

Wie Suchtverhalten gelernt wird

Bildgebende Verfahren tragen auch zur Entwicklung der Suchtforschung bei. Das erklärte Professor Dr. Andreas Heinz, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Berliner Charité Campus Mitte (CCM). Am Beispiel der Alkoholabhängigkeit zeigte Heinz, dass Suchtverhalten gelernt wird. Mit dem Alkoholkonsum in Verbindung stehende Reize, wie etwa der Geruch des Weines, das Klängen der Gläser oder die Erinnerung an seine angstlösende Wirkung, können demnach als konditionierte Reize das Verlangen nach der Droge auslösen. Dabei spielt Dopamin eine entscheidende Rolle. «Dopamin ist nicht ein Botenstoff des Glücks, sondern der Motivation», sagte Heinz. Normalerweise gewöhnt sich das Gehirn schnell an das Auftreten neuer mit angenehmen Gefühlen verbundener Reize, die Dopaminausschüttung nimmt beim wiederholten Erlebnis ab. Drogen wie Alkohol haben jedoch eine eigene pharmakologische Wirkung, sie setzen jedes Mal Dopamin frei, was zu einer unna-

türlich starken Lernleistung beiträgt. Will der Abhängige seine Sucht überwinden, muss er neue Verhaltensweisen lernen – ein schwieriges Unterfangen, da Alkoholranke, wie sich zeigt, wesentlich schwerer Neues lernen und Altes vergessen. «Menschen sind aber nicht ihrer Sucht ausgeliefert, ähnlich wie bei automatisch ablaufenden Handlungsketten beim Sport können solche Abläufe unterbrochen werden.» Allerdings erfordere dies viel Ausdauer. «Wer einmal eine falsche Bewegung beim Sport wieder zu verlernen versucht hat, weiss, wie schwierig dieser Prozess sein kann», meinte Heinz.

Bis jetzt scheint eine spezifische Verhaltenstherapie allenfalls bei schwer Alkoholkranken zu nutzen, insgesamt sind die Erfolge jedoch nicht viel besser als mit allgemein unterstützender Psychotherapie. Neue Erkenntnisse sprechen laut Heinz dafür, dass all jene Alkoholkranken



Andreas Heinz

ein niedriges Rückfallrisiko haben, die in der Lage sind, auf nicht suchtbetonte Verhaltensweisen mit positiven Gefühlen zu reagieren. Dafür sprechen zumindest neurobiologische Untersuchungen. Ob diese Erkenntnis in einer aktiven Verhaltenstherapie genutzt werden kann, ist derzeit

unklar. «Soziale Unterstützung und Sinnfindung sind aber weiterhin zentrale Elemente der Psychotherapie», sagte Heinz. Kurzentzüge, bei denen eine Entgiftung in zwei Tagen erfolgt, sind laut Heinz wahrscheinlich nicht sinnvoll. Als eher enttäuschend hat sich nach Meinung des Suchtexperten bisher die begleitende Pharmakotherapie erwiesen. Von Medikamenten wie Acamprosat (Campral®) profitiert nach einer neueren Studie nur 1 von 10 Alkoholkranken.

Suchtkranke Schizophrene sind öfter straffällig

Schizophrene Patienten mit einer komorbiden Suchtproblematik weisen ein deutlich höheres Risiko auf, Straftaten zu begehen, als Schizophrene ohne Suchtkomorbidität. Das hat eine Basler 12-Jahre-Kohorte bestätigt. Dr. Matthias Köster von der Abteilung Forensische Psychiatrie am Universitätsspital Basel stellte die Ergebnisse in Berlin vor.

Die Wissenschaftler hatten insgesamt 403 Gutachten ausgewertet, die zwischen Anfang 1989 und Ende 2000 erstellt wurden. Verglichen wurden 56 Straftäter mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis gegenüber Straftätern mit Persönlichkeitsstörungen mit und ohne Paraphilien (n = 174), mit substanzbezogenen Störungen (n = 80) sowie mit anderen respektive keinen Störungen (n = 93).

Dabei unterschieden sich die Delinquentengruppen in einem Punkt deutlich voneinander: Während die Persönlichkeitsgestörten zu 48,3 Prozent Vorstrafen hatten, lag die Rate bei Schizophrenen mit 14,3 Prozent deutlich darunter. Die durchschnittliche Beobachtungszeit nach Haft oder anderen Massnahmen betrug 140 Monate.

