

1.2. DEPRESSIVE STÖRUNGEN BEI ALKOHOLISMUS

Martin Driessen, Barbara Dierse und Horst Dilling

1.2.1. Begriffsklärung

Bei chronisch alkoholabhängigen Patienten sind die suchtbedingten Symptome und Folgeprobleme häufig so lärmend und erdrückend, daß die mit der Betreuung dieser Patientengruppe befaßten Helfer verschiedenster Berufsgruppen leicht übersehen, daß daneben oft noch vielfältige andere Probleme existieren. Auf der psychopathologischen Ebene sind dies am häufigsten depressive Störungen neben den Angststörungen.

Der Begriff der psychiatrischen Komorbidität wird im folgenden in einem epidemiologischen Sinne verstanden: Es handelt sich um psychiatrisch relevante Störungen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten vor Beginn oder während des Verlaufs der Abhängigkeit auftreten können. Versuche, diese Problematik systematisch aufzuarbeiten, folgten dabei zwei grundlegend unterschiedlichen Ansätzen: Im einen Fall wird Depression als psychopathologische Dimension aufgefaßt, im anderen Fall als Krankheitsentität bzw. Diagnose.

1.2.2. Depressivität als Dimension psychischer Befindlichkeit

In den wissenschaftlichen Untersuchungen seit den 50er Jahren wurde der Versuch unternommen – ausgehend von den verschiedenen Depressionsmodellen – in dimensional angelegten Verfahren eine erhöhte Depressivität bei Alkoholabhängigen nachzuweisen. Zur Anwendung kamen vor allem als Selbstbeurteilungsinstrumente:

– die Depressivitäts-Skala des MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), in der Depressivität als Dimension der Persönlichkeit aufgefaßt wird;

– das Beck'sche Depressionsinventar, das die kognitive Dimension von Depressivität abbilden soll (Beck et al., 1974);

– die Depressionsskala von Zung, die vorwiegend die körperliche Dimension erfaßt (Zung, 1965)

und als Fremdbeurteilungsinstrument

– die Hamiltonskala, die der Psychopathologie verpflichtet ist (Hamilton, 1960).

Leider wurde in vielen dieser Studien nicht eindeutig bestimmt, in welcher Phase der Abhängigkeitsentwicklung sich die untersuchten Patienten befanden, die vorwiegend stationär behandelt wurden. Da-

her wundert es nicht, daß der Anteil depressiver Abhängiger je nach Untersuchung sehr unterschiedlich ist: Die Raten schwanken zwischen 27 % und 85 % (Überblick bei Bronisch, 1985). Einen genaueren Aufschluß können Untersuchungen geben, die Patientengruppen untersuchen, die sich in definierten Stadien ihrer Suchterkrankung befinden.

Dysphorie und Depressivität in der Trinkphase

In systematischen Trinkversuchen bei Gesunden und Abhängigen konnte in den 60er und 70er Jahren gezeigt werden, daß die kurzfristige Alkoholfuhr zwar häufig zu einer gehobenen Stimmungslage bis zur Euphorie führt, unter chronischer Zufuhr aber eher eine dysphorische Affektivität zu beobachten ist (Mendelson, 1964; McGuire et al., 1966). Da diese Ergebnisse auch bei Gesunden erhoben werden konnten, ist wohl von einem direkten Effekt des Äthanol und nicht ausschließlich von einem Phänomen der Krankheitsverarbeitung bei Abhängigen auszugehen. Solche dysphorischen Syndrome sind nicht mit einer echten Depressivität gleichzusetzen, auch wenn sich ein Überschneidungsbereich ergibt. Daher wurde von Thuret und Pascalis (1991) vorgeschlagen, von einer affektiven Störung gleich welcher Prägung erst dann zu sprechen, wenn ein depressives Syndrom länger als einen Monat nach Abstinenz anhält.

Depressivität in der Entgiftungsphase und während der Abstinenz

Sehr aufschlußreich sind Studien, in denen die Patienten zu Beginn und nach einer Entgiftungs- und/oder Entwöhnungsbehandlung untersucht wurden. Übereinstimmend zeigen die Ergebnisse aller Autoren, daß die Depressivität signifikant abnimmt bzw. der Anteil der als depressiv beurteilten Betroffenen dramatisch absinkt (z. B. bei Hamm et al. (1979) von 35 % auf 5 %; bei Nakamura et al. (1983) von 25 % auf 5 %). Bemerkenswerterweise waren die Behandlungsmethoden nur von untergeordneter Bedeutung, sie reichten von ausschließlicher Pharmako- oder Psychotherapie bis zu verschiedenen Kombinationstherapien. Obwohl bekannt ist, daß die Erlangung von Abstinenz durchaus zu einer Reihe neuer Belastungen führen kann (z. B. Neuorientierung in der Partnerschaft bzw. in der Familie, Frustrationserlebnisse bei der Konfrontation mit der nun nüchtern erlebten Arbeitswelt bzw. der Arbeitslosigkeit), liegen über das psychische Befinden nach längerer Abstinenz praktisch keine gesicherten Erkenntnisse vor.

