

Aktuelle Therapieverfahren zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Gerhard Wiesbeck

Die Alkoholabhängigkeit ist eine chronisch-rezidivierende Erkrankung von hoher Prävalenz (3 bis 5 pro 100!), die sowohl in der psychiatrischen als auch in der allgemeinmedizinischen Versorgung einen breiten Raum einnimmt.

Bleibt sie unbehandelt, kann sie progressiv verlaufen und mit zahlreichen körperlich-psychischen Folgeerkrankungen einhergehen. Die Wirksamkeitsforschung des letzten Jahrzehnts konnte nachweisen, dass eine effektive Behandlung möglich ist. Konzepte der alkoholismusspezifischen Therapie und der medikamentösen Rückfallprophylaxe wurden entwickelt, evaluiert und in Kompetenzzentren umgesetzt. Zukünftig wird es darum gehen, diese Verfahren «in die Breite» zu tragen.

Kurzinterventionen

Kurzinterventionen sind einfache Techniken für den zeitsparenden, praktikablen Einsatz im ärztlichen Alltag. Sie sind besonders für die Hausarztpraxis geeignet, denn sie lassen sich ohne grossen Aufwand implementieren und setzen keine aufwendige Schulung voraus. Sie enthalten im Wesentlichen Elemente der

motivierenden Gesprächsführung. Merkmale wirksamer Kurzinterventionen sind reflektierendes Zuhören und positive Rückmeldungen. Konfrontative Methoden werden gemieden, denn sie provozieren Ablehnung und Widerstand. Stattdessen wird der Patient zur Problemerkennung und Veränderungsbereitschaft motiviert. Kurzinterventionen durch den niedergelassenen Arzt in Form von Information, Aufklärung und Ratschlag sind besonders in den frühen Stadien der Abhängigkeitsentwicklung effektiv. Erfolge sind hier noch vier Jahre nach einer Kurzintervention nachweisbar (Rist et al. 2004).

Entgiftung

Als Glied der sogenannten «Therapiekette» (Motivation, Entgiftung, Entwöhnung, Nachsorge) erhebt die Entgiftung den grössten somatischen Anspruch. Ihr Ziel ist die schonende Überbrückung der beginnenden Alkoholkarenz, die Vermeidung lebensbedrohender Komplikationen (Krampfanfall, Delir) beim neuroadaptiven Übergang von der Intoxikation zur Nüchternheit. Dazu stehen Medikamente von evidenzbasierter Wirksamkeit zur Verfügung (Clomethiazol, Benzodiazepine, Carbamazepin, Clonidin, Neuroleptika), die je nach vegetativer, psychotischer oder neurologischer Ausgestaltung des Alkoholentzugs syndromspezifisch eingesetzt werden können (Tabelle 1).

Die Phase der körperlichen Entgiftung muss so konzipiert werden, dass sie den negativen Verstärker «Entzugssyndrom» so weit wie möglich minimiert.

Entzugssymptome haben keinen positiven pädagogischen Effekt. Sie besitzen massiven Bestrafungscharakter und erhöhen die Gefahr des Therapieabbruchs und damit das Rückfallrisiko. Aus konzeptueller Sicht stellt diese Gefahr zwei Herausforderungen an den Therapeuten: Erstens, die Phase der körperlichen Entgiftung muss so konzipiert werden, dass sie den negativen Verstärker «Entzugssyndrom» weitestgehend minimiert. Damit erhöht sich die Chance, den Patienten in der Behandlung zu halten. Denn dies ist die zweite Herausforderung: den

Tabelle 1:

Substanzen zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms (zit. nach Wiesbeck 2006)

	Therapeutische Wirkung			
	Gegen psychomotorische Unruhe	Antipsychotische Wirksamkeit	Anhebung der Krampfschwelle	Gegen vegetative Übererregung
Clomethiazol	+++	+	++	++
Benzodiazepine	+++	-	++	+
Carbamazepin	+	-	+++	+
Clonidin	-	-	-	+++
Neuroleptika	+	+++	-	+
Ethanol	++	-	+	++