Die Auswertungen ergaben nun, dass die Straftat-Rückfall-Raten zwischen den Untergruppen signifikant voneinander abwichen, mit den höchsten Raten bei Persönlichkeitsgestörten/Paraphilien mit 52,9 Prozent gegenüber 21,5 Prozent bei Schizophrenen. Innerhalb der schizophrenen Delinquenten wurde in 26,8 Prozent eine substanzbezogene Diagnose gestellt, die dabei ein signifikant erhöhtes

Risiko für einen Rückfall darstellte. Die schizophrenen Straftäter mit Suchtproblematik wiesen innerhalb der Beobachtungszeit in 43,7 Prozent Rückfälle auf, gegenüber 12,5 Prozent ohne Suchtproblematik. Drogeneinfluss und Suchtverhalten stellen somit wichtige ungünstige Faktoren für das erneute Auftreten von Straftaten dar. Die Basler Untersuchungen bestätigen im Prinzip eine vor wenigen Jahren publizierte 25-Jahre-Kohortenstudie von Wallace und Mullen (2004). Die Autoren fordern deshalb, der Suchtproblematik von schizophrenen Patienten besondere Beachtung zu schenken und ihnen eine angemessene Therapie zu gewährleisten.

Depression: vielversprechende Ergebnisse mit tiefer Hirnstimulation

In der Depressionsbehandlung erleben wir gerade einen Paradigmenwechsel – weg von der Fokussierung auf Neurotransmitter, hin zur Modifizierung von neuronalen Schaltkreisen. Nach Darstellung von Professor Thomas Schläpfer, Psychiatrische Uniklinik Bonn, korrelieren gestörte Schaltkreise in bestimmten Hirnregionen mit bestimmten Symptomen: Frontalkortex und Hippocampus spielen eine massgebliche Rolle für die kognitiven Aspekte der Depression, Nucleus accumbens und Amygdala sind verantwortlich für die dysfunktionale Reizverarbeitung von Emotionen, eine Fehlfunktion des Hypothalamus steht in Zusammenhang mit neurovegetativen Symptomen wie Appetitlosigkeit, Antriebs- oder Schlafstörungen. Je nach subjektiver Ausprägung der fehlgesteuerten Schaltkreise formt sich die Depression unterschiedlich aus. «Es gibt also nicht *die* Depression, es gibt tausende Depressionen.»

Inzwischen können neurobiologische Erkenntnisse therapeutisch genutzt werden –

indem man in diese kortikalen Netzwerke gezielt eingreift. Nachdem schon Vagusnervstimulation und transkranielle Magnetstimulation eingeführt worden sind, «ist die interessanteste Entwicklung die tiefe Hirnstimulation», meinte Schläpfer. Die Methode, die bereits seit Jahren bei schwer kranken Parkinson-Patienten erprobt ist, kann offenbar auch bei therapieresistenten Depressionen Erfolge zeitigen. Dem Patienten werden in einem vergleichsweise einfachen und kurz dauernden Eingriff zwei Elektroden eingesetzt, die extern stimuliert werden. An der Bonner Universitätsklinik zielen sie auf den N. accumbens, um das bei Depressiven gestörte Belohnungssystem zu beeinflussen. Die ersten, aktuellen Ergebnisse sind laut Schläpfer vielversprechend. Bei 5 Patienten kam es zu einer Besserung im HAM-D um mindestens 50 Prozent, 2 Patienten remittierten, bei 5 Patienten blieben Erfolge aus. «Wir müssen



Thomas Schläpfer

diese Resultate in Beziehung setzen zur Schwere der Erkrankung. Diese Patienten haben schon alle anderen Behandlungen hinter sich, manche haben zehn Jahre im Bett verbracht.» Die Stimulation des N. accumbens steigert offenbar die hedonistischen Aktivitäten des Patienten, daneben

können Ängste gelindert werden. Fast zeitgleich haben zwei andere Arbeitsgruppen in den USA und Kanada durch tiefe Hirnstimulation in anderen Hirnregionen ebenfalls Erfolge vermeldet.

Laut Schläpfer ist man heute aber noch weit davon entfernt, solche neuromodulatorischen Verfahren breit einzusetzen. Dafür gebe es noch zu wenig Daten. Wirkungen und Nebenwirkungen müssten langfristig und sorgfältig untersucht werden. Gerade bei der tiefen Hirnstimulation seien auch ethische Grenzen zu beachten, da es sich um eine neurochirurgische Intervention am Hirn handle.

