

Verhaltensmedizinische Grundlagen I

Diabetes
und Abhängigkeit von
Alkohol und Nikotin

Hans-Ulrich Dombrowski
Psychotherapeutische Praxis
Lippstadt



Verhaltensmedizinische Grundlagen I

Diabetes
und Abhängigkeit
von Alkohol

Hans-Ulrich Dombrowski
Psychotherapeutische Praxis
Lippstadt



Abhängigkeitssyndrom nach dem ICD-10

- Codierung erfolgt unter F1
- An zweiter Stelle werden die Substanzen codiert.
- Nach dem Punkt erfolgt die Codierung verschiedener Prozesse der Abhängigkeit.

Abhängigkeitssyndrom nach dem ICD-10 Substanzen

- ***Alkohol (F10)***
- Opioide (F11)
- Cannabinoide (F12)
- Sedativa und Hyponotika (F13)
- Kokain (F14)
- Stimulanzien incl. Koffein (F15)
- Halluzinogene (F16)
- ***Tabak (F17)***
- Flüchtige Lösungsmittel (F18)
- Multipler Substanzgebrauch (F19)

Abhängigkeitssyndrom nach dem ICD-10

Prozesse der Abhängigkeit

- Akute Intoxikation (F1x.0)
- Schädlicher Gebrauch (F1x.1)
- ***Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)***
- Entzugssyndrom (F1x.3)
- Entzugssyndrom mit Delir (F1x.4)
- Psychotische Störung (Fx.5)
- Amnestisches Syndrom (Fx.6)
- Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (F1x.7)
- Andere psychische oder Verhaltensstörungen (F1x.8)
- Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F1x.9)

Abhängigkeitssyndrom nach dem ICD-10

Weitere Einteilung (fünfte Stelle)

- F1x.20 gegenwärtig abstinent
- F1x.21 gegenwärtig abstinent, aber in beschützter Umgebung
- F1x.22 abstinent im Programm (z.B. Methadon)
- F1x.23 gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten (z.B. Antabus, Disulfiram = Anti-Craving Medikament, wie z.B. Campral)
- F1x.24 gegenwärtiger Konsum
- F1x.25 ständiger Konsum
- F1x.26 episodischer Konsum (Dipsomanie)

Schädlicher Gebrauch (F1x.1)

- = Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt (körperlich z.B. Hepatitis, psychisch z.B. depressive Episode).
- tatsächliche gesundheitliche Schädigung liegt vor (akute Intoxikation oder „hangover“ / Kater reichen nicht aus)
- häufige Kritik durch andere
- negative soziale Folgen

Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)

Drei oder mehr der genannten Kriterien müssen mindestens einen Monat oder innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben:

- Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanz zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit über den Substanzgebrauch
- Substanzgebrauch mit dem Ziel der Milderung von Entzugssymptomen
- Körperliches Entzugssyndrom bei Reduktion oder Absetzen der Substanz
- Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzeffekten
- Eingeengtes Verhaltensmuster bzgl. des Substanzgebrauches
- Sukzessive Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen
- Anhaltender Konsum trotz eindeutig bestehender schädlicher Folgen und der Bewusstheit über das Ausmaß des Schadens

Praktische Konsequenz

- Für den therapeutischen Alltag ist die Heterogenität der Definition wenig brauchbar.
- Beck und Ellis verzichten gänzlich auf die Unterscheidung Mißbrauch vs. Abhängigkeit.
- Jedes Konsummuster psychotroper Substanzen wird dann als problematisch angesehen, wenn der Konsum zu schweren Konsequenzen im psychischen, sozialen, medizinischen oder juristischen Bereich führt.
- Betroffene werden dann als therapiebedürftig angesehen (> Zieldefinition der Therapie).

Alkoholgehalt verschiedener Getränke

- Bier (0,33 l) ca. 4 % Alkohol ca. 13 g Alkohol
- Bier (0,5 l) ca. 4 % Alkohol ca. 20 g Alkohol
- Wein (0,2 l) ca. 10 % Alkohol ca. 20 g Alkohol
- Sekt (0,2 l) ca. 12 % Alkohol ca. 24 g Alkohol
- Sherry (0,1 l) ca. 16 % Alkohol ca. 16 g Alkohol
- Südwein (0,2 l) ca. 20 % Alkohol ca. 40 g Alkohol
- Likör (0,02 l) ca. 30 % Alkohol ca. 6 g Alkohol
- Whisky (0,02 l) ca. 35 % Alkohol ca. 7 g Alkohol
- Schnaps (0,02 l) ca. 40 % Alkohol ca. 8 g Alkohol

Berechnungsformel für den Blutalkoholgehalt

- **Frauen**

Konsumierter Alkohol in Gramm

Körpergewicht in kg x 0,6

Bspl.: $\frac{3 \text{ Gläser Wein a } 0,2 \text{ l} = 60}{65 \text{ kg} \times 0,6} > \frac{60}{39} = \mathbf{1,54 \text{ Promille}}$

Bspl.: bei 2 Gläsern a 0,2 l = 1,02 Promille
bei 1 Glas a 0,2 l = 0,51 Promille

Berechnungsformel für den Blutalkoholgehalt

- **Männer**

Konsumierter Alkohol in Gramm

Körpergewicht in kg x 0,7

$$\text{Bspl.: } \frac{\underline{3 \text{ Gläser Bier a } 0,3 \text{ l} = 39}}{85 \text{ kg} \times 0,7} > \frac{39}{59,5} = \mathbf{0,66 \text{ Promille}}$$

