. A. Diehl

 Klinik für Psychiatrie,
 Psychotherapie und
 Psychosomatik

		% Männer	% Frauen	% Ges.
F20	Schizophrenie	3	2	3
F25	schizoaffektive Störung	2	3	2
F2		5	4	5
F31	bipolare affektive Störung	2	2	2
F32	depressive Episode	12	23	16
F33	rezidiv. depr. Störung	7	16	10
F34	anhaltende affekt. Störung	11	20	14
F3		26%	44%	32%
F40	Phobische Störung	28	43	32
F41	Sonstige Angststörung	10	22	14
F44	dissoziative Störung	1	7	3
F45	somatoforme Störung	9	12	10
F4		38%	55%	43%
F50	Essstörungen	2	11	5
----	<u>keine</u> psych. Störung	51%	31%	45%

(Krausz)

2016

Seite 7

Alkohol plus X

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

- zusätzliche psychische Störung (inkl. andere Substanzabhängigkeit) bei

78.3% der Männer 86.0% der Frauen

- Angststörungen

35.8% der Männer 60.7% der Frauen

- Affektive Störungen

28.1% der Männern 53.5% der Frauen

(NCS Studie, Kessler)

Depression plus Sucht

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

Comorbidity of SUD, drug use disorder, or alcohol use disorder in adults with current MDD						
First author	Study	Sample size	Population	Assessment tool	Current comorbidity ^a	Lifetime comorbidity ^a
Kessler [1]	NCS-R	9090 total, 622 MDD current,	General population	CIDI	8.5% SUD	27.1% SUD

Bei Patienten mit Depression haben:

- **ca. 30%** eine Suchterkrankung

(STAR*D Studie, Davis 2005 u. 2006)

- **8.5-21.4%** eine aktuelle Alkoholabhängigkeit

- **16-43%** eine Lifetime Prävalenz für eine Alkoholabhängigkeit

		239 MDD + AUD current				
Abraham [10]	DRP-MGH	375 MDD current	Outpatients with MDD	SCID-P	N/A	31.2% SUD
Sanderson [11]	CCT	576 total, 197 MDD current	Psychiatric outpatients	SCID	15.2% SUD	N/A
McDermut [12]	MIDAS	1000 total, 373 MDD current	Psychiatric outpatients	SCID	8.6% SUD	N/A

Davis et al, 2005

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Patienten mit Depression:

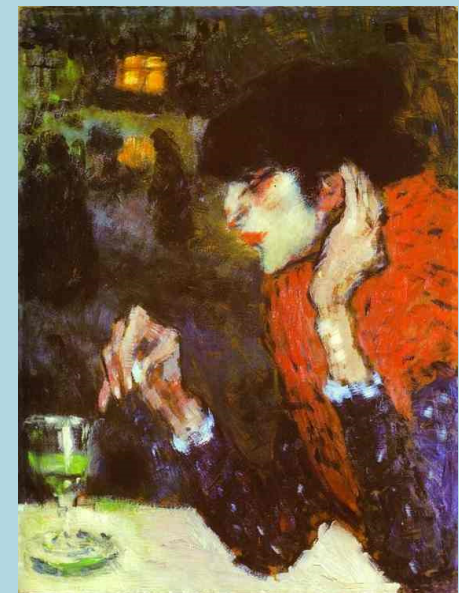
- *Männer* häufiger komorbid suchtkrank

Patienten mit Alkoholabhängigkeit:

- *Frauen* haben häufiger (Dixit u. Crum 2000, Kessler 1997) und
- *Frauen* haben früher und ausgeprägter (Mann et al. 2005, Diehl et al. 2007) komorbid depressive Symptomatik

Hintergrund:

- Männer: häufiger Suchtkrank als Frauen aber
- Frauen: wenn betroffen, schnelleres Voranschreiten der Abhängigkeitserkrankung und Krankheitsfolgen („**Teleskopeffekt**“)



PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Therapie und
Somatik

Inhalt

- Prävalenz
- Erklärungsansätze
- Therapie

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

Erklärungsansätze

Komorbidität Depression und Alkoholabhängigkeit

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

- 1) Verursachung durch gemeinsame Risikofaktoren**
genetische Faktoren und
Umweltfaktoren

- 2) Kausaler Zusammenhang**
Alkoholabhängigkeit führt zu Depression (z.B. neurobiologisch, sozial)
Depression führt zu Alkoholabhängigkeit (z.B. Selbstmedikationsversuch)

Genetischer Hintergrund der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

Gemeinsame genetische Risikofaktoren

(Nurnberger 2001)

- Patienten mit Depression haben 4mal häufiger in der Familienanamnese eine Alkoholerkrankung (Williams et al. 2002)

und umgekehrt haben

- Patienten mit einer Alkoholerkrankung 2-3mal häufiger in der Familienanamnese eine Depressive Störung (Merikangas et al. 1994)

Aber:

kausale Zusammenhänge auch nach Kontrolle für gemeinsame genetische- und Umwelt-Einflüsse!