+++ , ++ , + , - = sehr gute, mittlere, schwache, keine Wirkung

Bruch der Therapiekette zu verhindern. Dem Patienten motivierend zu verdeutlichen, dass das Ende der Entzugserscheinungen nicht das Ende seiner Behandlung einleitet, sondern deren Beginn. Denn die körperliche Entgiftung allein besitzt keine therapeutische Nachhaltigkeit. Über 90 Prozent der Patienten, die lediglich entgiftet werden, werden innerhalb eines Jahres wieder rückfällig.

Qualifizierter Entzug

Die Phase der körperlichen Entgiftung ist für viele Alkoholabhängige eine intensive persönliche Erfahrung, die mit erhöhter emotionaler Ansprechbarkeit, verminderter Widerstand, positiver Absichtsbildung und vielen guten Vorsätzen einhergeht. Sie eröffnet der Therapie eine optimale Gelegenheit für Interventionen, welche über die bloße medikamentöse Beherrschung des Entzugs hinausgeht. Wird diese «sensible Phase» dynamischer Veränderungsbereitschaft für zusätzliche psychotherapeutische Massnahmen aktiv genutzt, spricht man von «qualifiziertem Entzug». Wird diese Chance hingegen vertan, hat dies nach heutigem Wissensstand den Rang eines Behandlungsfehlers.

Der qualifizierte Entzug kombiniert die körperliche Entgiftung mit Elementen aus der Entwöhnungsbehandlung. Dazu zählen unter anderem die Alkoholismuspezifische Therapie, die motivierende Gesprächsführung und die Psychoedukation, aber auch eine umfassende Differenzialdiagnostik und die Behandlung der suchtspezifischen Komorbidität.

Der qualifizierte Entzug führt nachweislich zu deutlich besseren Behandlungsergebnissen als die bloße Entgiftung (Wiesbeck et al. 2007).

Motivierende Gesprächsführung

Beim sogenannten «motivational interviewing» handelt es sich um eine direkte, klientenzentrierte Gesprächstechnik zur Erzeugung von Veränderungsbereitschaft (Miller und Rollnick 2002). Die motivierende Gesprächsführung nimmt eine zentrale Stellung in der Behandlung aller Abhängigkeitserkrankungen ein. Sie ersetzt die ehemals konfrontierende Technik durch eine offene, respektierende Grundhaltung, die Widerstände nicht mehr attackiert, sondern respektiert. Sie geht mit einer Haltungsänderung des Therapeuten einher. Abhängige werden nicht mehr als unbelehrbar, sondern als ambivalent erachtet. Die motivierende Gesprächsführung basiert auf folgenden fünf Prinzipien: Empathie zeigen, Diskrepanz entwickeln, Argumentieren vermeiden, mit dem Widerstand arbeiten und den Glauben an die eigenen Fähigkeiten fördern. Die Wirksamkeit dieser Gesprächstechnik wurde in zahlreichen Studien demonstriert.

Die motivierende Gesprächsführung fördert nachweislich die Veränderungsbereitschaft abhängiger Patienten.

Positive soziale Verstärkung (community reinforcement approach)

Beim sogenannten «community reinforcement approach» (CRA) handelt es sich um ein verhaltenstherapeutisches Konzept, das in den USA entwickelt wurde und das sich am sozialen Umfeld («Gemeindenähe») des Patienten orientiert. In den Bereichen Partnerschaft, Familie, Arbeit und Freizeit werden «attraktive Ziele» individuell herausgearbeitet und schrittweise mit einer Veränderung der Lebensweise verknüpft. Erfolge wirken modifizierend

auf den Umgang mit Alkohol und werden als positive Verstärker gezielt genutzt. Der Patient erfährt so unmittelbar die Vorteile seiner Abstinenz. Motivationsaufbau, Verhaltensanalyse, Fertigkeitstraining, Pharmakotherapie, Rückfallmanagement und Einbezug der Familie sind wesentliche Bestandteile des CRA (Lange et al. 2008).