1.2.3. Depressive Störungen als Krankheitsentitäten

Die kriterienorientierte Diagnostik fand mit DSM-III(-R) (APA, 1987) und neuerdings ICD-10 (Dilling et al., 1991) eine internationale Verbreitung. Durch die Aufgabe eines ätiologisch orientierten diagnostischen Prozesses zugunsten einer deskriptiven Diagnostik ist eine Vergleichbarkeit vieler Ergebnisse in der Literatur erst möglich geworden. Die Einführung strukturierter und standardisierter Untersuchungsinstrumente war der nächste wesentliche Schritt: Die in Tab. 1 und Tab. 2 dargestellten Ergebnisse zu depressiven Erkrankungen bei Alkoholismus beruhen auf dem Diagnostic Interview Schedule (DIS; Robins et al., 1981) bzw. einem Vorläuferverfahren, dem Psychiatric Diagnostic Interview (PDI; Othmer et al., 1981), für Diagnosen nach DSM bzw. Research Diagnostic Criteria (RDC; Spitzer et al., 1978). Ein neueres Instrument ist das Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Robins et al., 1988) für Diagnosen nach DSM-III-R und ICD-10.

Lebenszeitprävalenz

Nach Robins et al. (1984) beträgt die Lebenszeitprävalenz (die Rate im Verlaufe des Lebens auftretender) affektiver Störungen (major depression) 4.3 % bis 7.8 % und die der Dysthymia bzw. neurotischen Depression 2.1 % bis 3.8 % in der Allgemeinbevölkerung. In einer Übersichtsarbeit über empirische Studien an vorwiegend klinischen Patientengruppen fanden Weissman et al. (1977) dagegen, daß 28 % bis 59 % aller Alkoholiker irgendwann in ihrem Leben eine mehr oder weniger schwere depressive Störung erlebt hatten. Diese Ergebnisse beruhten allerdings auf klinischen Diagnosen.

In der Tabelle 1 (siehe Seite 38) sind Studien aufgeführt, die auf standardisierten diagnostischen Verfahren basieren. Die Lebenszeitprävalenzraten bei Alkoholikern schwanken demnach zwischen 19 % und 42 % für depressive Störungen und zwischen 6 % und 17 % für die Dysthymie (bzw. neurotische Depression). Es fällt auf, daß die klinischen Studien höhere Prävalenzraten aufweisen als die epidemiologische Arbeit von Helzer & Pryzbeck (1988). Auch wenn hier einige methodische Einschränkungen zu bedenken sind, läßt sich vorläufig daraus schließen, daß alkoholabhängige Patienten mit einer depressiven Störung häufiger in Behandlung kommen als nicht depressive Patienten.

Tabelle 1: Lebenszeitprävalenz für eine depressive Störung (= D, Major Depression = MD, Dysthymia = Dy) bei chronischem Alkoholismus (A)

Autoren	n m/w	Kriterien/ Methode (A)	Kriterien/ Methode (D)	Ergebnis (%)
Penick et al. (1984)	565 m Klinik	RDC PDI	RDC PDI	D 42 %
Hesselbrock et al. (1985)	321 231/90 Klinik	DSM-III DIS	DSM-III DIS	D 38 % Ma 4 % nur M: D 32 % Ma 5 %
Ross et al. (1988)	501 260/241 Klinik 279	DSM-III DIS aktuell 73 % Lifetime 87 % Bei 27 %/13 % auch oder nur andere Drogen aktuell nur Alkoholismus	DSM-III DIS incl. ASP - " -	D 24 % Dy 17 % MD 23 % Dy 13 %
Herz et al.(1990)	74 m Klinik	DSM-III DIS	DSM-III DIS	D 21 % Dy 11 %
Eigene Untersuchung	100 73/27 Klinik	ICD-10 CIDI	ICD-10 CIDI	D 19 % Dy 6 %
Helzer & Pryzbeck (1988) ECA n = 19 367	2634 1/1 Feldstudie	DSM-III DIS	DSM-III DIS	Männer: MD 5 % Frauen MD 19 %

RDC: Research Diagnostic Criteria – PDI: Psychiatric Diagnostic Interview – DIS: Diagnostic Interview Schedule – CIDI: Composite International Diagnostic Interview

Aktuelle Prävalenz

Die aktuelle Prävalenzrate in der Allgemeinbevölkerung (die Rate der Erkrankten in den letzten 7 Tagen) beträgt für depressive Neurosen nach Weyerer und Dilling (1984) 3.8 %, für affektive und andere Psychosen 1.3 %. In einer epidemiologischen Untersuchung (ECA) fanden Regier et al. (1990), daß 13.9 % der Alkoholmißbraucher oder

-abhängigen innerhalb der letzten sechs Monate vor der Untersuchung auch eine depressive Störung aufwiesen.

