

Depressive Erkrankungen bei AlkoholikerInnen : ein weit verbreitetes Problem

Autor(en): **Fehr, Mirjam**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **27 (2001)**

Heft 3

PDF erstellt am: **30.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-799980>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Depressive Erkrankungen bei AlkoholikerInnen – ein weit verbreitetes Problem

Erschreckend viele AlkoholikerInnen leiden unter depressiven Störungen. Doch dieses Problem wird häufig übersehen. In der Forel Klinik wurden während eines Jahres alle neu eintretenden PatientInnen auf Depressionen befragt und untersucht. Die Ergebnisse bestätigen, wie wichtig es ist, bei Alkoholabhängigen ein Augenmerk auf affektive Störungen zu haben.

Anteil depressiver Störungen bei AlkoholikerInnen gefunden, wobei allerdings die Werte – je nach Art der Untersuchung – stark variieren: Zwischen 2,1 und 85 Prozent der AlkoholikerInnen erkranken im Verlauf ihres Lebens an einer Depression. Studien an der Allgemeinbevölkerung² fanden für AlkoholikerInnen im Vergleich zu nicht Alkoholabhängigen ein etwa zwei bis drei Mal höheres Risiko, an einer Depression zu erkranken. Für AlkoholikerInnen, die wegen ihrer Suchtmittelabhängigkeit in Behandlung sind, sehen die Werte noch dramatischer aus: Sie tragen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein etwa 2,9 bis 11,8 Mal höheres Risiko, depressiv zu werden³.

Frauen tragen im Vergleich zu Männern generell ein erhöhtes Risiko, an einer depressiven Störung zu erkranken, während für Alkoholismus das Umgekehrte der Fall ist. Eine gross angelegte epidemiologische Studie in den USA⁴ fand z.B. bei 73 Prozent der Frauen im Verlauf des Lebens eine Major Depression, während dies nur auf 27 Prozent der Männer zutrif.

Unter einer Alkoholabhängigkeit litten hingegen 65 Prozent der Männer gegenüber 35 Prozent der Frauen. Das Verhältnis depressiver alkoholabhängiger Frauen/Männer schwankt zwischen 2:1 und 4:1⁵.

Die Frage nach Haupt- und Nebenerkrankung

Warum die depressive Erkrankung bei AlkoholikerInnen häufig übersehen wird oder unbeachtet bleibt, hat verschiedene Gründe⁷:

- Die Substanz Alkohol kann depressive Symptome auslösen oder bestehende depressive Zustände verstärken. Insbesondere grosse Mengen Alkohol führen – statt die Stimmung zu heben – zu depressiven Zustandsbildern.
- Nach längeren Phasen starken Alkoholkonsums bzw. im Rahmen des körperlichen Alkoholentzugs kann es zu vorübergehenden, schweren depressiven Symptomen kommen. Damit ist – wie schon beim vorherigen Punkt – der Alkohol als Ursache der Depression anzusehen.

MIRJAM FEHR*

Depressive Störungen sind bei AlkoholikerInnen ein weit verbreitetes Problem. Die Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens von Suchtmittelabhängigkeit und depressiver Erkrankung wird jedoch oft unterschätzt; nicht selten wird im klinischen Alltag übersehen, dass neben der Alkoholabhängigkeit eine affektive Störung vorliegt. Verschiedene Studien¹ haben einen hohen

DIAGNOSTISCHE LEITLINIEN FÜR EINE DEPRESSIVE EPISODE NACH ICD-10⁶:

Für die Diagnose wird eine ununterbrochene Dauer der Symptomatik von mindestens 2 Wochen verlangt. Mindestens 2 der folgenden Symptome müssen gegeben sein:

- Gedrückte, niedergeschlagene Stimmung (nicht zu verwechseln mit Traurigkeit! Eine depressive Person kann zwar traurig sein; häufig klagen Depressive aber über Gefühllosigkeit und innere Leere..)
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Verminderter Antrieb, Energielosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusätzlich müssen von den folgenden Symptomen mindestens 2 zutreffen:

- Verminderte Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Suizidhandlungen oder Selbstverletzungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

* Mirjam Fehr, Dr. phil. I, Psychologin FSP, Leiterin Frauenspezifische Abteilung Hirschen, Forel Klinik, Tösstalstrasse 65, 8488 Turbenthal, Tel. 052 385 25 26, Email m.fehr.fk.@bluewin.ch

Depressive Episode	Männer		Frauen		Total	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
nein	86	43,4	42	45,2	128	44
ja	27	13,7	22	23,7	49	16,8
nicht interviewt	85	42,9	29	31,2	114	39,2
Total	198	100	93	100	291	100

Tabelle 1: Diagnosestellung einer depressiven Episode aufgrund eines klinischen Interviews

- Bei einigen Menschen mit affektiven Störungen (insbesondere manisch-depressiven Erkrankungen) kommt es während manischen (weniger häufig während depressiven) Phasen zu exzessivem Alkoholkonsum. Ursache des krankmachenden Alkoholkonsums ist also die affektive Störung.
- Alkoholprobleme und depressive Symptome können auch im Rahmen anderer psychischer Störungen (z.B. Schizophrenien) auftreten.
- Alkoholabhängigkeit und affektive Störung können unabhängig voneinander auftreten, d.h. die eine Krankheit kann nicht als Ursache bzw. als Folge der anderen angesehen werden.

Wie diese Auflistung zeigt, ist eine zentrale Frage, wie die beiden Erkrankungen zusammenhängen. Kann eine Krankheit als Folge einer anderen festgestellt werden, hat dies Konsequenzen für die Behandlung. Man wird v.a. einmal die ursächliche Krankheit behandeln. Will man Haupt- von zusätzlichen Erkrankungen unterscheiden, gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten:

- Unterscheidung anhand des Ausprägungsgrades: Diejenige Erkrankung, die ausgeprägter ist, wird als die primäre (ursprüngliche) angesehen.
- Unterscheidung anhand der Chronologie bzw. der zeitlichen Abfolge: Diejenige Erkrankung, die zuerst bzw. zeitlich unabhängig von der anderen aufgetreten ist, wird als die primäre angesehen.

Geschlechtsunterschiede

Unterscheidet man nach primärer (bzw. unabhängiger) und sekundärer Depression aufgrund des erstmaligen Auftretens der Erkrankungen zeigen sich Geschlechtsunterschiede: Frauen scheinen eher an einer primären Depression zu leiden, Männer dagegen

eher an einer sekundären⁸. Anders ausgedrückt: Bei Frauen scheint mehrheitlich der Alkoholkonsum als Folge der depressiven Erkrankung anzusehen zu sein, während bei Männern der Alkohol häufig als Auslöser der Depression zu betrachten ist.

Wenn bei Frauen die primär Depressiven überwiegen, kann dies auch erklären, weshalb depressive Alkoholikerinnen offenbar ein höheres Risiko als die Männer tragen, erneut an einer Depression zu erkranken⁹. Eine primäre Depression bzw. nicht durch die Substanz Alkohol ausgelöste Erkrankung rezidiert wohl eher als eine (mindestens vorwiegend) substanzinduzierte depressive Störung. Die bisherigen Forschungsergebnisse legen den Schluss nahe, dass etwa zwei Drittel der alkoholabhängigen depressiven Frauen unter einer primären (im chronologischen Sinn) Depression leiden, während dies nur bei ca. einem Drittel der depressiven alkoholabhängigen Männer der Fall ist¹⁰.