Bspl.: bei 10 Gläsern a 0,3 l = 2,18 Promille

bei 2 Gläsern a 0,3 l = 0,43 Promille

Wirkungen des Blutalkohols

- 0,2 Prom. Verschlechterung des Wahrnehmungsvermögens für bewegte Lichtquellen. Entfernung entgegenkommender Fahrzeuge nicht mehr sicher einschätzbar
- 0,3 Prom. Beeinträchtigung der Raamtiefenschätzung.
Entfernungen werden nicht mehr richtig eingeschätzt.
Unfallgefahr um 5faches erhöht.
- 0,5 Prom. Anvisierte Objekte werden als weiter entfernt gesehen (mit zu hohem Tempo in die Kurve).
Nachlassen der Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit.
Gleichgewichtsstörungen. Beginn Stimmungsveränderungen (depressiv, gereizt, müde, weniger ängstlich). In Gruppen: vermehrte aggressive und sexuelle Anspielungen.

Wirkungen des Blutalkohols

0,8 Prom. Verengung des Blickfeldes (Tunnelblick). Abschätzung der Raumtiefe und Aufmerksamkeit verringern sich um 50%. Verlängerung der Reaktionszeit.

Ab 1 Prom. Rauschstadium setzt ein. Reaktionsgeschwindigkeit nimmt jetzt rapide ab. Starke Sprach- und Koordinationsstörungen (Lallen, Schwanken). Stimmung aufgelöster bis heiter oder depressiv. Kritikfähigkeit herabgesetzt.

Ab 2 Prom. Betäubungsstadium ist erreicht. Starke Störungen des Gedächtnisses.

Ab 3 Prom. Alkoholvergiftung liegt vor.

Ab 4 Prom. Lebensgefahr besteht (Gefahr der Atemlähmung).

= / > 5 Prom. Tod tritt ein.

Abbau ca. 0,15 Promille /Std.; Maximum bei Alkoholikern 0,35 Promille/Std.

Gesundheitsunbedenklicher Konsum

- **Männer**

40 g reiner Alkohol / tgl.

Bei > 60 g reinem Alkohol / tgl. (= 3/4 l Wein oder 1,5 l Bier)

ist das Risiko einer Leberzirrhose erheblich erhöht.

- **Frauen**

20 g reiner Alkohol / tgl.

Bei > 40 g reinem Alkohol / tgl. (= 1/2 l Wein oder 1 l Bier)

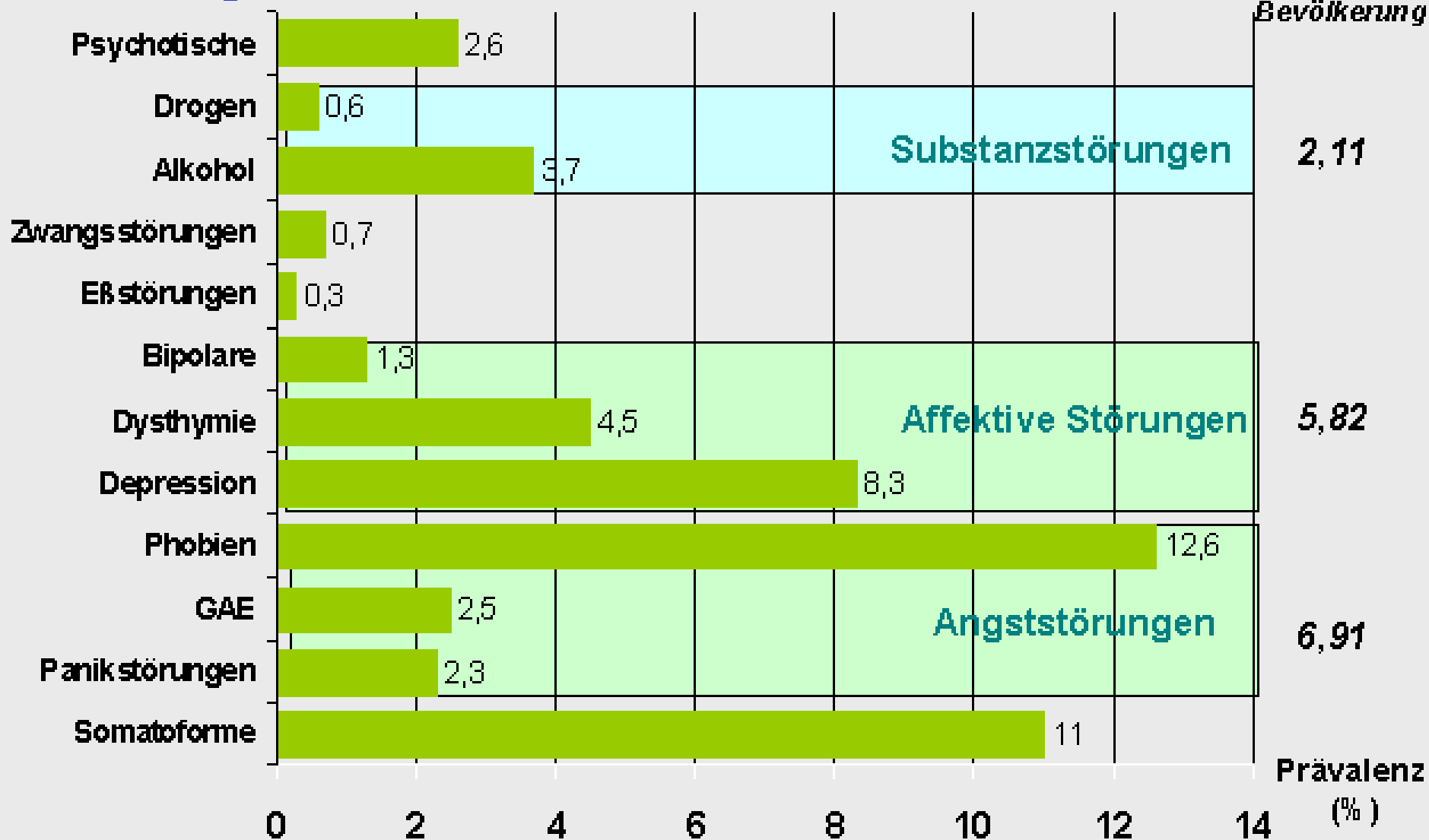
ist das Risiko einer Leberzirrhose erheblich erhöht.

