

**MICHAEL SOYKA, MEIRINGEN UND MÜNCHEN**

# Alkohol als komorbide Störung bei Drogenabhängigkeit

*Etwa ein Drittel der Substituierten ist auch Alkohol-abhängig. Dies hat gravierende Folgen. Der Alkoholkonsum verschlechtert die Compliance sowie die Prognose. Wichtig sind die adäquate Dosierung des Substitutionsmittels und psychosoziale Interventionen. Anti-craving-Medikamente sind kontraindiziert bzw. nicht evidenzbasiert.*

Opiatabhängigkeit hat weltweit eine Prävalenz von ca. 0,4%, 12 Millionen Menschen konsumieren Heroin<sup>1-3</sup>, in Europa ca. 1.3 Millionen Menschen. Opiatabhängigkeit ist vielfach mit dem Konsum anderer psychotroper Substanzen einschließlich Alkohol verbunden, was zu erheblichen psychischen und körperlichen Schäden führen kann.<sup>4-7</sup>

Die enge Assoziation von Alkohol- und Opiatmissbrauch ist nicht nur unter klinischen Aspekten bemerkenswert. Es gibt auch eine gewisse Kreuztoleranz, beide Substanzen beeinflussen die selben neuronalen Strukturen im Gehirn, namentlich das mesolimbische Belohnungssystem (ventrales Tegmentum, Nucleus accumbens), sowie den präfrontalen Kortex. Psychotrope Effekte von Alkohol werden zu einem erheblichen Teil über das Opioid-Endorphin-System vermittelt, Alkohol stimuliert die Freisetzung von Beta-Endorphinen, Enkephalin und Dynorphin, der  $\mu$ -Opioid-Rezeptor hat eine große Bedeutung für die Freisetzung von Dopamin im Nucleus accumbens. Im Tiermodell führt umgekehrt die Gabe von Opioid-Rezeptor-Antagonisten zu einem verminderten Alkoholkonsum. Klinisch wird z.B. Naltrexon und neuerdings Nalmefen zur Therapie der Alkoholabhängigkeit eingesetzt.

## DIAGNOSTIK

Diagnostisch ist häufig das typische klinische Bild der Alkoholabhängigkeit auch beim i.v.-Konsum bei Opiatkonsumenten

wegweisend: verwaschene Sprache, Gesichtsrötung, multiple psychische Symptome wie Reizbarkeit, Angst, innere Unruhe, schließlich Entzugssymptome wie Zittern, Schwitzen, Tachykardie oder Blutdrucksteigerungen. Größere Intoxikationen fallen klinisch leichter auf. Im klinischen Alltag, z.B. in einer Substitutionspraxis, können regelmäßige Atemalkoholkontrollen helfen, mögliche Risikofälle zu identifizieren. Klinisch-chemische Parameter, die im Einzelfall der Diagnose eines chronischen Alkoholmissbrauchs helfen können, sind Leberwert-Erhöhungen (G-GT, GOT, GPT) die allerdings unspezifisch sind und z.B. auch bei Lebererkrankungen wie z.B. Hepatitis auftreten können, Erhöhungen von CDT, MCV oder auch Ethylglucuronid, das sich als Kurzzeitmarker im Urin, aber auch in Haaren (für forensische Untersuchungen) nachweisen lässt (Tab. 1).<sup>8-10, Übersicht in 11</sup>

Klinisches Erscheinungsbild	Gerötetes Gesicht Trunkenheit Zittern Entzugssymptome Unfälle Vernachlässigung Stürze, Unfälle etc.
Alkohol-nachweis	Atemalkoholkonzentration (AAK) Blutalkoholkonzentration (BAK)
Klinisch-chemische Parameter	G-GT, GOT, GPT $\uparrow$ MCV, CDT $\uparrow$ ETG (Urin, Haare) $\uparrow$
Fragebögen Interviews (Auswahl)	MALT AUDIT EUROP ASI