Forschungsergebnisse aus der Forel Klinik

Eine von Mitte 1998 bis Ende 1999 an der Forel Klinik¹¹ durchgeführte Studie ging der Frage nach, wie viele der behandelten AlkoholikerInnen aktuell

oder zu einem früheren Zeitpunkt unter einer depressiven Störung leiden oder gelitten hatten und wie die Verteilung nach primärer und sekundärer Erkrankung aussieht, wenn man sich auf chronologische Kriterien abstützt¹². Von den 291 in der Studie erfassten PatientInnen (198 Männer, 93 Frauen)¹³ wurde bei insgesamt 16,8 Prozent eine aktuelle depressive Episode (ICD-10-Forschungskriterien) diagnostiziert (vgl. Tabelle 1). Prozentual mehr Frauen als Männer litten unter einer Depression (23,7 Prozent Frauen gegenüber 13,7 Prozent Männern). Damit bestätigte sich auch in unserer Untersuchung, dass ein hoher Anteil unserer PatientInnen an einer depressiven Erkrankung leidet und dass Frauen stärker als die Männer davon betroffen sind.

Alarmierend sind die Zahlen für frühere depressive Erkrankungen. Etwa die Hälfte unserer PatientInnen gaben an, zu einem früheren Zeitpunkt in ihrem Leben während mindestens zwei Wochen depressiv gewesen zu sein, sich deswegen in Behandlung begeben und Medikamente eingenommen zu haben (vgl. Tab. 2).

In Bezug auf die Frage nach primärer (d.h. unabhängig vom Alkohol aufgetretener) und sekundärer (d.h. während Zeiten regelmässigen Alkohol-

Geschlecht	Kriterium erfüllt	Früher mehr als zwei Wochen depressiv gefühlt		Früher wegen Depressionen bereits in Behandlung		Früher wegen Depressionen Medikamente eingenommen	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Männlich	ja	86	43,4	86	43,4	87	43,9
	nein	112	56,6	112	56,6	111	56,1
	Total	198	100	198	100	198	100
Weiblich	ja	45	48,4	52	55,9	54	58,1
	nein	48	51,6	41	44,1	39	41,9
	Total	93	100	93	100	93	100

Tabelle 2: Vorhandensein früherer depressiver Zustände gemäss Selbsteinschätzung der 291 PatientInnen aufgeteilt nach Geschlecht



konsums aufgetretener) Depression, zeigte sich ein unerwartetes Bild: Bei unseren PatientInnen fanden wir überwiegend Depressive, deren affektive Erkrankung vor der Alkoholabhängig-

keit oder während mehrmonatigen abstinenter Phasen auftrat, und zwar sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern (vgl. Tabelle 3). Mehr als zwei Drittel unserer PatientInnen hat-

ten laut eigenen Angaben unabhängig von ihrem Alkoholkonsum eine Depression entwickelt.

Erklären lässt sich dieses Ergebnis am ehesten mit psychosozialen Faktoren. Wohl mag bei vielen PatientInnen die Alkoholkrankheit biologischer Auslöser oder Verstärker der depressiven Symptomatik sein, aber mit der Abstinenz ist lediglich der biologische Einfluss verschwunden. Die psychologischen, sozialen, ökonomischen Konsequenzen der Alkoholabhängigkeit (wie z.B. Arbeitslosigkeit, Eheprobleme, Verlust sozialer Unterstützung) dauern auch während längerer abstinenter Phasen an.

Männer		Frauen				Total Depressive			
Primär depressiv	Sekundär depressiv	Primär depressiv	Sekundär depressiv	Primär depressiv	Sekundär depressiv	Primär depressiv	Sekundär depressiv	Primär depressiv	Sekundär depressiv
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
19	70,4	17	77,3	17	77,3	36	49	73,5	100
		8	29,6	5	22,7	13		26,5	

Tabelle 3: Unterscheidung der aufgrund eines Interviews aktuell depressiven PatientInnen nach «primär» und «sekundär» depressiv