Grenzwerte sind auf Grundlage von korrelativen Studien auf internistischem Gebiet bezogen auf vornehmlich Lebererkrankungen zustande gekommen.

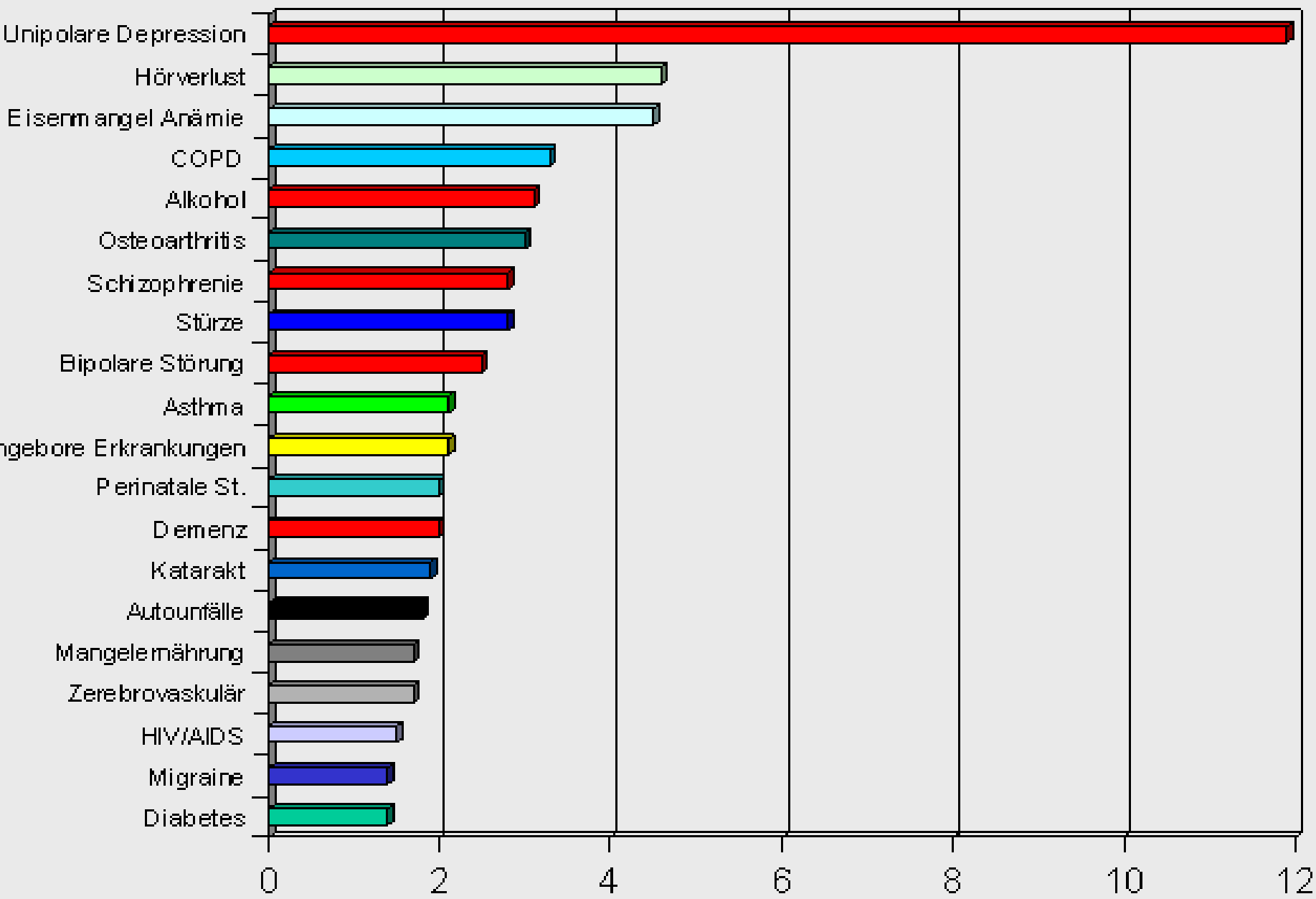
12-Monatsprävalenz nach Diagnose (Wittchen et al 2001)