**Tab. 1** Alkoholismus bei Opiatabhängigkeit – Diagnostik

## HÄUFIGKEIT

Die Häufigkeit von Alkoholstörungen bei der Opiatabhängigkeit ist in einer Reihe von klinischen Studien untersucht worden.<sup>12-15</sup> Ergebnisse der British National Treatment Outcome Researches Study (NTORS) belegten, dass immerhin die Hälfte der Patienten in Therapieprogrammen regelmäßig Alkohol tranken und ca. 1/3 der Patienten Alkoholprobleme hatte. Auch in Deutschland und der Schweiz wurde die Häufigkeit von Alkoholstörungen bei Patienten z.B. in Opioid-Substitutionen mit ca. 1/3 angegeben.<sup>16-17</sup> Zu dieser Frage durchgeführte Meta-Analysen von US-amerikanischen Therapiestudien bei Opiatabhängigen ergaben ebenfalls, dass zwischen 38-45% der Patienten gleichzeitig Alkoholstörungen aufwiesen.<sup>4, 18</sup> Kurz zusammengefasst lässt die Literatur erkennen, dass ca. 1/3 der Patient mit Opiatabhängigkeit auch Alkoholprobleme haben.

## KLINISCHE KORRELATE

Alkohol ist eine nicht seltene direkte Todesursache bei Opiatabhängigkeit (Tab. 2), häufiger sind Poly-Intoxikationen. Andere bei Alkoholstörungen häufige Probleme sind Lebererkrankungen (insbesondere bei Patienten mit chronischer Hepatitis), Interaktionen mit Opioiden (additive oder sogar potenzierende Wirkung auf die Atemdepression) und in der Regel ist auch die Compliance deutlich schlechter. Generell gilt Polytoxikomanie bzw. das gleichzeitige Vorliegen von Al-

**Todesursachen bei Drogenabhängigkeit**

Todesfälle vermeidbar (n=3.685)	89%
Drogenbezogen	52%
Verletzungen	26%
Straßenverkehr	5%
Gewalttaten	2%
Suizide	13%
Lebererkrankungen	7%
Kardiovaskulär	6%
Krebs	6%
HIV/AIDS	2%
Alkoholbezogen	3%

**Tab. 2** Die Sängerin Amy Winehouse mag prototypisch für das Problem stehen: Sie war drogensüchtig, verstarb aber letztlich an einer Alkoholvergiftung<sup>nach 25</sup>



©Wikipedia.org

koholfolgestörungen als negativer Prädiktor in der Therapie Opiatabhängiger.<sup>19-25</sup>

**THERAPEUTISCHE ASPEKTE**

Was kann man therapeutisch tun? Bei Opioid-substituierten Patienten stellt sich zunächst die Frage nach der adäquaten Dosierung des Substitutionsmittels. Die klinische Erfahrung, aber auch einige Studien, belegen, dass Patienten häufig zu niedrig mit Methadon oder Buprenorphin behandelt werden und dann eher zu Alkohol greifen.<sup>26</sup> Adäquate Leitlinien-gerechte Substitutionsdosen sind also sinnvoll. Allerdings führen Erhöhungen der Opiatdosis nicht automatisch zu einer Verminderung des Alkoholkonsums.<sup>4, 27</sup> Die vorliegenden Studien zu dieser Frage sind sehr heterogen. In der deutschen Zulassungsstudie für Heroin ergab sich, dass eine Verminderung von Alkoholkonsum in der Heroin-, aber nicht in der Methadongruppe festzustellen war.<sup>28</sup> Dieses Ergebnis mag allerdings Setting-Effekte widerspiegeln: Heroin-Patienten dieser Studie mussten täglich oft zweimal erscheinen, waren also enger an Arzt und Therapieeinrichtungen

angebunden. Daraus könnte man schlussfolgern, dass ein engmaschigeres Monitoring bei Risikopatienten, z.B. mit Atemalkoholkontrollen, sinnvoll sein könnte.