(Fergusson et al. 2009)

Abfolge Erkrankungsbeginn der Doppelerkrankungen

Was kam vor Wem ?

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
 Psychotherapie und
 Psychosomatik

Untersuchung	Muster des Beginns in Fällen von Komorbidität				
	Alk. prim.	Gleichzeitig	Alk. sek.	Alk. ↑ Sympt. ↑	Depressive ↑ Sympt. ↑
ECA	45,0 %	10,0 %	45,0 %	0,36*	0,96*
NCS	54,9 %	10,7 %	34,4 %	0,35*	0,81*

ECA = Epidemiological Catchment Area; NCS = National Comorbidity Study; * $p < 0,05$ [5]

Kausale Effekte zwischen Alkoholerkrankung und Depression

PD Dr. A. Diehl

 Klinik für Psychiatrie,
 Psychotherapie und
 Psychosomatik

Table 2. Summary of Fitted Model Coefficients for the Causal Associations Between Major Depression and Alcohol Abuse or Dependence Symptoms and Model Goodness-of-Fit Indices

Model	Model Parameter		Goodness-of-Fit Indices				
	B (SE)	P Value	χ^2	df	P Value	RMSEA	CFI
Model 1, reciprocal effects							
Effect of AAD on MD (<i>B1</i>)	.292 (.098)	.003	6.17	5	.29	.015	.997
Effect of MD on AAD (<i>B2</i>)	-.092 (.081)	.26					
Model 2: unidirectional							
Effect of AAD on MD (<i>B1</i>)	.210 (.057)	<.001	7.35	6	.29	.015	.997
Model 3: unidirectional							
Effect of MD on AAD (<i>B2</i>)	.128 (.054)	.02	16.99	6	.01	.042	.976

Abbreviations: AAD, alcohol abuse or dependence; CFI, Comparative Fit Index; MD, major depression; RMSEA, root mean squared error of approximation.

wenn kausal, dann:

Alkoholabhängigkeit führt zur Depression

**Fergusson et al,
2009**

Kausale
Zusammenhänge

Inhalt

Doppeldiagnose

Alkoholabhängigkeit und Depressionen Herausforderung und Chance

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

- Prävalenz
- Erklärungsansätze
- Therapie

Therapie Alkohol plus Depression

S3-Leitlinie Unipolare Depression



PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

3.6 Therapie bei Komorbidität

3.6.1 Depression und komorbide psychische Störungen

Das gleichzeitige Vorhandensein komorbider psychischer Störungen kann den Verlauf erheblich komplizieren und die Therapie erschweren bzw. zu einer Therapieresistenz führen. Daher besitzt eine genaue Differenzialdiagnostik bei Vorliegen depressiver Störungen einen besonderen Stellenwert.

S2-Leitlinie Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen

Outcome Alkoholabhängigkeit bei komorbider Depression

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

- Therapieansprechen der Alkoholerkrankung verschlechtert
- Alkoholrückfallgefahr steigt (z.B. Curren et al. 2000)
- dabei steigt die Rückfallgefahr mit dem Schweregrad der Depression
3fach erhöht bei mittelgradiger-, 5fach erhöht bei schwerer Depression

Aber: uneinheitliche Studien- Ergebnisse (z.B. Hasin et al 1996)

bedingt durch:

- **Lifetime**-Diagnose Depression: **kein** negativer Effekt (Kranzler et al. 1996) und
- **aktuelle** depressive Symptomatik: negativer Effekt (Greenfield et al. 1998)
besonders, wenn depressive Symptomatik der Alkoholerkrankung vorausging

Therapie

S2 Leitlinie **Postakutbehandlung** **alkoholbezogener** **Störungen**



Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

1. 5.3. Behandlung komorbider Störungen

Allgemein gelten folgende Empfehlungen:

- alkoholbedingte wie komorbide Störung(en) sind gleichermaßen im Behandlungsplan zu berücksichtigen,
- zunächst gelten Behandlungsregeln jeder Störung unabhängig voneinander

Therapie-Empfehlung

S3-Leitlinie Unipolare Depression



PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

3-59

Bei Vorliegen einer depressiven Störung und einer komorbiden Alkoholabhängigkeit reduziert eine antidepressive Psychotherapie depressive Symptome, sowohl als alleiniges Verfahren als auch als Teil einer Kombinationsbehandlung mit einer Pharmakotherapie oder einer alkoholspezifischen Psychotherapie (empirische Belege liegen für die KVT vor).