Soziales Kompetenztraining

Unter der Vorstellung, dass zwischenmenschliche Interaktionen sowohl abstinenzstabilisierend als auch rückfallfördernd sein können, zielt dieses Kompetenztraining auf das Erlernen eines erfolgreichen sozialen Verhaltens. Der Patient trainiert die Fähigkeit, eigene Wünsche und Anliegen mitzuteilen, Kritik adäquat zu äussern, Bedürfnisse auszusprechen, Forderungen angemessen zu formulieren und Grenzen aufzuzeigen. Hierfür gibt es verschiedene strukturierte Trainingsprogramme, die sowohl einzel- als auch gruppentherapeutisch durchgeführt werden können. Unter anderem wird dabei die Fertigkeit erworben, dem sozialen Druck einer Aufforderung zum Alkoholkonsum widerstehen zu können. Soziales Kompetenztraining ist dann besonders erfolgreich, wenn individuelle Problembereiche des Alkoholabhängigen identifiziert und gezielt trainiert werden.

Reizexpositionstraining

Der Patient lernt, individuell charakteristische Auslösesituationen seines Alkoholverlangens zu erkennen und zu bewältigen. Dazu werden alkoholspezifische Reize identifiziert, nach ihrer Rückfallgefährlichkeit hierarchisiert und Bewältigungsstrategien erarbeitet. Der Patient wird zunächst in *sensu*, später *real* in diese Situationen therapeutisch hineingeführt. Diese kontrollierte Konfrontation gibt ihm die Möglichkeit, die neuen Verhaltensstrategien zu erproben und rückfallgefährliche Situationen erfolgreich zu bewältigen.

Rückfallmanagement

Der Rückfall in den erneuten Konsum ist ein Symptom der Abhängigkeit, das selbst nach langjähriger Abstinenz auftreten kann. Rückfallmanagement basiert auf der Überzeugung, dass sich ein erneuter Alkoholkonsum nicht notwendigerweise zur Katastrophe ausweiten muss, sofern der Rückfall erfolgreich gemanagt und seine negativen Konsequenzen damit klein gehalten werden. Dazu erlernt und erprobt der Patient Techniken der Schadensbegrenzung im Umgang mit einem möglichen Rückfall (Tabelle 2).

Medikamentöse Rückfallprophylaxe

Das Konzept der medikamentösen Rückfallprophylaxe zielt auf die pharmakologische Reduktion des Alkoholverlangens («Craving») und damit auf die Stabilisierung der Abstinenz. Mittels sogenannter «Anticraving»-Substanzen wird pharmakologisch Einfluss auf die Neurobiologie

Tabelle 2:

Rückfallmanagement

- ◆ Handlungselemente zur Schadensminderung nach Alkohorrückfall
- ◆ sofortiges Verlassen des Konsumorts
- ◆ Aufsuchen einer schützenden Umgebung
- ◆ nüchtern werden
- ◆ Freunde aus der Selbsthilfegruppe anrufen
- ◆ professionelle Hilfe aufsuchen

des Gehirns genommen, und zwar speziell auf jene Regionen und Transmittersysteme, die für das Alkoholverlangen verantwortlich gemacht werden (Wiesbeck 2006). Drei Medikamente sind für diese Rückfallprophylaxe nachweislich geeignet (Acamprosat, Naltrexon, Disulfiram), zwei sind für diese Indikation zugelassen (Acamprosat und Disulfiram), eines davon gilt heute als Mittel der zweiten Wahl (Disulfiram). Alle drei sollen unterstützend und nicht alternativ zur Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden. Man spricht deshalb von der «supportiven» medikamentösen Rückfallprophylaxe (Wiesbeck und Böning 2006).