DSM-IV Diagnosen

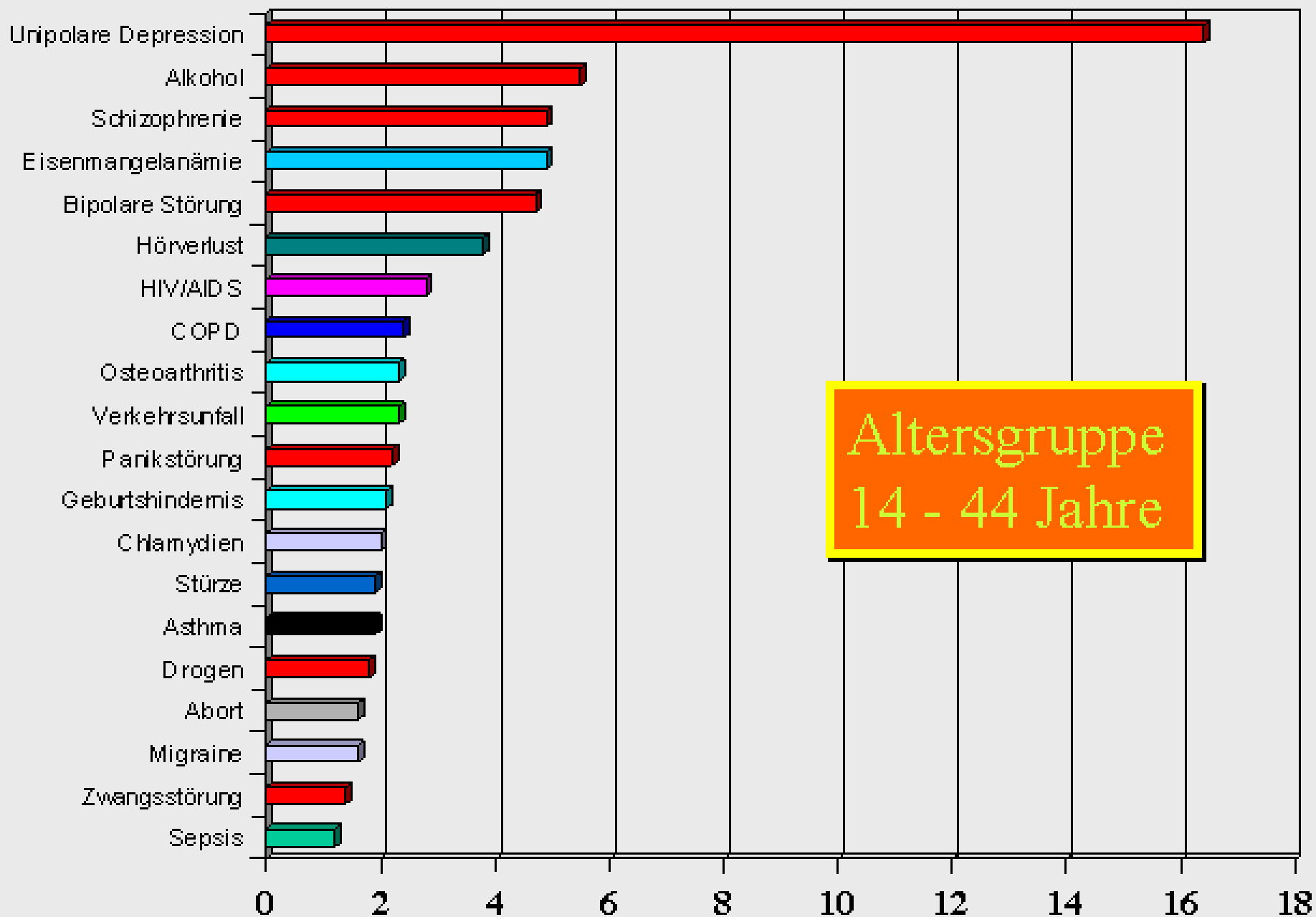
In Mill. der Bevölkerung



Weltweit führende Ursachen (%) der durch Behinderung beeinträchtigtter Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne (years of life lived with disability; World Health Report 2001)



Weltweit führende Ursachen (%) der durch Behinderung beeinträchtigtter Lebensjahre in der Altersgruppe 15 - 44 Jahre (years of life lived with disability; World Health Report 2001)



Komorbiditätsrate bei Alkoholkonsumstörungen

- Angststörungen 22 – 69 %
- Affektive Störungen 20 – 73 %
- Schizophrenie 20 – 30 %
- Borderlinestörung 13 – 54 %
- Antisoziale Persönlichkeitsstörung 14 – 53 %
- Suizidversuche 25 – 35 %
- Nikotinabhängigkeit 64 – 85 %
- Medikamentenmißbrauch / -abhängigkeit 13 – 29 %
- Drogenmißbrauch / -abhängigkeit 0,5 – 7,5 %
- Sexuelle Störungen 60 – 70 %

Komorbiditätsrate bei Alkoholkonsumstörungen

- Alkoholabhängigkeit tritt bei Menschen mit Diabetes **nicht** häufiger auf als in der Normalbevölkerung.
- Deutliche **geschlechtsspezifische Unterschiede**: Frauen zeigen höhere Raten bei Angst- und affektiven Störungen, Männer häufiger bei antisozialen Persönlichkeitsstörungen
- Diagnose einer psychiatrischen Störung soll nur dann gestellt werden, wenn sich die Symptomatik auch nach längerer Abstinenz noch zeigt.
- Hinsichtlich **sexueller Störungen**: Frage, ob als Folge der Sucht oder als primär anzusehen
- Ellis: ca. 80 %, wahrscheinlich auch mehr, der Alkoholstörungen sind sekundärer Art

