

Alkohol -



Aktuelle Entwicklungen, Epidemiologie

Übermäßiger Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit gehören zu den größten Herausforderungen, mit denen Ärzte in der täglichen Praxis konfrontiert sind, und zwar nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in allen anderen Fachgebieten. Geschätzte 340.000 Österreicher sind Alkohol-krank, nahezu jeder vierte Erwachsene konsumiert Alkohol in einem Gesundheits-gefährdenden Ausmaß. Obwohl die Gesamtzahl der Alkoholkranken in den letzten Jahren nahezu gleich blieb, nimmt der relative Anteil der Frauen deutlich zu, während jener der Männer leicht sinkt. Rund zehn Prozent der Österreicher erkranken im Laufe ihres Lebens an chronischem Alkoholismus. Durchschnittlich tritt die Alkoholkrankheit bei Männern nach dem

26. Lebensjahr und bei Frauen nach dem 34. Lebensjahr auf. Die Lebenserwartung von Alkohol-abhängigen Frauen ist um durchschnittlich 20 Jahre, jene von Alkohol-abhängigen Männern um 17 Jahre reduziert.

Die österreichischen Jugendlichen stellen hinsichtlich des Alkoholkonsums nicht die Hauptproblemgruppe dar. Die meisten Problem-Konsumenten findet man derzeit bei den 30- bis 39-Jährigen; die meisten täglichen Alkohol-Konsumenten bei den über 70-Jährigen. Allerdings ist in den vergangenen zehn Jahren bei Jugendlichen doch eine deutliche Zunahme des täglichen Alkoholkonsums zu registrieren.

Aktuell wirken sich drei Faktoren maßgeblich auf die Entwicklung des Alkoholkonsums von Jugendlichen aus. An

erster Stelle steht die Akzeleration, das bedeutet, dass Kinder immer früher in die Pubertät kommen, sich früher körperlich entwickeln und früher zu relativ selbstständigen Jugendlichen werden. Dadurch machen Jugendliche auch früher die ersten Erfahrungen mit Alkohol. Zweitens bedeutet die Emanzipation in diesem Zusammenhang, dass Frauen immer aktiver am öffentlichen Leben teilnehmen und sich die Konsumgewohnheiten von Männern und Frauen zunehmend angleichen. Da der Alkohol-Gesamtkonsum seit Jahrzehnten sinkt, bedeutet dies eine Zunahme des Alkoholkonsums bei Frauen bei gleichzeitiger Abnahme des Alkoholkonsums bei Männern. Als dritter Faktor ist die sogenannte Globalisierung von Bedeutung. Das bedeutet, dass in Europa eine weitgehende Anpassung der Trinkgewohnheiten in Richtung europäischem Durchschnitt festzustellen ist.

- Abhängigkeit

Da sich in Europa die Konsumgewohnheiten auch beim Alkohol kontinuierlich angleichen, werden nordeuropäische Trinkmuster auch in Österreich zunehmen. Sowohl bei der Alkoholabhängigkeit als auch beim problematischen Alkoholkonsum sind eine frühzeitige Diagnostik und Intervention von enormer Bedeutung, um dem Entstehen einer Abhängigkeit entgegenwirken zu können.

Von Michael Musalek und Roland Mader*

Es kommt zu einer Konsumsteigerung in den traditionellen Niedrig-Konsumländern und zu einem Konsumrückgang in den Hochkonsumländern.

Bei einer Befragung der österreichischen Jugendlichen nach Erfahrungen mit Alkoholrausch gaben zwei Drittel der unter 14-Jährigen an, bereits einen Vollrausch erlebt zu haben. Bei den unter 17-Jährigen liegt dieser Wert bei 87 Prozent. Das Phänomen des zunehmenden Rauschtrinkens bei Jugendlichen in Österreich ist derzeit mangels spezifischer Forschungsergebnisse nicht gut bestimmbar, dürfte aber weniger dramatisch ausfallen als dies in diversen Medienberichten kolportiert wurde. Nichtsdestotrotz hat aber die Frequenz von Vollräuschen bei Jugendlichen über die letzte Dekade erheblich zugenommen. Ausschlaggebend dafür sind einerseits wiederum die

Tendenz zur Akzeleration und andererseits der Umstand, dass sich in Europa die Konsumgewohnheiten kontinuierlich angleichen und damit nahe liegt, dass nordeuropäische Trinkmuster auch in Österreich zunehmen.