Klinische Studien ergaben z. T. höhere Prävalenzraten zwischen 12 % und 30 % (Tab. 2).

Tabelle 2: Aktualprävalenz für ein depressives Syndrom (= D, MD = Major Depression, Dy = Dysthymia) bei chronischem Alkoholismus (A)

Autoren	n m/w	Kriterien/ Methode (A)	Kriterien/ Methode (D/M)	Ergebnis (%)
Bronisch (1985) Übersicht über 8 Studien	690 ?	Keine Angabe oder Aufnahme wegen A., einmal MAST	verschiedene Fragebogen- inventare dimensionale Erhebung, Cut-Off-Werte	D 57 %
Hesselbrock et al. (1985)	321 231/90 Klinik	DSM-III DIS	DSM-III DIS	D 23 % Männer: 18 % Frauen: 38 %
Fleischhacker & Krypsin-Exner (1986)	246 191/55	Keine Angabe	Keine Angabe	Männer: D 11 %* Frauen: D 38 %*
Ross et al. (1988)	501** 260/241 Klinik	DSM-III DIS III aktuell 73 % Lifetime 87 %	DSM-III DIS III incl. ASP	D 20 % Dy 10 %
Eigene Untersuchung	100 73/27 Klinik	ICD-10 CIDI	ICD-10 CIDI	D 8 % Dy 4 %
Weissman & Myers (1980)	1/1 Feld- studie	2.6 % aktuell trinkende A.	RDC DIS	D 15 %

* = unter akutem Alkoholeinfluß 41 % (M n = 191) bzw. 60 % (F n = 55)

RDC: Research Diagnostic Criteria – PDI: Psychiatric Diagnostic Interview –
DIS: Diagnostic Interview Schedule – CIDI: Composite International
Diagnostic Interview – ASP: Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Dabei ist methodenkritisch anzumerken, daß sehr selten eindeutige Aussagen gemacht wurden, inwieweit der Entzug zum Untersuchungszeitpunkt abgeklungen war (Weiss et al., 1992). Fleischhacker

und Krypsin-Exner (1986) konnten darüberhinaus zeigen, daß auch aktueller Alkoholgenuß die Ergebnisse beeinflußt (s. o.). Ross et al. (1988) erfaßten neben der Diagnose auch den Schweregrad der Depression mit Hilfe dimensionaler Skalen. Dabei fanden sie in der Beck-Skala bei 47 % der Gesamtstichprobe keine oder nur eine mild (0–7 Punkte), bei 31 % eine mäßig (8–15 P.) und bei 22 % eine schwer (>15 P.) ausgeprägte Depression. Patienten mit einer Major Depression zeigten im Mittel eine Score von 16.0 (SD = 8.0) und bei Vorliegen einer Dysthymie von 14.5 (SD = 8.0), während Probanden ohne Depressionsdiagnose einen Wert von 7.7 (SD = 6.6) aufwiesen.

Depression und Verlauf der Abhängigkeit

Für praktisch tätige Suchttherapeuten stellt sich angesichts der beschriebenen Befunde natürlich die Frage nach der Relevanz depressiver Störungen für den Verlauf eines Alkoholismus. Bisher existieren zu diesem wichtigen Thema fast ausschließlich retrospektive und zudem divergente Ergebnisse. Während Hesselbrock et al. (1985) keine Unterschiede fanden, zeigten aktuell depressive Alkoholabhängige bei McMahan und Davidson (1986) einen signifikant früheren Beginn des Alkoholismus und seiner Folgen als solche ohne Depressionen. Sie waren früher in Behandlung gekommen und berichteten häufigere Hospitalisationen wegen des Alkoholismus. In einer prospektiven Untersuchung konnten Rounsaville et al. (1987) zeigen, daß depressive männliche Alkoholiker ein Jahr nach Indexbehandlung ein pathologischeres Trinkmuster mit höheren Trinkmengen, schwerere Entzugssymptome, ausgeprägtere körperliche und soziale Folgen des Trinkens und höhere Psychopathologiescores aufwiesen als solche ohne Depression. Bei depressiven Alkoholikerinnen dagegen fanden die Autoren lediglich leicht erhöhte Psychopathologiescores und mehr körperliche Folgeerscheinungen, während sich sonst eine signifikante Verbesserung des Trinkverlaufs abzeichnete.