Verlaufsformen

- Alkoholismus verläuft nicht nur chronisch-progredient, sondern es gibt **verschiedene Verlaufsformen**.
- Jugendlicher Alkoholismus: 2 – 3 Jahre Entwicklungszeit
- Erwachsener Alkoholismus: 10 – 12 Jahre
- Neben **progredienter** Entwicklung auch **Pendeln** zwischen schweren Trinkphasen und kontrolliertem Alkoholkonsum bzw. Abstinenz möglich
- **Spontanremission** möglich (Jahresprävalenz 20 %)
- **Kontrolliertes Trinken**: Anteil 3 – 11 %

Typologie nach Jellinek (1960)

- **Alpha-Trinker** (Konflikt- und Erleichterungstrinker)

In der Regel psychische Abhängigkeit, selten Kontrollverlust. Kontrolliertes Trinken möglich.

- **Beta-Trinker** (Gelegenheitstrinker)

Soziale Abhängigkeit liegt vor, körperliche Abhängigkeit entwickelt sich relativ spät. Kontrolliertes Trinken möglich.

- **Gamma-Trinker** (Rauschtrinker)

Psychische und körperliche Abhängigkeit liegen vor.

Häufiger Kontrollverlust, dennoch Fähigkeit, zeitweise alkoholfrei zu leben. Kontrolliertes Trinken nicht möglich.

Typologie nach Jellinek (1960)

- **Delta-Trinker** (Gewohnheits- oder Spiegeltrinker)
Ausgeprägte psychische und körperliche Abhängigkeit. Unfähigkeit zur Abstinenz. Alkohol-Spiegel muß aufrechterhalten werden, da sonst Entzugserscheinungen auftreten. Kontrolliertes Trinken nicht möglich.
- **Epsilon-Trinker** (Episodischer Trinker, „Quartalssäufer“)
Periodisches Trinken. Psychische Abhängigkeit und Kontrollverlust in Trinkphasen. Kontrolliertes Trinken ist nicht möglich. Häufig larvierte Psychose.

Gamma- und Delta-Trinker am häufigsten.

Typologie nach Cloninger (1981)

- **Typ A Alkoholismus**

Neurotischer Typus mit wenigen Risikofaktoren in der Kindheit. Hauptziel des Trinkens ist Angstmilderung. Später Beginn. Abhängigkeit weniger schwer wie beim B Typ.

- **Typ B Alkoholismus**

Psychopathischer Typ mit vielen Risikofaktoren in der Kindheit. Familiär gehäufter Alkoholkonsum. Früher Beginn mit Vielzahl alkoholbedingter Probleme.

Diagnostik

- Laborparameter
- Standardisierte Interviews /
Checklisten
- Testdiagnostik
- Verhaltensanalyse / Problemanalyse
- Weitere zu analysierende Situationen

Laborparameter (Screening)

- **Leberenzymwerte**

Gamma-GT (Schädigung der Leber muß vorliegen), GOT, GPT, GLDH, β -Hexosaminidase

- **Blutparameter**

MCV (längerer Konsum muß vorliegen, wie z.B. bei chronischem Alkoholismus), CD-Transferrin (unspezifisch, da auch bei 22 – 24 % der Bevölkerung erhöht. Erst nach 14 Tagen des Trinkens auffällig), HDL-Cholesterin

- **Urin**

Kreatinin und Harnstickstoff

- **Organschäden**

Mögliche Organschäden erfassen.

Standardisierte Interviews / Checklisten

- **Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Skid I und II)** von Wittchen et al. (1997)
- **Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)** von Margraf, Schneider & Ehlers (3. Aufl., 2005)
- **Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen (Mini-DIPS)** von Margraf (1994)
- **IDCL für ICD-10** von Hiller, Zaudig & Mombour (1995)
Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und ICD-10 Symptom Checkliste für psychische Störungen (SCL) von der WHO

Testdiagnostik

- **CAGE-Test** (**C**ut down **A**nnoyance **G**uilty **E**ye Opener) von Mayfield et al. (1974)
Screening-Verfahren
- **Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA)** von Feuerlein et al. (1976, 1989)
Selbstbeurteilungsfragebogen. Erlaubt die Diagnose Alkoholismus bereits im Frühstadium
- **Münchener Alkoholismustest (MALT)** von Feuerlein et al. (1979)
Neben Selbstbeurteilung (MALT-S) auch Einschätzung durch Arzt (MALT-F)

Testdiagnostik

- **9-Item-Screening-Test (ScreeT-9)** von Richter et al. (1994)
Unterscheidung Mißbrauch, Abhängigkeit und normaler Konsum. Berücksichtigt Laborwerte
- **Lübecker Alkoholismus-Screening Test** von Rumpf et al. (1995)
Basierend auf CAGE und MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)
- **Trierer Alkoholismus Inventar (TAI)** von Funke et al. (1987)
Erfaßt spezifische Problembereiche, wie z.B. soziales Trinken, Motive und Partnerprobleme = Therapierelevanz

CAGE-Test

ja

nein

- Haben Sie (erfolglos) versucht Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren? ja nein
- Ärgern Sie sich über kritische Bemerkungen Ihrer Umgebung wegen Ihres Alkoholkonsums? ja nein
- Haben Sie Schuldgefühle (schlechtes Gewissen) wegen Ihres Trinkens? ja nein
- Brauchen Sie morgens Alkohol um erst richtig leistungsfähig zu werden? ja nein