Harmlosigkeit - Gefährdung - Abhängigkeit

Die Harmlosigkeitsgrenze bezieht sich auf die Alkoholmenge, bis zu der der Konsum als bedenkenlos eingestuft werden kann. Sie liegt beim Mann bei 24g reinem Alkohol pro Tag und bei der Frau bei 16g reinem Alkohol pro Tag. 20g reiner Alkohol entspricht einem halben Liter Bier oder einem Viertel-Liter Wein. Mit der Gefährdungsgrenze wird die Grenze bezeichnet, ab der der Alkoholkonsum als Gesundheitsgefährdend eingestuft wird. Sie liegt beim Mann bei 60g reinem

Alkohol pro Tag und bei der Frau bei 20g reinem Alkohol pro Tag. Bei der Diagnose Abhängigkeit müssen nach ICD-10 während des letzten Jahres drei oder mehr der in Tab. 1 genannten Kriterien zutreffen.

Wirkung des Alkohols

Schon bei einem Blutalkoholspiegel von 0,5 bis 1,2 Promille werden höhere, komplexe Hirnfunktionen beeinträchtigt. Es zeigt sich ein vermindertes Verantwortungsgefühl, Gefahren werden unter- und die eigenen Fähigkeiten überschätzt, der Gedankenablauf bleibt oberflächlich und ist verlangsamt. Trotzdem sind hier noch äußere Zeichen einer Berausung diskret bis fehlend.

Bei einem Alkoholspiegel von 1,3 bis 3 Promille ist die Berausung auch äußerlich deutlich sichtbar. Bewegungen werden unkoordiniert, die Sprache verwaschen und das Verhalten zunehmend ►►

Abhängigkeitskriterien nach ICD-10

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren;
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums;
- Nachweis einer Toleranzentwicklung;
- körperliches Abstinenzsyndrom;
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums;
- anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger, schädlicher Folgen, was dem Konsumenten offensichtlich klar ist.

Tab. 1



- ▶▶ enthemmt. Außerdem sind die Reaktionsfähigkeit und die Aufmerksamkeit herabgesetzt.

Bei über 3 Promille Blutalkohol kommt es zur allmählichen Lähmung des Nervensystems, zum Erlöschen der geistigen Fähigkeiten und zu einem schweren tiefen Schlaf.

Ab 4 Promille ist der Tod möglich, auch wenn dieser selten eintritt, meist nach mehrstündiger Bewusstlosigkeit und eher bei begleitenden Erkrankungen.

Hinweise auf ein Alkoholproblem

Kontrollverlust: Man trinkt, obwohl man weiß, dass man eigentlich aufhören müsste, kann jedoch seinen eigenen Alkoholkonsum nicht mehr beherrschen.

Gewohnheit: Man trinkt aus Gewohnheit, ohne sich großartig etwas dabei zu denken, und erreicht einen täglichen Alkoholkonsum von mehr als 60g.

Psychische Abhängigkeit: Man hat das Gefühl, mit unbedingter Notwendigkeit Alkohol zu sich nehmen zu müssen. Man will und kann auf Alkohol nicht mehr verzichten und man ist nicht mehr in der Lage, einige Wochen ohne Alkohol auszukommen.

Dosissteigerung: Die Menge des konsumierten Alkohols wird über die Jahre hinweg immer größer; man benötigt immer mehr Alkohol um dieselbe Wirkung zu erzielen.

Entzugserscheinungen: Bei fortgeschrittener Alkoholabhängigkeit kommt es dann auch zum Auftreten von Ent-

zugserscheinungen, sobald Alkohol über einen längeren Zeitraum nicht mehr konsumiert wird. Dies reicht von morgendlichem Tremor, Unruhe, morgendlichem Brechreiz und Übelkeit über starkes Schwitzen bis zum deliranten Zustandsbild oder epileptischen Entzugsanfällen.

Früherkennung

Bei der Früherkennung der Alkoholabhängigkeit können indirekte und direkte Verfahren angewendet werden.