Statement

Therapierbarkeit der Depression auch bei Alkoholabhängigkeit

Therapie

S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression



PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

Empfehlung/Statement	Empfehlungs-grad
3-58 Bei Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und depressiver Störung reduziert eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva (empirische Belege liegen vor für Fluoxetin, Desipramin und Mirtazapin) <u>sowohl die depressiven Symptome als auch die Wahrscheinlichkeit eines Alkoholrückfalls.</u>	Statement

↔ **S2-Leitlinie** Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen

Antidepressiva bei Depression und Alkoholabhängigkeit

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

Double-Blind Studies (1994–2004)		Medications		Outcome Results	
		Average Daily Dose/No. Weeks		Depression (Med vs. Plac)	Drinking (Med vs. Plac)
Mason et al 1996	<i>n</i> = 28 ^a (17% women)	Desipramine	200 mg/24 weeks	Med > Plac	Med > Plac
McGrath et al 1996	<i>n</i> = 69 (52% women)	Imipramine	260 mg/12 weeks	Med > Plac	Med = Plac
Cornelius et al 1997	<i>n</i> = 51 (49% women)	Fluoxetine	20–40 mg/12 weeks	Med > Plac	Med > Plac
Roy 1998	<i>n</i> = 36 (8% women)	Sertraline	100 mg/6 weeks	Med > Plac	Med = Plac
Roy-Byrne et al 2000	<i>n</i> = 64 (55% women)	Nefazodone	460 mg/12 weeks	Med > Plac	Med = Plac
Pettinati et al 2001	<i>n</i> = 29 ^a (51% women)	Sertraline	170 mg/14 weeks	Med = Plac	Med = Plac
Moak et al 2003	<i>n</i> = 82 (37% women)	Sertraline	186 mg/12 weeks	Med > Plac ^b	Med = Plac ^c
Hernandez-Avila et al 2004	<i>n</i> = 41 (52% women)	Nefazodone	413 mg/10 weeks	Med = Plac	Med > Plac

- gute Effekte auf depressive Symptomatik
- keine direkten Effekte auf Trinkverhalten

(Nunes et al. 2004)

Therapie

S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression



PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

3-60

Unabhängig von einer möglicherweise notwendigen Krisenintervention sollte bei Komorbidität von Depression und Alkoholabhängigkeit eine Depressionsbehandlung nicht vor einer 2-4-wöchigen Abstinenz begonnen werden, da erst dann eine valide Depressionsdiagnostik und entsprechende Indikationsstellung möglich ist. In einer akuten Situation (z. B. bei schwerer depressiver Episode oder bestehender Suizidalität) ist der Behandlungsbedarf sofort gegeben.

B

↔ **Diehl**

Antidepressiva wirksam bei Depression plus Alkoholabhängigkeit

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

SSRI-Non response

antidepressive Pharmakotherapie beim alkoholkranken Patienten:
mehr NW, mehr Interaktionen, andere Pharmakokinetik

Dosis anpassen!

z. B. Schilddrüsenhormone

Venlafaxin

Mirtazapin

Nefazodon*

Thase et al. 2001

Kapfhammer 2004

18.10.2016
Seite 24

Pharmakologische Rückfallprophylaxe

wirksam auch bei Alkoholabhängigkeit plus Depression

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

Substanz	Handelsname	Mechanismus
Acamprosat	Campral	NMDA und GABA _A -Rezeptormodulation
Naltrexon	Adepend	Opioid -Rezeptor Antagonist
Nalmefen	Selincro	Opioid -Rezeptor Antagonist / Modulator
Baclofen		GABA _B Agonist
Topiramamat		GABA Agonist und NMDA Antagonist
Disulfiram	Antabus	Hemmung der Aldehyd-Dehydrogenase

Therapie der Doppelerkrankung am Klinikum:

„Qualifizierte Entgiftungsbehandlung“

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

Entgiftung *mit*
Aufklärung, Information *und*
Motivationsfördernde psychotherapeutische Maßnahmen