Primäre und sekundäre Depression

Bereits Anfang der 70er Jahre wurde die Einteilung in eine primäre und eine sekundäre Form des Alkoholismus bzw. vice versa Depression gefordert (Guze et al., 1971). Dies wurde mit der Einführung der operationalen Diagnostik leichter möglich. Kriterium ist dabei rein deskriptiv die zeitliche Abfolge der Erkrankungen selbst oder ihrer Folgeerscheinungen. Die Ergebnisse klinischer Untersuchungen (Hesselbrock et al., 1985; Rounsaville et al., 1987) und der ECA-Feld-

studie (Helzer und Pryzbeck, 1988) sprechen dafür, daß der überwiegende Anteil betroffener männlicher Alkoholabhängiger den Alkoholismus primär entwickeln (in der Reihenfolge: 47 %, 82 %, 78 %). Frauen dagegen leiden häufiger primär unter einer depressiven Störung (65 %, 47 %, 66 %). In unserer eigenen Untersuchung waren das Kriterium nicht die Folgeprobleme, sondern das erstmalige Auftreten der vollen Symptomatik. Dabei zeigte sich, daß 48 % der Betroffenen zuerst von einer depressiven Störung betroffen waren, ohne daß sich ein signifikanter Einfluß des Geschlechts nachweisen ließ.

Die Frage nach der Bedeutung der Einteilung in primär versus sekundär für den Verlauf des Alkoholismus und die Frage nach der therapeutischen Relevanz ist bisher erst in Ansätzen geklärt. Rounsaville et al. (1987) berichten lediglich, daß primär depressive Patienten ein Jahr nach Indexbehandlung vergleichsweise schlechter sozial angepaßt waren und pathologischere Werte im MMPI erreichten als sekundär depressive. Primäre Alkoholiker dagegen wiesen weniger medizinische Probleme im Katamnesezeitraum auf.

1.2.4. Suizidalität

Alkoholabhängige zeigen im Vergleich zur gesunden Bevölkerung ein 60-bis 120-fach erhöhtes Lebenszeit-Suizidrisiko (2 %–3,4 %): Der Anteil an allen Suiziden beträgt somit nach einer Überblicksarbeit von Murphy und Wetzel (1990) 25 % aller Suizide. Übertroffen wird diese Rate lediglich von Patienten mit affektiven Störungen.

Unter 50 suizidierten Alkoholikern fanden Murphy et al. (1979) bei 68 % die Kriterien einer major depression nach DSM-III-R erfüllt, Beskow (1979) beschrieb bei 89 von 100 suizidierten Substanzmißbrauchern (Alkohol und/oder Drogen) depressive Symptome in der Vorgeschichte. Es konnte weiter gezeigt werden, daß der Anteil der Suizide von 25 % (nur Alkoholismus) auf 30 % zunimmt, wenn der Alkoholismus als psychiatrische Zweitdiagnose bekannt war. Auch für die Suizidversuchsrate fanden Biro et al. (1991) einen erheblichen Anstieg, wenn eine depressive Störung vorlag (9.5 % gegenüber 17.3 %). Sowohl für die Suizidrate als auch für die Suizidversuchsrate scheint das Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung einen weiteren erschwerenden Faktor darzustellen (Whitters et al., 1987).

Murphy & Wetzel (1990) referierten sechs Studien mit einem Durchschnittsalter der Betroffenen von 48.5 Jahren zum Zeitpunkt des Suizids. Dabei lag der mittlere Beginn der Abhängigkeitsentwicklung im 20. Lebensjahr. Dies bedeutet, daß Suizide meist relativ spät im Verlauf der Abhängigkeit auftreten: Lediglich 11 % der Patienten tranken

weniger als 10 Jahre exzessiv. Andererseits sind im Unterschied zu depressiven Patienten weniger Alkoholiker nach dem 60. Lebensjahr betroffen. Weiterhin ist unter den an Suizid verstorbenen Alkoholikern der Anteil der in der Vorgeschichte psychiatrisch hospitalisierten höher als unter der Gesamtheit der Mißbraucher und Abhängigen. Zusammenfassend führen ein hohes Ausmaß suchtbezogener Probleme, ein Alter um 50 Jahre, soziale Isolation und der damit einhergehende Verlust besonders emotionaler Unterstützung sowie das Auftreten depressiver Episoden häufiger zu Hospitalisation, aber auch häufiger zu einem Suizid.

1.2.5. Theoretische Modelle zur Komorbidität von Alkoholismus und Depression

Genetik und familiäre Transmission

Winocur und seine Mitarbeiter postulierten Anfang der 70er Jahre auf der Grundlage empirischer Befunde, daß unipolare Depressionen bei Frauen eine familiäre Manifestation des Alkoholismus darstellen können, der selbst wiederum bevorzugt bei den männlichen Mitgliedern betroffener Familien auftritt (Winocur et al., 1971). Damit wurde einer unabhängigen Vererbung beider Erkrankungen widersprochen. Etwa zwanzig Jahre später wurde nach weiteren Studien von der gleichen Arbeitsgruppe eine allgemeine familiär bedingte Komorbidität zurückgewiesen (Coryell et al., 1992). Eine Depressions-Spektrum-Erkrankung als gemeinsame familiäre (genetische) Grundlage beider Störungen wurde nur bei Frauen mit primärer Depression und sekundärem Alkoholismus angenommen; die männlichen Familienangehörigen wiesen signifikant gehäuft einen Alkoholismus auf. Bei betroffenen Männern wiesen die Ergebnisse dagegen auf das Vorliegen zweier distinkter Störungen. In einer neuen Untersuchung von Maier (1993) zeigte sich dagegen, daß affektive Störungen und Alkoholismus völlig unabhängig voneinander übertragen wurden.