Acamprosat (Campral®) ist gut verträglich, es hat ein günstiges Nebenwirkungsprofil und entfaltet keine eigene psychotrope Wirkung. Bei entgifteten, abstinenzwilligen Alkoholabhängigen erhöht es die Abstinenzwahrscheinlichkeit. Kommt es unter Acamprosat zu Rückfällen, verringert es deren Anzahl und Schwere.

Naltrexon (Naltrexin®) kann bei Alkoholabhängigen nur «off-label» verordnet werden. Seine positive klinische Wirksamkeit in Bezug auf Abstinenzhalt und Rückfall-schwere sind mit der des Acamprosats vergleichbar. Beide Medikamente sollen im Falle erneuten Alkoholkonsums weiter eingenommen werden, weil sie nur so ihre «harm reduction»-Wirkung entfalten können.

Disulfiram (Antabus®), das Traditionsmedikament zur Vergällung der Alkoholwirkung, ist keine moderne Anticraving-Substanz. Sein Einsatz ist risikoreicher und seine klinische Wirksamkeit weniger evidenzbasiert als die von Acamprosat oder Naltrexon. Die Gabe von Disulfiram kann im Rahmen gut strukturierter psychosozialer Behandlungsprogramme gerechtfertigt sein, ebenso sollte man Patienten, die gute Erfahrungen damit gemacht haben, nicht umstellen. In allen anderen Fällen, insbesondere bei Neueinstellungen, sind Acamprosat oder Naltrexon zu bevorzugen.

Zusammenfassung

Die Alkoholabhängigkeit ist eine häufig vorkommende, chronische Erkrankung, die unbehandelt einen rezidivierenden, progredienten Verlauf nehmen und vorzeitig

zum Tod führen kann. Wirksame Behandlungsverfahren existieren und können dies verhindern. Wird die Diagnose rechtzeitig gestellt und der Patient einer solchen Behandlung zugeführt, sind die Heilungschancen gross. Zu den heute üblichen, evidenzbasierten Therapieverfahren zählen unter anderem Kurzinterventionen, der qualifizierte Entzug, die motivierende Gesprächsführung, das soziale Kompetenztraining, das Reizexpositionstraining und ein aktives Rückfallmanagement. Ein neues Verfahren mit grossem Zukunftspotenzial ist die medikamentöse Rückfallprophylaxe mittels sogenannter «Anticraving»-Substanzen. ◆



Prof. Dr. med. Gerhard A. Wiesbeck
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel

Interessenskonflikte: keine

Literatur:

- Lange W, Reker M, Driessen M (2008) Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Sucht* 54: 13–23.
- Miller WR, Rollnick S (2002) Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Lambertus Verlag (2. Auflage).
- Rist F, Demmel R, Hapke U, Kremer G, Rumpf HJ (2004) Riskanter, schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. *Leitlinien der AWMF. Sucht* 50: 102–112.
- Wiesbeck GA, Wodarz N, Weijers H-G, Böning J (2007) Der qualifizierte Entzug stationär behandelter Alkoholabhängiger: Ergebnisse der Würzburger Einjahreskatamnese. In: Wiesbeck GA (Hrsg) *Alkoholismus-Forschung – aktuelle Befunde, künftige Perspektiven*. Pabst Science Publishers: 251–261.
- Wiesbeck GA (2006) Alkoholabhängigkeit – Wie Sie Ihrem Patienten den Entzug erleichtern. *INFO Neurologie & Psychiatrie* 4: 6–8.
- Wiesbeck GA, Böning J (2006) Supportive medikamentöse Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit. In: Riederer P, Laux G (Hrsg) *Neuro-Psychopharmaka. Ein Therapie-Handbuch. Band 6: Notfalltherapie, Antiepileptika, Psychostimulantien, Suchttherapeutika und sonstige Psychopharmaka*. Zweite, überarbeitete Auflage. Springer-Verlag/Wien.
- Wiesbeck GA (2006) Neurobiologie der Sucht. In: Beck N, Warnke A, Adams G, Zink-Jakobeit K (Hrsg) *Süchtiges Verhalten bei Kindern*. Pabst Science Publishers: 9–16.
- Wiesbeck GA, Weijers HG, Böning J (2000) Alkoholkrankheit aus psychiatrischer Sicht. In: Köning B, Reinhardt D, Schuster H-P (Hrsg) *Kompendium der praktischen Medizin*. Springer Verlag Berlin Heidelberg: 361–370.