Srivastava et al.<sup>6</sup> legte einen systematischen Review über 15 Studien vor, die den Effekt der Methadonbehandlung auf den Alkoholkonsum zum Inhalt hatten. In drei Studien stieg der Alkoholkonsum während der Methadon-Therapie, in drei Studien nahm er ab. Neun Studien berichteten keine Veränderungen des Konsums. Offensichtlich gibt es hier kein klares Muster zwischen Substitutionsbehandlung und Alkoholkonsum. Ähnlich sah es die amerikanische Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

**PSYCHOSOZIALE INTERVENTION**

Es gibt nur sehr wenige Therapiestudien zur Frage Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Opiatabhängigkeit (Cochrane Review von Klimas et al.<sup>29-31</sup>). An psychosozialen Maßnahmen wurden die 12 Schritte-Therapien, brief intervention, motivational interviewing und vergleichbare Therapieformen untersucht. Die Ergebnisse wurden in der Meta-Analyse insgesamt als nicht sehr aussagekräftig eingestuft. Eine klare Präferenz für eine psychosoziale Intervention konnte nicht gegeben werden. Klinisch spricht bei Patienten mit Alkoholstörungen und Opiatabhängigkeit vieles für verhaltenstherapeutische Interventionen. Bei schwerem, nicht beherrschbarem Alkoholkonsum können kurzzeitige selektive Entgiftungen von Alkohol durchgeführt werden, bei Beibehaltung der Substitutionsbehandlung. Sogenannte anticraving Substanzen spielen bei Alkoholabhängigkeit in diesem Bereich eine ganz untergeordnete Rolle. Opiat-Antagonisten vom Typ Naltrexon und Nalmefen sind ohne-

hin kontraindiziert, da sie Opiat-Entzugssyndrome verursachen würden, die Gabe von Acamprosat ist prinzipiell möglich, allerdings kaum evidenzbasiert. Gelegentlich kann man auf Disulfiram zurückgreifen, das aber in Deutschland nicht vermarktet wird.

**LEBERTOXIZITÄT**

Klinisch große Bedeutung hat wahrscheinlich die Hepatotoxizität von Alkohol bei Opiatabhängigen, bei denen häufig auch eine Hepatitis-Infektion oder andere Lebererkrankungen vorliegen. Methadon gilt in der Substitutionsbehandlung diesbezüglich als relativ sicher. Bei Buprenorphin gab es einige Berichte über akute ikterische Leberentzündungen bei Opiatabhängigen mit Hepatitis-Infektion.<sup>32</sup> Zu dieser Frage wurden im Verlauf einige systematischere Studien durchgeführt<sup>33-36</sup>, die aber im wesentlichen erkennen liessen, dass Buprenorphin sehr selten zu Leberwerterhöhungen oder Leberschädigungen führt, diesbezüglich also auch ein sicheres Medikament ist.

**Generell gilt:** Vorbeugung ist besser als (schwierige) Heilung.

Wegen der Häufigkeit des Problems ist es sinnvoll, Patienten in Substitutionsbehandlung früh auf ihren Alkoholkonsum anzusprechen bzw. diesen auch regelmäßig zu verfolgen und zu thematisieren. Engmaschige Settings sind wahrscheinlich hilfreich. So lassen sich im Einzelfall verhängnisvolle klinische Entwicklungen vermeiden.

Prof. Dr. Michael Soyka <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrische Klinik · Universität München  
Nussbaumstraße 7 · D - 80336 München

<sup>2</sup>Privatklinik Meiringen

Postfach 612 · CH - 3860 Meiringen

Tel.: 0041 33 972 82 95

Fax: 0041 33 972 82 91

E-Mail:

[michael.soyka@privatklinik-meiringen.ch](mailto:michael.soyka@privatklinik-meiringen.ch)

Literaturverzeichnis unter [www.hivandmore.de](http://www.hivandmore.de)