Psychologische Modelle

Bisher existieren kaum theoretische Modelle, die auf der psychologischen Ebene die Verzahnung von Depression und Alkoholismus zu erklären versuchen.

1. Die Selbstmedikationshypothese stellt sicher den bekanntesten Ansatz dar und ist mehr oder weniger offen in Begriffen wie Trinkmotivation, Wirkungstrinken, Spannungs-Reduktions-Trinken oder

auch Problemtrinken enthalten. Schulz (1976) ging aufgrund eigener Befunde davon aus, daß Trinkmotive derart vielfältig und soziokulturell mitbedingt sind, daß der empirische Nachweis eines zunehmend eingengeren gezielten Einsatzes des Alkohols zur Bewältigung unerträglicher affektiver Zustände als wesentliche Bedingung der Abhängigkeitsentwicklung kaum zu erbringen ist. Wenn das Abhängigkeitssyndrom bereits ausgebildet ist, kommen dann wiederum andere Motive wie Vermeidung von Entzugssymptomen hinzu. Dennoch spielt Selbstmedikation im retrospektiven psychoanalytisch-hermeneutischen Verstehen einzelner Klienten sicher eine große Rolle (Khantzian, 1985). In einer neueren Untersuchung konnten Leibenluft et al. (1993) aber auch empirisch zeigen, daß Abhängige den Alkohol in einem signifikant höheren Ausmaß zur Bewältigung depressiver Symptome einsetzen und subjektiv dadurch ein höheres Ausmaß an kurzfristiger Besserung erfahren als gesunde Probanden oder Patienten mit einer depressiven Störung (major depression oder seasonal affective disorder). Alkoholiker mit oder ohne primär depressive Störung unterschieden sich dagegen nicht voneinander. Demnach müßte Selbstmedikation als Phänomen des Alkoholismus und nicht der depressiven Erkrankung interpretiert werden.

2. Dominicus (1990) entwickelte das sogenannte psychobiologische Krankheitsmodell einer bifaktoriellen Neurosenstruktur des Alkoholismus. Auch wenn man seine Grundannahmen – z. B. eines neurotischen Alkoholhungers – ablehnt, läßt sich daraus ein allgemeines Schwellenmodell ableiten. Es wird davon ausgegangen, daß sich bei Patienten

- mit neurotischer (hier depressiver) Psychodynamik
- bei entsprechender Disposition zur Abhängigkeit
- in einer kritischen Lebenssituation

der Alkoholismus vor oder kurz nach dem Auftreten einer beginnenden, manchmal subklinischen depressiven Symptomatik manifestiert. Die Depression selbst würde demnach bei einem Teil der Betroffenen erst dann manifest, wenn auch durch das Alkoholtrinken die intrapsychische Homöostase nicht mehr ausreichend aufrechterhalten werden kann. Dieses Modell könnte auch erklären, warum eine Depression in der Prodromal- oder kritischen Phase des Alkoholismus (Jellinek, 1960) selten erkannt wird. Vorstellbar sind in diesem Modell auch umgekehrte Verläufe: Die Betroffenen entwickeln zunächst eine depressive Symptomatik, während das volle Abhängigkeitssyndrom erst später manifest wird. Dieses bisher nicht empirisch abgesicherte Modell steht zumindest mit einem Ergebnis unserer eigenen Untersuchung im Einklang: Von 25 Betroffenen fanden wir

bei 40 % einen primären Alkoholismus, bei 48 % eine primäre depressive Störung und bei 12 % traten Depression und Alkoholismus im gleichen Jahr auf.

3. Im Rahmen einer sozial-kognitiven Lerntheorie entwickelte Bandura (1982) das Modell der Selbstwirksamkeitserwartung. Fäh et al. (1991) konnten zeigen, daß bei Alkoholabhängigen das Ausmaß der Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich zukünftiger Abstinenz positiv und signifikant mit dem Verlauf nach Indexbehandlung korreliert. Dieses Modell eignet sich in dem hier diskutierten Zusammenhang, weil negative Kognitionen und ein negatives Selbstbild typischerweise zum depressiven Symptomenkomplex gehören. Empirisch ist ein solches erweitertes Modell bisher allerdings nicht untersucht worden.