Indirekte Verfahren sollen eventuelle, Krankheits-spezifische Dissimulations- und Bagatellisierungs-Tendenzen von Seiten der Patienten umgehen und eine möglichst objektive Beurteilung ermöglichen. Neben einer klinisch-psychiatrischen Diagnostik haben hier typische Laborparameter große Aussagekraft. Von Bedeutung sind Leberparameter wie die Gamma-glutamyltransferase (GGT), die Transaminasen (GOT, GPT), das mittlere Erythrozyten-Zellvolumen (MCV) und das Carbohydrate-deficient transferrin (CDT). Diese Werte können durch übermäßigen Alkoholkonsum erhöht sein, wobei zur exakten Diagnostik das Gesamtbild der pathologischen Veränderungen betrachtet werden muss. Die CDT-Diagnostik wird häufig auch bei Amts-ärztlichen Untersuchungen eingesetzt, da dieser Wert auch bei mehrwöchiger Abstinenz einen exzessiven Alkoholkonsum nachweisen kann. Über eine eventuelle Alkoholabhängigkeit können Laborwerte jedoch keine Auskunft geben, da sie lediglich einen erhöhten, schädlichen Konsum bezeugen. Trotzdem hat die Erhebung der Laborparameter ihre Berechtigung, da sie zusammen mit der klinischen Diagnostik für den behandelnden Arzt der Anlass sind, auch direkte Verfahren einzusetzen, um den Patienten schließlich zu einer Verhaltensänderung motivieren zu können.

Direkte Verfahren fördern Selbstaussagen von Patienten und bieten einen sensitiveren Zugang als indirekte Verfah- ▶▶

AUDIT-C-Screening-Test

• Wie oft trinken Sie Alkohol?

Nie	0
Einmal im Monat oder seltener	1
Zwei- bis viermal im Monat	2
Zwei- bis dreimal die Woche	3
Viermal die Woche oder öfter	4

• Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann an einem Tag? (ein Glas entspricht 0,33 l Bier, 0,25 l Wein, 0,02 l Schnaps)

1 bis 2 Gläser pro Tag	0
3 bis 4 Gläser pro Tag	1
5 bis 6 Gläser pro Tag	2
7 bis 9 Gläser pro Tag	3
10 oder mehr Gläser pro Tag	4

• Wie oft trinken Sie an einem Tag sechs oder mehr alkoholische Getränke?

Nie	0
Seltener als einmal im Monat	1
Jeden Monat	2
Jede Woche	3
Jeden oder fast jeden Tag	4

Bei einem Gesamtpunktwert von 4 oder mehr bei Männern und 3 oder mehr bei Frauen ist der Test positiv im Sinne eines erhöhten Risikos für Alkohol-bezogene Störungen und spricht für die Notwendigkeit weiteren Handelns.

Tab. 2



ren. Wichtig ist hier eine empathische und wertschätzende Vorgangsweise, um die Sucht-typischen Abwehrmechanismen möglichst gering zu halten. Diagnostisch hilfreich und bewährt sind standardisierte direkte Verfahren wie der „alcohol use disorder identification test“ (AUDIT). Der AUDIT-C ist eine Kurzversion, die ausschließlich die drei Konsumfragen des AUDIT beinhaltet.

Klinische Hinweise

a) Somatische Zeichen

- Foetor alcoholicus (zum Zeitpunkt der Untersuchung)
- Leberhautzeichen (Spider naevi), Lebervergrößerung
- Gerötete Konjunktiven
- Unspezifische Oberbauchbeschwerden, Übelkeit am Morgen
- Morgendliches Erbrechen
- Aufgedunsenes Gesicht, Gesichtsröte
- Erhöhte Schweißneigung, Palmarerythem
- Palpitationen, Hypertonie
- Epileptische Anfälle in der Vorgeschichte, periphere Neuropathie, feinschlägiger Tremor, Gangunsicherheit
- Malnutrition, Gewichtsverlust, Voralterung
- Typischer Habitus (Bierbauch, Kontrast zu Muskelatropie in den Beinen)
- Gehäufte Bagatellunfälle

b) Psychiatrische Hinweise

- Schlafstörungen
- Erhöhte Reizbarkeit, verminderte Impulskontrolle
- Jovialität, Anpassungsfähigkeit bis zur Kritiklosigkeit, Distanzlosigkeit
- Depression
- Angst
- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Auffällige Bagatellisierungstendenz

c) Psychosoziale Hinweise

- Eheliche oder sexuelle Probleme
- Familiäre Probleme

- Probleme am Arbeitsplatz (häufige Arbeitsunfähigkeit)
- Alkohol-bedingte Probleme im Straßenverkehr (zum Beispiel Führerscheinvertust)
- Unpünktlichkeit und Unzuverlässigkeit
- Kurze, aber häufige Fehlzeiten vor/nach dem Wochenende; Entschuldigung häufig durch Dritte (zum Beispiel Ehepartner)
- Zunehmende Unfallhäufigkeit (Arbeits- und Wegeunfälle)
- Schwankendes Leistungs- und Durchhaltevermögen
- Vergesslichkeit (zum Beispiel von Arbeitsaufträgen, Verabredungen, Zwischenfällen)