Verhaltensanalyse

- Erfassen relevanter biografischer Daten
- Alkoholbezogene Erfahrungen
- Konsumanalyse
- Selbstkontrollanalyse
- Analyse der Primärsymptomatik
- Funktionales Bedingungsmodell des Problemverhaltens (S-O-R-K-C-Modell)
- Erfassen und Einschätzung der Motivationslage und Veränderungsbereitschaft
- Zielanalyse

Weitere Analysen

- **Abhängigkeitsanalyse**
Abstinenz, häufige Trinksituationen, Trigger, Gefühle, Wirkerwartungen
- **Analyse eines Trinktages**
Erreichen eines angenehmen und Verringern eines unangenehmen Zustandes
- **Analyse der letzten 28 Trinktage**
Ziel: mögliche Schwankungen erfassen
- **Lebenslinie**
Dient der Entwicklung eines individuellen Erklärungsmodells.

Wechselwirkung zwischen Diabetes und Alkoholkonsumstörungen

Manifestation des Diabetes

- Erhöhung des Risikos durch Alkoholabusus
- Chronischer Alkoholkonsum > alkoholbedingte Pankreatitis > Manifestation des Diabetes

Einfluß des Alkohols auf den Blutglukosespiegel

- Erhöhung des BZ durch die in den alkoholischen Getränken enthaltenen KH (z.B. Malzzucker im Bier)
- Alkohol selbst senkt den BZ, indem er die Glukoseproduktion in der Leber hemmt
- Basalinsulin (abgestimmt auf normale nächtliche Glukosefreisetzung der Leber) kann zu hoch dosiert sein > Hypoglykämien
- Hypos können 8 – 12 Std. später eintreten (Gefahr: Bewußtlosigkeit, Todesfolge nach exzessivem Trinken)
- Verstärkung von Medikamentenwirkungen (z.B. Sulfonylharnstoffe > mehr Insulin)

KH in alkoholischen Getränken

- **Getränke mit geringem oder ohne KH-Gehalt**

Trockener Wein (weiß, rot), trockener Sekt, trockener Sherry, Hochprozentiges (Ouzo, Klarer, Cognac, Rum Obstler)

Folge: BZ sinkt

- **Getränke mit hohem KH-Gehalt**

Liköre, süße Weine, süßer Sekt, Obstwein, Cidre, Bier

Folge: BZ steigt

Bier – was ist drin?

Je 0,5 l	KH(g)	Alkohol(g)	Kcal
Pils	16	20	210
Export-Bier	16	20	210
Weizenbier	15	18	190
Doppelbock	20	28	300
Diätbier	4	24	200
Alkoholfreies Bier	26	2	130

Individuelle Wirkung überprüfen. Für ein Glas Bier a 0,2 l muß kein Insulin zusätzlich gespritzt werden.

Was sollte getan werden?

- Alkoholkonsum begrenzen
- Freunde und Bekannte auf Diabetes hinweisen
- Zusätzliche Essensaufnahme, vor allem bei Konsum von Hochprozentigen
- BZ vor dem Einschlafen kontrollieren (bei unter 120 mg/dl sind ein oder zwei langsam wirkende KE zusätzlich notwendig)
- Partner oder Eltern (bei Jugendlichen) Bescheid geben, wenn Bettgang stattfindet

Alkoholiker sind zu diesen Maßnahmen nicht mehr in der Lage. Gefahr: starke Unterzuckerung.

Wechselwirkung zwischen Diabetes und Alkoholkonsumstörungen

Metabolische Kontrolle (chronisch)

- Verschlechterung durch direkte Einwirkung des Alkohols auf den Glukosestoffwechsel mit erschwerter metabolischer Kontrolle durch Stoffwechselstörungen
- Alkoholabusus > Pankreatitis / Leberschäden > Stoffwechsellabilität
- Verschlechterung indirekt bedingt durch ungünstigen Einfluß des Alkoholkonsums auf das Selbstbehandlungsverhalten (Vernachlässigung der Selbsttherapie, Weglassen von Insulin, Gleichgültigkeit, Stimmungslabilität)

Wechselwirkung zwischen Diabetes und Alkoholkonsumstörungen

Erhöhtes Risiko diabetesspezifischer Folge- und Begleiterkrankungen

- Hypertonie
- Hyperlipidämie
- Polyneuropathie
- Diabetisches Fußsyndrom
- Erektile Dysfunktion

Wechselwirkung zwischen Diabetes und Alkoholkonsumstörungen

Erschwerte Diabetesbehandlung infolge von

- Mangelnder Behandlungsmotivation
- Fehler bei der Selbstbehandlung / mangelnde Selbstbehandlung
- Gesundheitliche Einschränkungen infolge des Alkoholabusus (Mangelernährung, Persönlichkeitsveränderungen)

Therapie

- Therapiestudien bzgl. Komorbidität Alkohol / Diabetes liegen nicht vor
- Daher Anwendung der anerkannten psychotherapeutischen Verfahren [VT, KVT, psychodynamische Verfahren, Familientherapie, Motivational Interviewing, Ressourcen- und lösungsorientierte (Kurzzeit-) Therapien]
- Hohe Priorität der Therapie aufgrund der erhöhten gesundheitlichen Gefahren
- Orientierung der Diabetestherapie an der Abhängigkeit, solange keine Abstinenz / Selbstkontrolle besteht (Schadensbegrenzung soweit möglich)