1.2.6. Therapeutische Ansätze

Die Therapie einer manifesten depressiven Störung bei Alkoholismus unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der Therapie einer Depression sonst. Drei Punkte bedürfen beim gegenwärtigen Kenntnisstand aber der besonderen Beachtung: Zum einen klingen depressive Syndrome im Entzug häufig innerhalb weniger Wochen ab, so daß eine spezifische Therapie zumindest bei leichten und mittleren Schweregraden frühestens vier bis sechs Wochen nach Abstinenz begonnen werden sollte (Theret und Pascalis, 1991). Zweitens muß beachtet werden, daß dysphorische Syndrome in der Trinkphase kaum auf eine medikamentöse Behandlung ansprechen werden und Antidepressiva darüberhinaus bei Suizidalität ein erhebliches Gefährdungspotential beinhalten. Abhängigkeit und Depression stellen dynamische Prozesse dar, was in den erwähnten empirischen Untersuchungen bisher kaum berücksichtigt wurde. Für die Therapie ist diese Dynamik dagegen sehr wichtig. So kann beispielsweise bei abstinent lebenden Abhängigen die ambulante Psychotherapie einer Depression durchaus indiziert sein. Eine eigene Untersuchung hat allerdings gezeigt, daß weder aktuell trinkende Patienten – berechtigterweise – noch solche mit einer Alkoholproblematik in der Vorgeschichte kaum jemals bei niedergelassenen Psychotherapeuten behandelt werden (Driessen und Petzold, in Vorbereitung).

1.2.7. Fallbeispiel

Der 52jährige Herr B. ist ein in dritter Ehe verheirateter Maschinenschlosser, der eine computerisierte Fertigungsmaschine mit hohem Anforderungsprofil bedient. Er kommt nach einem Suizidversuch mit Medikamenten zur stationären Akutaufnahme, die Tabletten hatte er in alkoholisiertem Zustand eingenommen. Anlaß war ein Konflikt mit dem Schwiegersohn bei gleichzeitiger kurbedingter Abwesenheit der Ehefrau, einer seit zwei Jahren abstinent lebenden Alkoholikerin. *Vorgeschichte:* Im Alter von 34 Jahren hatte sich nach Trennung von der damaligen Ehefrau erstmals eine fünf Wochen anhaltende depressive Episode mit gleichzeitigem exzessivem Alkoholtrinken entwickelt. Nach kurzfristigem Eingehen einer neuen Partnerschaft besserten sich die Depression und das Trinkverhalten rasch (zwei Flaschen Bier pro Tag). In der Trennungssituation von der zweiten Frau erlitt der Patient einen rechtshirnigen Insult, bis heute besteht eine subjektiv als quälend erlebte Affektlabilität, aber keinerlei kognitive Leistungseinschränkung. Nach der endgültigen Trennung kam es erneut zu einer depressiven Symptomatik, die ca. sechs Monate anhielt und wiederum mit massivem Trinken einherging. Nun entwickelte sich aber in den Folgemonaten das Vollbild einer Abhängigkeit. Erschwerend kam die gleiche Problematik der dritten Ehefrau hinzu, beide Partner wurden mehrfach stationär entgiftet. Das Trinkverhalten ist seit zwei Jahren wechselnd und von belastenden Situationen abhängig. Der *psychopathologische Befund* nach akuter Entgiftung zeigte jetzt lediglich die bekannte Affektlabilität, Herr B. war erleichtert durch die Aufnahme. Mittels strukturierter Interviewverfahren wurde neben dem Alkoholismus eine rezidivierende depressive Störung und eine dependente Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die Entlassung konnte innerhalb weniger Tage nach vorläufiger Klärung des Familienkonfliktes und Kontakt zur Ehefrau erfolgen.

Beurteilung: Auf dem Boden einer abhängigen Persönlichkeitsstruktur entwickelte dieser Patient eine reaktive Depression im Rahmen eines Trennungskonfliktes, im Sinne einer Selbstmedikation kam es zur ersten Alkoholmißbrauchsphase. Eine damals einsetzende psychodynamisch ausgerichtete psychotherapeutische Maßnahme hätte möglicherweise den weiteren Verlauf zur Abhängigkeit verhindern können. Vor dem Hintergrund der komplizierenden hirnorganischen Symptomatik erscheint jetzt (abgesehen von einer stationären Entwöhnungsbehandlung) im ambulanten Bereich eine stützende Psychotherapie mit Selbstsicherheitstraining eher indiziert.