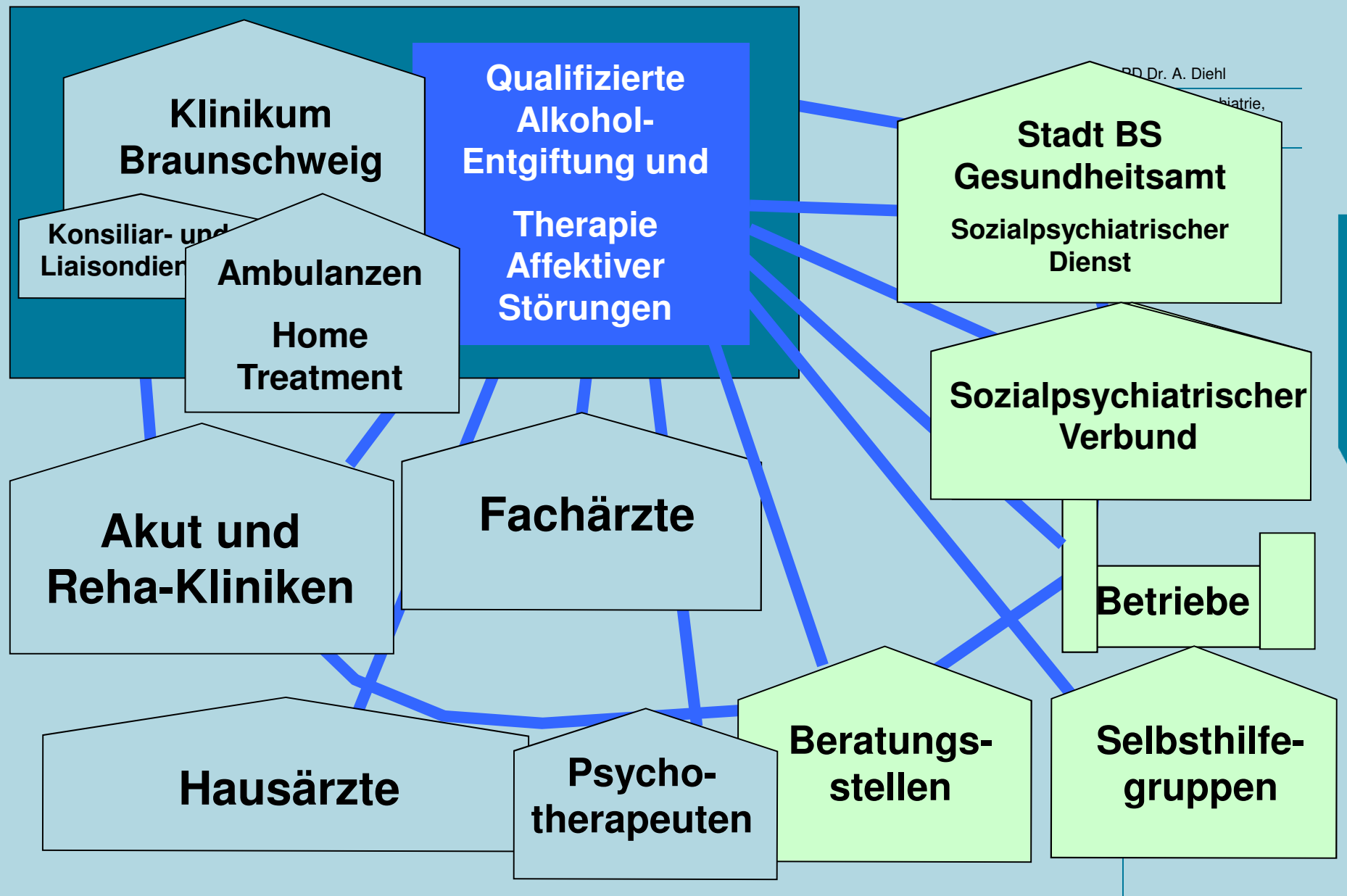
Therapie psychiatrischer Komorbidität von Anfang an

Weiterbehandlung je nach Verlauf:

- ggf. stationäre Weiterbehandlung mit Schwerpunkt Depression
- ambulante Therapie beider Erkrankungen

Langfristige Verlaufskontrolle von Alkoholabhängigkeit und Depression

Organisation: Versorgungsnetz der Region



Aktiv gegen Depression

Aktionswoche 2016

www.netzwerk-depression-braunschweig.de

21.09.2016 Braunschweig

PD Dr. A. Diehl

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

Doppeldiagnose

Alkoholabhängigkeit und Depressionen Herausforderung und Chance

PD Dr. med. Alexander Diehl M.A.
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Städtisches Klinikum Braunschweig

psychiatrie@klinikum-braunschweig.de