Therapie

Zu beachten:

- Lebenssituation, Veränderungsmotivation und -bereitschaft, Selbsttherapie des Diabetes
- Aufklärung über die Risiken des Alkohols in Bezug auf den Diabetes
- Ziele des Pat. klären, Therapie an diesen anpassen
- Förderlich: Einbeziehung des Partners und der Familie
- Behandlung langfristig (stationäre Reha, ambulante Therapie oder Beratung, Selbsthilfegruppen)

Alkoholprobleme in der Schulung

- Problem des Konsums ansprechen
- Gemeinsame Lösung entwickeln (Vorstellungen des Betroffenen einbeziehen)
- Nicht auf Abstinenz bestehen (Überforderung, Abbruch)
- Klare Vereinbarungen über Konsum treffen (Menge, Zeiten, Ort), Anforderungen senken
- Grenzen definieren (z.B. nicht alkoholisiert in Schulung erscheinen)
- Motivation zur Weiterbehandlung, Fachmann mit einbeziehen
- Grenzen der eigenen Möglichkeiten erkennen

Typen der Therapeut-Klient-Beziehungen nach Berg & Miller (1993)

- **Beziehungstyp des Kunden**

Th. und Kl. erkennen ein Behandlungsziel. Kl. sieht sich als Teil der Lösung und ist bereit, etwas zu tun. Th. möchte Kl. unterstützen und hält sich auch für ausreichend kompetent dazu.

- **Beziehungstyp des Klagenden (Co-Alkoholismus)**

Th. und Kl. identifizieren ein Behandlungsziel. Keine Übereinstimmungen über konkrete Schritte, die Kl. tun müßte. Kl. sieht sich nicht als Teil der Lösung.

Typen der Therapeut-Klient-Beziehungen nach Berg & Miller (1993)

- **Beziehungstyp des Besuchers**

Th. Kl. finden weder Beschwerde, noch Lösung. Kl. gibt an, daß es kein Problem gibt oder, daß ein anderer ein Problem hat. Th. bietet Pat. jedoch trotzdem Unterstützung an („Was erhoffen Sie sich von diesem Kontakt?“, „Vielleicht gibt es ja etwas anderes, an dem wir arbeiten können!“).

Verhaltensmedizinische Grundlagen I

Diabetes
und Abhängigkeit
von Nikotin

Hans-Ulrich Dombrowski
Psychotherapeutische Praxis
Lippstadt



Nikotinabhängigkeit

- 28,3 % der Bevölkerung über 15 J. raucht (Männer 34,7 %, Frauen 22,2 %). Davon 96 % Zigaretten (durchschnittlich 15,4 Zigaretten / tgl.).
- Nach den ICD-10-Kriterien sind **70 – 80 % der Raucher nikotinabhängig** (8 – 9 Millionen Männer, 5 – 6 Millionen Frauen).
- Prävalenz der Nikotinabhängigkeit von Diabetikern **nicht anders** als in der Normalbevölkerung (trotz des erhöhten Risikos für Folge- und Begleiterkrankungen).
- In einigen Studien sogar höhere Prävalenzen (jüngeres Alter, geringere Schulbildung).

Wechselwirkung zwischen Diabetes und Nikotinabhängigkeit

- Erhöhung des Risikos für **Manifestation** eines Typ-2-Diabetes.
- Zusätzlicher **Risikofaktor** für die Entwicklung von Folge- und Begleiterkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, diabetesbedingte Neuropathien, periphere arterielle Verschlusskrankungen, erektile Dysfunktion, Schlaganfall und Hypertonie.
- Diabetiker, die rauchen, haben ein **erhöhtes Mortalitätsrisiko** (Risiko ist abhängig von Dauer des Rauchens und Anzahl der gerauchten Zigaretten).

Wechselwirkung zwischen Diabetes und Nikotinabhängigkeit

- Assoziation von Nikotinabhängigkeit und Problemen bei der Durchführung der Diabetestherapie.
- Rauchen als Prädiktorvariable für eher schlechtes Selbstbehandlungsverhalten.
- Komorbidität mit Depression und anderen Suchterkrankungen.

Wichtig:

Aufgrund der erhöhten gesundheitlichen Gefahren durch die Nikotinabhängigkeit und ihre negativen Auswirkungen auf die Diabetestherapie hat deren Behandlung besondere Bedeutung (integraler Bestandteil strukturierter Schulungen).

Diagnostik

- Eigenmotivation / -angabe
- Fagerström-Test (Bestimmung der Nikotinabhängigkeit)
- Strukturierte klinische Interviews / Checklisten
- Anamnestiche Erhebungen / Exploration

Fagerström Test für die Nikotinabhängigkeit

- Wie lange dauert es, bis Sie nach dem Aufwachen Ihre erste Zigarette rauchen?
 - Bis zu 5 Minuten 3 Pkte.
 - 6-30 Minuten 2 Pkte.
 - 31-60 Minuten 1 Pkt.
 - Mehr als 60 Minuten 0 Pkte.
- Fällt es Ihnen schwer, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist, darauf zu verzichten, z.B. in der Kirche, der Bibliothek, im Kino, usw.?
 - Ja 1 Pkt.
 - Nein 0 Pkte.

Fagerström Test für die Nikotinabhängigkeit

- Bei welcher Zigarette würde es Ihnen am Schwersten fallen, auf sie zu verzichten?
 - Bei der ersten morgens 1 Pkt.
 - Bei einer anderen 0 Pkte.
- Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?
 - 10 oder weniger 0 Pkte.
 - 11-20 1 Pkt.
 - 21-30 2 Pkte.
 - 30 oder mehr 3 Pkte.