Frühintervention

Der wichtigste Faktor bei der Behandlung eines Alkoholproblems ist der Zeitpunkt der Erst-Intervention. Je früher auf ein bestehendes Alkoholproblem reagiert wird, umso eher ist ein schwerer Krankheitsverlauf abzuwenden. In vielen Fällen geht ein chronischer Alkoholmissbrauch nach einiger Zeit in eine Alkoholabhängigkeit über, wobei meist eine intensive Entzugsbehandlung - oft auch in einem stationären Setting - notwendig wird. Hier ist dann auch in aller Regel die lebenslange Abstinenz das einzige Behandlungsziel. Dies ist allerdings für eine große Zahl der Patienten kein attraktives Ziel, da der Wunsch nach einem „kontrollierten“ Konsum meist sehr ausgeprägt ist und einen Hauptgrund für wiederholte Rückfälle in alte Trinkmuster darstellt. Auch aus diesem Grund wäre es hilfreich, den Betroffenen möglichst frühzeitig zu einer Behandlung zu motivieren, da die Chance auf eine Reduktion der Trinkmenge zu einem kontrollierten, sozialen Konsum hier noch möglich sein kann. Außerdem aggravierend auf Grund der Chronizität der Erkrankung körperliche und psychische Alkohol-bedingte Störungen und können bei früher Intervention abgefangen und gut behandelt werden, bevor eventuelle bleibende Schäden entstehen.

In der Ordination sind oft Hausärzte diejenigen, die zuerst die Symptome eines Alkoholproblems entdecken. Hier können und müssen bereits erste wichtige Interventionen gesetzt werden.

Der erste Schritt zu einer erfolgreichen Intervention ist wohl der Beziehungsaufbau, das heißt: Beim Erstgespräch eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen, in der sich der Patient sicher und verstanden fühlt und möglichst frei und ohne Angst vor etwaigen Konsequenzen über seinen Alkoholkonsum reden kann. In diesem ersten Gespräch soll der Alkoholkonsum genau exploriert werden. Von Bedeutung sind hier der Konsumverlauf, vom Beginn des sozialen Trinkens über einen eventuellen Übergang zu einem problematischen Konsum mit Toleranzentwicklung und Steigerung der Trinkmenge bis zu den Symptomen des pathologischen Trinkens mit Kontrollverlust und Entzugssymptomen. Weiters wichtig sind häufige Trinksituationen und auch das Trinkmuster, ob der Konsum täglich oder fallweise stattfindet, ob und wie häufig ein Rausch auftritt und ob über den Tag verteilt getrunken wird oder eher ausschließlich abends oder auch nur am Wochenende. In weiteren Gesprächen sollte die Funktionalität des Trinkens näher beleuchtet werden, um Sucht-auslösende und Sucht-erhaltende Faktoren herausarbeiten zu können.

Bei Verdacht auf ein mögliches Alkoholproblem sollte diese Verdachtsdiagnose mittels Fragebögen wie AUDIT überprüft werden. Laborparameter (Leberwerte, CDT, MCV) tragen als Ausgangspunkt für eine Verlaufskontrolle bei. Erhärtet sich der Verdacht für einen Alkoholmissbrauch oder eine Alkoholabhängigkeit, ist dies dem Patienten auch klar und eindeutig mitzuteilen. Ein direktes Ansprechen kann helfen, die für Suchtkranke typischen Verleugnungs- und Bagatellisierungs-Tendenzen zu durchbrechen, da der Betroffene merkt, dass sein übermäßiger Konsum für



►► seine Umwelt doch sichtbarer ist, als er angenommen hatte. Der nächste Schritt ist die Motivation zu einer Reduktion der Trinkmenge oder auch zu einer Alkoholabstinenz, wie dies bei der Diagnose einer Abhängigkeit in aller Regel auch notwendig ist. Jedoch können sich speziell diesen Punkt - die vielleicht lebenslange Abstinenz - viele Betroffene nicht vorstellen und er stellt für sie auch kein attraktives Behandlungsziel dar. Dies gilt es am Anfang der Behandlung auch zu respektieren, um den Patienten nicht unter Druck zu setzen und damit einen guten ärztlichen oder therapeutischen Kontakt zu gefährden.