Die ignorierte Komorbidität

Rezension des Buchs «Alkohol und Tabak – Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit» von Otto-Michael Lesch und Henriette Walter (Springer-Verlag 2009)

Alkoholabhängige Nichtraucher sind eine Rarität. Wer ein Problem mit Alkohol hat, der hat in aller Regel auch eines mit Tabak. Die kombinierte Alkohol- und Tabakabhängigkeit ist eine der häufigsten Komorbiditäten!

Die Behandlungswirklichkeit hat diese Tatsache lange ignoriert. In der Suchtbehandlung wurde zwar das Alkoholproblem professionell therapiert, das Rauchen aber stillschweigend geduldet – oder, um ein gängiges Bild zu bemühen, die Läuse wurden effektiv behandelt, seine Flöhe durfte der Patient meistens behalten.

Dieser untherapeutische «Neglect» stösst zunehmend auf Widerstand. Das Lehrbuch von Otto-Michael Lesch und Henriette Walter ist der Vorbote einer neuen integrierenden Sichtweise. Es behandelt Alkohol und Tabak gemeinsam und wird damit der suchtmmedizinischen Alltagswirklichkeit

wesentlich gerechter als der bisher gängige Separatismus auf allen Ebenen (Lehre, Forschung, Behandlung, Veröffentlichung).

Um was geht es in diesem Buch?

Das Buch bietet eine profunde Darstellung suchtmmedizinischen Wissens über Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Tabak. Ausführlich werden darin die Ätiologie, die

diagnostischen und therapeutischen Aspekte sowie die komorbiden Störungen und Folgeerkrankungen besprochen. Dabei wird nicht nur gelehrt, sondern auch anhand von Fallbeispielen erläutert. Der Leser findet darüber hinaus ausführliche Kapitel zur Prävention und zur Soziotherapie. Die Autoren, die in internationalen Fachkreisen für ihre Typologieforschung bekannt sind, gehen intensiv auf den Aspekt der Untergruppen ein. So werden neben der eigenen Typologie (nach Lesch) auch alle anderen, international gebräuchlichen Typologien fachkundig beschrieben und erläutert. Das ist eine der



grossen Stärken dieses Buchs. Eine weitere ist die umfassende Darstellung der medikamentösen Rückfallprophylaxe bei beiden Formen der Abhängigkeit.

Dieses Lehrbuch gibt die jahrzehntelange Erfahrung zweier Persönlichkeiten wieder, die ihr suchtmmedizinisches Handwerk gründlich beherrschen. In reifer Weise kombinieren sich hier klinische Breite und wissenschaftliche

Tiefe. Leider gelingt es dem Buch nicht, den eingangs erwähnten Separatismus vollständig zu überwinden. Der Leser hätte sich in diesem wichtigen Punkt einen höheren Grad der Synthese gewünscht. Dennoch bleibt es ein ausgezeichnetes Buch für alle, die beruflich mit Alkohol- und Tabakkonsumenten zu tun haben. Es überwindet die Trennung nicht, aber es verringert sie spürbar – und setzt damit einen Meilenstein!

Verfasser: Prof. Dr. med. Gerhard A. Wiesbeck
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27, 4025 Basel