Zusammenfassung

Die Psychopathologie der Depression bei Alkoholabhängigen unterscheidet sich grundsätzlich nicht von derjenigen Nichtabhängiger. Während der Trinkphase sind aber dysphorisch geprägte Krankheits-

bilder als Folge der chronischen Intoxikation abzugrenzen. Während der Entgiftungsphase kommt es vielfach zu einer erheblichen Zunahme von Depressivität, die eine Reaktion auf das Gewahrwerden der persönlichen Realität darstellen kann. Andererseits ist das Entzugssyndrom selbst häufig weder klinisch noch in standardisierten Instrumenten sicher von depressiven Syndromen zu unterscheiden. Die Diagnose einer depressiven Erkrankung wird aber bei alkoholabhängigen Patienten häufiger gestellt als bei Nichtabhängigen. Einige Untersuchungen sprechen außerdem dafür, daß sich die Depression bei der Hälfte der Betroffenen bereits vor der Abhängigkeit entwickelt hat. Beide Krankheitsbilder interagieren auf vielfältige Weise miteinander. Dies wird auf der psychodynamischen Ebene z. B. an der Korrespondenz eines negativen Selbstbildes (Selbstwertempfindens) bei Depression und mangelnder Selbstwirksamkeitserwartung bei Alkoholismus deutlich. Alkohol als Selbstmedikation scheint – empirisch-wissenschaftlich nachweisbar – lediglich bezogen auf einzelne depressive Symptome eine Rolle zu spielen, während klinisch ein Zusammenhang mit einer depressiven Störung evident sein kann (siehe Fallbeispiel). Gemeinsame genetische Grundlagen beider Erkrankungen werden derzeit nur für primäre Depressionen und sekundären Alkoholismus bei Frauen im Sinne einer Depressions-Spektrum-Erkrankung diskutiert. Bei der Therapie muß berücksichtigt werden, daß sowohl Trinkentwicklung als auch Verlauf einer Depression dynamische Prozesse darstellen, die im Einzelfall geklärt werden müssen. Es bestehen derzeit neben theoretischen Defiziten viele unbeantwortete Fragen zum Zusammenhang von Alkoholismus und Depression: Alters- und geschlechtsspezifische Entwicklungen, Verlauf und differentielle Therapieindikationen müssen im Einzelfall geklärt werden.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition, revised. American Psychiatric Association, Washington, D.C. (1987)
- Bandura A.: A self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol* 37 (1982) 122–147
- Beck A.T., Weissmann A., Trexler L.: The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 42 (1974) 861–865
- Beskow J.: Suicide and mental disorder in swedish men. *Acta Psychiatr Scand* 277 (1979) 1–138

- Biro M., Selakovic-Bursic S., Kapamadzija B.: The role of depressive disorder in the suicidal behavior of alcoholics. *Crisis* 12 (1991) 64–68
- Bronisch T.: Zur Beziehung zwischen Alkoholismus und Depression anhand eines Überblicks über empirische Studien. *Fortschr Neurol Psychiatr* 53 (1985) 454–468
- Coryell W., Winocur G., Keller M., Schetner W., Endicott J.: Alcoholism and primary major depression: a family study approach to co-existing disorders. *Journal of Affective Disorders* 24 (1992) 93–99
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M. H. (Hrsg): Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Huber, Bern-Göttingen-Toronto (1991)
- Dominicus R.-D.: Das psychobiologische Krankheitsmodell der bifaktoriellen Neurosenstruktur des Alkoholismus. *Drogalkohol* 14 (1990) 3–7
- Fäh M., Sieber M., Uchtenhagen A.: Der Glaube ans Widerstehen können. Eine prospektive Längsschnittstudie zur Vorhersage von Abstinenz bei stationär behandelten Alkoholikern. *Sucht* 37 (1991) 26–36
- Feinstein A. R.: The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases* 23 (1970) 455–468
- Guze S., Woodruff R., Clayton T.: Preliminary communication – secondary affective disorder: a study of 95 cases. *Psychol Med* 1 (1971) 426–428
- Hamilton M.: A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 23 (1960) 56–62
- Hamm J. E., Major L. F., Brown G. L.: The quantitative measurement of depression and anxiety in male alcoholics. *Am J Psychiatry* 136 (1979) 580–582
- Helzer J. E., Pryzbeck T. R.: The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 49 (1988) 219–224
- Herz L. R., Volicer L., D'Angelo N., Gadish D.: Additional psychiatric illness by diagnostic interview schedule in male alcoholics. *Compr Psychiatry* 30 (1990) 72–79
- Hesselbrock M. N., Meyer R. E., Keener J. J.: Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 42 (1985) 1050–1055
- Jellinek E. M.: Alcoholism, a genus and some of its species. *Can Med Assoc* 83 (1960) 1341–1345
- Khantzian E. J.: The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 142 (1985) 1259–1264
- Leibenluft E., Fiero P. L., Bartko J. J., Moul D. E., Rosenthal N. E.: Depressive symptoms and the self-reported use of alcohol, caffeine, and carbohydrates in normal volunteers and four groups of psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 150 (1993) 294–301
- Maier W.: Gibt es eine gemeinsame familiäre Grundlage für Alkoholismus und unipolare Depression? Vortrag auf dem Kongress: Komorbidität, psychiatrische Störungen und stofflicher Mißbrauch. Hamburg. 8. bis 10. Sept. 1993
- McMahon R. C., Davidson R. S.: An examination of depressed vs nondepressed alcoholics in inpatient treatment. *J Clin Psychol* 42 (1986) 177–184