Fortsetzung S. 38

neue Indikation
OCD

Zwangserkrankung

Seropram® (Citalopram) **Indikationen:** Erkrankungen des depressiven Formenkreises, Rückfallsprophylaxe, Panikerkrankungen mit und ohne Agoraphobie, Zwangsstörungen. **Dosierung:** Depression, Zwang: 20 mg/Tag, max. 60 mg. Panik: Initial 10mg/Tag, nach 1 Woche 20 mg. Erhaltungsdosis 20-30 mg/Tag, max. 60 mg. Ältere Patienten: 10-30 mg/Tag. Parenterale Applikation: mit 250 ml physiologischer Glukose- oder NaCl-Lösung verdünnt i.v. während 1,5-2 Stunden infundieren. **Kontraindikationen:** gleichzeitige Gabe mit MAO-Hemmern. **Vorsichtsmassnahmen:** Dosisanpassung bei Leberkrankheiten. Schwangerschaft, Kinder, Stillzeit: nicht empfohlen. Parenterale Applikation: Vorsicht bei kardialer Beeinträchtigung. **Unerwünschte Wirkungen:** Kopfschmerzen (21%), Übelkeit (20%), Mundtrockenheit (20%), Schläfrigkeit (17%), Schlaflosigkeit (16%), verstärktes Schwitzen (13%), Tremor (12%), Asthenie (11%), Verstopfung (11%), Durchfall (8%), Schwindel (8%), Sehstörungen (7%), Miktionsbeschwerden (7%), Nervosität (6%). **Interaktionen:** mit MAO-Hemmern (Gefahr einer hypertensiven Krise, Serotonin-Syndrom), mit Cimetidin (Erhöhung der Steady-state Plasmaspiegel von Seropram um 40%). **Handelsformen:** Ampullen (1 ml) zu 40 mg; 10, Filmtablets zu 20 mg; 14*, 28* und 98*, Tropfen 40mg/ml*, 7ml* und 15ml*, Rezeptpflichtig, Liste B. (*kassenzulässig). **Ausführliche Angaben siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.**



Seropram®
Citalopram, SSRI



Lundbeck (Schweiz) AG
Cherstrasse 4
8152 Opfikon-Glattbrugg
Tel. 01 874 34 34
Fax 01 874 34 44
<http://www.lundbeck.ch>

Schlussbemerkungen

Für den Krankheitsverlauf ist es von grosser Bedeutung, depressive Erkrankungen bei AlkoholikerInnen nicht zu übersehen. Häufig wird in depressiven Stimmungen getrunken, und zwar im Sinne einer – irre geleiteten – Problemlösestrategie. Umgekehrt kann exzessiver Alkoholkonsum Depressionen auslösen oder verstärken. Eine ganzheitliche Behandlung muss auch die Therapie der Depression miteinschliessen. Aber gerade bei AlkoholikerInnen wird dem Problem affektiver Erkrankungen häufig kaum Beachtung geschenkt. Dies mag mit einer gewissen Stigmatisierung Alkoholkranker zu tun haben. ■

Literatur

- Baving, L.; Olbrich, H., 1996: Alcoholism and depression. *European Addiction Research*, 2: 29-35
- Blume, S.B., 1998: Sex-related differences in depressed alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 155: 1464-1465
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.), 1993: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien – Weltgesundheitsorganisation (2. Auflage). Bern: Huber
- Driessen, M.; Dierse, B.; Dilling, H., 1994: Depressive Störungen bei Alkoholismus. In M. Krausz, T. Müller-Thomsen (Hrsg.), *Komorbidität – Therapie von psychiatrischen Störungen und Sucht: Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation*: 35-49: Freiburg i.B.: Lambertus
- Fehr, M., 2001: Depressive Störungen bei stationär behandelten AlkoholikerInnen und deren Einteilung in «primäre» und «sekundäre» Depression: Eine Untersuchung an einer klinischen Stichprobe. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Zürich
- Hanna, E.Z., Grant, B.F., 1997: Gender differences in DSM-IV alcohol use disorders and major depression as distributed in the general population: Clinical implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38 (4): 202-212
- Hasin, D.S., Tsai, W.-Y., Endicott, J., Mueller, T.I., Coryell, W., Keller, M., 1996: Five-year course of major depression: Effects of comorbid alcoholism. *Journal of Affective Disorders*, 41: 63-70