Fagerström Test für die Nikotinabhängigkeit

- Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Aufwachen mehr als während des restlichen Tages?
 - Ja 1 Pkt.
 - Nein 0 Pkte.
- Rauchen Sie selbst dann, wenn Sie so krank sind, daß Sie den größten Teil des Tages im Bett bleiben müssen?
 - Ja 1 Pkt.
 - Nein 0 Pkte.

Fagerström Test für die Nikotinabhängigkeit

Auswertung:

- 0 - 2 Pkte. - sehr geringe Abhängigkeit
- 3 - 4 Pkte. - geringe Abhängigkeit
- 5 Pkte. - mittelschwere Abhängigkeit
- 6 - 7 Pkte. - schwere Abhängigkeit
- 8 - 10 Pkte. - sehr schwere Abhängigkeit

Anamnestiche Erhebungen / Exploration

- Tageskonsum an Zigaretten
- Zigarettenmarke (leicht – mittel – schwer)
- Motivation und Veränderungsbereitschaft
- Kohlenhydrat-Abhängigkeit („Craving“)
- Größe und Körpergewicht (BMI) zur Kontrolle der Gewichtszunahme
- Bisherige Entwöhnungserfahren / -versuche
- Nächtliche Schlafstörungen und Rauchen während der Schlafunterbrechung
- Vorliegende Erkrankungen (vornehmlich Herzkreislauf- und Pulmonalerkrankungen, Diabetes, Sucht)
- Medikation (Neuroleptika, AD, Antihypertonika u.a.)

Therapie

- **Reduziertes Rauchen**

Abgestuftes Rauchen im Sinne einer Selbst-Entwöhnung. Erfolgsquote: 5% (n.s.)

- **Selbsthilfe-Interventionen**

Kontakte zu Beratern und Therapeuten. Bibliothherapie. Selbsthilfegruppe. Telefonische Unterstützung. Effekt: wirksam bei fachlich qualifizierter Unterstützung.

- **Beratung**

durch Arzt, Therapeut, speziell ausgebildetes Fachpersonal. Effekt: Je höher das Engagement und je größer die verwendete Zeit, desto besser der Effekt.

Therapie

- **Verhaltenstherapie**

Einzel- oder Gruppentherapie. Wirksamkeit gut belegt.

Nachteil: Hoher Personal-, Zeit- und Kostenaufwand.

- **Aversionsbehandlung**

Sättigungsrauchen. Wirksamkeit bisher nicht klar belegt.

CAVE: Gefahr kardialer Komplikationen.

- **Hypnose**

Bisherige Studien zeigten methodische Schwächen.

Berichtete Erfolge werden als unsicher eingestuft.

Therapie

- **Akupunktur**

Studienlage unklar, so daß eine Empfehlung zur Raucherentwöhnung nicht gestützt wird.

- **Nikotin-Ersatztherapie**

durch Nikotin-Kaugummi, Nikotin-Pflaster oder Nikotin-Nasalspray. Erfolgsquote: 15 – 25 %

- **Bupropion**

AD (Aufnahmehemmer für Noradrenalin, 5-Hydroxytryptamin und Dopamin). Ausländische Studien. Effekt nicht ausreichend belegt.

Modell der Veränderungsmotivation von Prochaska, DiClemente & Norcross (1992)

- **Präkontemplative Phase**

Geringe Einsicht. Kein Anlass Konsumverhalten zu ändern.

Therapeutische Strategie: Konfrontationen vermeiden. Motivation, Aufklärung, Infos, Entscheidungsfreiräume des Pat. betonen.

- **Kontemplative Phase**

Bereit zu reden und nachzudenken, ohne dabei konkrete Handlungen zu übernehmen. Noch ambivalent.

Therapeutische Strategie: Bestärkung des Pat. in Selbstreflexion. Kosten-Nutzen-Analyse. Unterschied Einsicht vs. konkrete Verhaltensänderung.

Modell der Veränderungsmotivation von Prochaska, DiClemente & Norcross (1992)

- **Vorbereitungsphase**

Pat. wollen tatsächliche Veränderungen einleiten. Noch unklar, wie sie ohne Suchtmittel leben sollen und welche Strategien zu abstinenter Lebensweise führen.

Therapeutische Strategie: Suchtmodell. Selbstkontroll-techniken. Kleine Ziele. „Aushalten-Können“.

- **Aktivwerden (action)**

Für (bestimmte) Veränderung entschieden.

Therapeutische Strategie: Risikosituationen herausarbeiten. Voraussichtliche Schwierigkeiten benennen. Spannungsgefühle als normal zu erwartende Reaktionen benennen (entpathologisieren).

Modell der Veränderungsmotivation von Prochaska, DiClemente & Norcross (1992)

- **Aufrechterhaltung**

Bisherige Prozesse werden weitergeführt. Konfrontation mit Versuchungssituation. Thema: Rückfall

Therapeutische Strategie: Rückfall als Möglichkeit einbauen. Ziel: dauerhafte Abstinenz und nicht nur Erreichung des Nichtkonsums (Selbstmanagement).

Wichtig:

Phasengerechtes Eingehen. Veränderung verläuft nicht linear. Manche Pat. bleiben auch in bestimmter Phase stecken.