- McGuire M., Mendelson J., Stein S.: Comparative psychosocial studies of alcoholic and nonalcoholic subjects undergoing experimentally induced ethanol intoxication. *Psychosomatic Medicine* 28 (1966) 13–28
- Mendelson J. H.: Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in alcoholics. *J Stud Alcohol* 2 (1964) (Suppl.)
- Murphy G. E., Wetzel R. D.: The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 47 (1990) 383–392
- Nakamura M. M., Overall J. E., Hollister L. E., Radcliff E.: Factors affecting outcome of depressive symptoms in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 7 (1983) 188–193
- Othmer E., Penick E. C., Powell B. J.: The psychiatric diagnostic interview. Western Psychological Services, L.A. (1981)
- Penick E. C., Powell B. J., Othmer E., Bingham S. F., Rice A. S., Liese B. S.: Subtyping alcoholics by coexisting psychiatric syndroms: course, family history, outcome. In: Goodwin D. W., Teilmann van Dusen K., Mednick S. A. (eds.): *Longitudinal research in alcoholism*. Kluwer-Nijhoff Publishing, Boston-Lancaster (1984) 167–196
- Powell B. J., Read M. R., Penick E. C., Miller N. S., Bingham S. F.: Primary and secondary depression in alcoholic men: an important distinction? *J Clin Psychiatry* 48 (1987) 98–101
- Regier D. A., Farmer M. E., Rae D. S., Locke B. Z., Keith S. J., Judd L. L., Goodwin F. K.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *J Am Med Association* 264 (1990) 2511–2518
- Robins L. N., Helzer J. E., Croughan J., Ratcliff K. S.: National institute of mental health diagnostic interview schedule. *Arch Gen Psychiatry* 38 (1981) 381–389
- Robins L. N., Helzer J. E., Weissman M. M., Orvaschel H., Gruenberg E., Burke J. D., Regier D. A.: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 41 (1984) 949–958
- Robins L. N., Wing J., Wittchen H. U., Helzer J. E., Babor T. F., Burke J., Farmer A., Jablenski A., Pickens R., Regier D. A., Sartorius N., Towle L. H.: The composite international diagnostic interview. An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 45 (1988) 1069–1077
- Ross H. E., Glaser F. B., Germanson T.: The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* (1988) 45 1023–1031
- Rounsaville B. J., Dolinsky Z. S., Babor T. F., Meyer R. E.: Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 44 (1987) 505–513
- Schepank H. (Hrsg.): *Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim*. Springer, Berlin-Tokyo (1987) 111–114
- Schuckit M.: Alcoholic patients with secondary depression. *Am J Psychiatry* 140 (1984) 711–714

- Schuckit M. A.: The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 42 (1985) 1043–1049
- Schulz W.: Funktionen des Trinkens für das Individuum. In: Antons K., Schulz W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Bd. 1. Verlag für Psychologie Hogrefe, 3. Aufl., Göttingen-Zürich (1990) 87–105
- Spitzer R. L., Endicott J., Robins E.: Research Diagnostic Criteria (RDC): rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 35 (1978) 773–782
- Theret L., Pascalis: Alcoholic mood syndrome or major depressive disorder with alcoholism? A challenge for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 148 (1991) 1610–1611
- Weiss R. D., Mirin S. M., Griffin M., Griffin M. L.: Methodological considerations in the diagnosis of coexisting psychiatric disorders in substance abusers. *Brit J Addict* 87 (1992) 179–187
- Weissman M. M., Pottenger M., Kleber H., Ruben H. L., Williams D., Thomsen W. D.: Symptom patterns in primary and secondary depression: a comparison of primary depressives with depressed opiate addicts, alcoholics and schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 34 (1977) 854–862
- Weissman M. M., Myers J. K.: Clinical depression in alcoholism. *Am J Psychiatry* 137 (1980) 372–373
- Weyerer S., Dilling H.: Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse einer Feldstudie in drei Gemeinden Oberbayerns. *Nervenarzt*. 55 (1984) 30–42
- Whitters A. C., Cadoret R. J., Troughton E., Widmer R. B.: Suicidal attempts in antisocial alcoholics. *J Nerv Ment Dis* 175 (1987) 624–626
- Winocur G., Rimmer J., Reich T.: Alcoholism IV: is there more than one type of alcoholism. *Brit J Psychiatry* 118 (1971) 525–531
- Winocur G., Black D. W., Nasrallah A.: Depressions secondary to other psychiatric disorders and medical illnesses. *Am J Psychiatry* 145 (1988) 233–237
- World Health Organization (WHO): Composite international diagnostic interview. Deutsche Bearbeitung von: Wittchen H.-U. und Semler G. Beltz, Weinheim (1990)
- Zung W. W. K.: A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12 (1965) 63–70