- Helzer, J.E., Canino, G.J., Yeh, E.-K., Bland, R.C., Lee, C.K., Hwu, H.G., Newman, S., 1990: Alcoholism – North America and Asia. *Archives of General Psychiatry*, 47: 313-319
- Helzer, J.E., Pryzbeck, T.R., 1988: The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49: 219-224
- Hodgins, D.C., el-Guebaly, N., Armstrong, S., Dufour, M., 1999: Implications of depression on outcome from alcohol dependence: A 3-year prospective follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23: 151-157
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G., Leaf, P.J., 1996: The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal Orthopsychiatry*, 66: 17-31
- Lynskey, M.T., 1998: The comorbidity of alcohol dependence and affective disorders: Treatment implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 52: 201-209
- Pettinati, H.M., Pierce, J.D. Jr., Wolf, A.L., Rukstalis, M.R., O'Brien, C.P., 1997: Gender differences in comorbidly depressed alcohol-dependent outpatients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 1742-1746
- Schuckit, M.A., 1986: Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 140-147
- Soyka, M., Hollweg, M., Naber, D., 1996: Alkoholabhängigkeit und Depression: Klassifikation, Komorbidität, genetische und neurobiologische Aspekte. *Nervenarzt*, 67, 896-904
- Swendsen, J.D., Merikangas, K.R., Canino, G.J., Kessler, R.C., Rubio-Stipec, M., Angst, J., 1998: The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (4), 176-184

- 1 Vgl. Baving & Olbrich (1996), Driessen, Dierse & Dilling (1994), Soyka, Hollweg & Naber (1996).
- 2 Vgl. Helzer, Canino, Yeh, Bland, Lee, Hwu & Newman (1990), Helzer & Pryzbeck (1988), Kessler, Nelson, McGonagle, Edlund, Frank, & Leaf (1996), Swendsen, Merikangas, Canino, G.J., Kessler, Rubio-Stipec & Angst (1998).
- 3 Vgl. Lynskey (1998)
- 4 Hanna & Grant (1997).
- 5 Pettinati, Pierce, Wolf, Rukstalis & O'Brien (1997).
- 6 Dilling, Mombour & Schmidt (1993)
- 7 Vgl. Schuckit (1986).
- 8 Vgl. Blume (1998).
- 9 Hasin, Tsai, Endicott, Mueller, Coryell & Keller (1996)

¹⁰ Vgl. z.B. Hodgins, el-Guebaly, Armstrong & Dufour (1999).

¹¹ Miteingeschlossen sind Patientinnen des ehemaligen Therapie- und Rehabilitationszentrums Hirschen, Turbenthal, das seit 1.1.2000 als Frauenspezifische Abteilung in die Forel Klinik integriert ist.

¹² Fehr (2001). Die Untersuchung kann hier nicht im Detail beschrieben werden. Erwähnt sei hier lediglich, dass die Diagnose einer Depression unter anderem anhand eines klinischen Interviews gestellt wurde. Interview wurden kurz nach Eintritt diejenigen PatientInnen, bei denen aufgrund eines Fragebogens ein depressives Zustandsbild vermutet werden konnte oder die bereits zu früheren Zeitpunkten an einer Depression gelitten hatten.

¹³ Das entspricht 90,9 Prozent aller während eines Kalenderjahres in die Klinik eingetretenen PatientInnen.

**AUSGESETZT
AUSGEHUNGERT
AUSGEWUTET
VERGOTTEN
VERGESSEN**



Terre
des hommes
Kinderhilfe

SPENDEN SIE HOFFNUNG

A N T W O R T - C O U P O N

Ich möchte Terre des hommes Kinderhilfe beim Einsatz für diese Kinder unterstützen

mit einer Spende

mit einer Patenschaft von monatlich Fr. _____ während _____ Monaten.

Senden Sie mir bitte Einzahlungsscheine.

Senden Sie mir Unterlagen über Ihre Tätigkeit.

Ich interessiere mich für eine freiwillige Mitarbeit. ref 3210

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Terre des hommes Kinderhilfe
Arbeitsgruppe Zürich
Postfach 550 • 8026 Zürich
PCK 80 - 33 - 3
Gratisinserat für Terre des hommes Kinderhilfe