In den meisten Fällen empfiehlt sich, für die Abstinenz einen begrenzten Zeitraum von einigen Wochen als primäres Behandlungsziel zu definieren und erst nach diesem Zeitraum gemeinsam neue Ziele zu suchen.

Speziell Hausärzte können in der Praxis oft erste wichtige Interventionen setzen, um in weiterer Folge den Betroffenen dann in eine Spezialeinrichtung für Suchtkranke weiterzuvermitteln. Viele Patienten haben jedoch genau vor diesem Schritt große Angst, da sie sich dann stigmatisiert fühlen. Wichtig ist dabei, ihnen die Angst zu nehmen und vielleicht gleich gemeinsam mit dem Patienten ein erstes Beratungsgespräch in einer Spezialambulanz zu vereinbaren. Dieses soll auch anonym und ohne weitere Verpflichtungen für den Patienten möglich sein.

Oft ist es nötig, den Patienten regelmäßig wieder zu bestellen, um an der Einsicht und an der Behandlungsmotivation weiterzuarbeiten. Wieder erhobene Laborwerte dienen dabei der Verlaufskontrolle.

In jedem Fall müssen Komorbiditäten, die durch den Alkoholkonsum verschleiert wurden, diagnostiziert und

therapiert werden. Es wird ein „Rückfallmanagement“ besprochen: möglichst früher Arztkontakt, gegebenenfalls durch bestimmte Angehörige, vereinbarte stationäre Aufnahme, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, eventuell erneuter ambulanter Entzug. Auch nach einer Entzugsbehandlung sind ein Rückfallmanagement, regelmäßige Arzttermine mit Laborkontrollen, Teilnahme an Selbsthilfegruppen und eine Therapie von eventuellen Komorbiditäten erforderlich.

Diagnose der Alkoholabhängigkeit

Das Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 beschreibt eine Gruppe von Verhaltensphänomenen sowie kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. An erster Stelle steht hier ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren. Dieser starke Wunsch - auch Craving genannt - ist nicht mit dem allen gut bekannten Gusto beziehungsweise der Vorfreude auf einen bestimmten Konsum gleichzusetzen, sondern äußert sich in einem nahezu unstillbaren Verlangen, das Suchtmittel zu sich zu nehmen. Typisch ist hier das sogenannte Vernichtungsgedühl: Der Betroffene kann sich nicht vorstellen, dass der Tag oder das Leben weitergehen kann ohne Einnahme des Suchtmittels.

Als zweites Abhängigkeitskriterium wird die verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums angeführt. Das heißt: Alkoholranke nehmen sich zwar oft vor, weniger und seltener zu trinken, jedoch gelingt ihnen dies dann in den meisten Fällen nicht mehr. Als weiteres Kriterium gilt das Auftreten von Entzugssymptomen. Ein körperliches Entzugssyndrom tritt meist bei einem regelmäßigen beziehungsweise täglichen Konsum auf und äußert sich vor allem

durch Tremor, Hyperhidrosis und Insomnie, sowie auch durch innere Unruhe, morgendliche Übelkeit bis hin zum Erbrechen und findet rasch Linderung durch neuerlichen Alkoholkonsum. Wird ein solches Entzugssyndrom nicht rechtzeitig und ausreichend behandelt, kann es in ein Alkoholentzugsdelir übergehen, das durch das Auftreten von psychomotorischer Unruhe, Orientierungsstörungen und von optischen Halluzinationen gekennzeichnet ist und einen lebensbedrohenden Zustand darstellen kann. Psychische Entzugsserscheinungen wie Schlafstörungen, Angstzustände, innere Unruhe und depressive Verstimmungen können zusätzlich zu den körperlichen Symptomen auftreten.

Ein weiteres wichtiges diagnostisches Kriterium ist die Toleranzentwicklung und die damit verbundene Dosissteigerung der alkoholischen Getränke. Dies bedeutet, dass immer größere Alkoholmengen konsumiert werden müssen, um denselben Effekt zu erzielen. In der ICD-10-Diagnostik finden sich dann noch zwei weitere Kriterien: Eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zu Gunsten des Alkoholtrinkens und anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Die Alkoholkrankheit ist als eine hochkomplexe psychische Störung anzusehen, denn viele Patienten zeigen Überschneidungen verschiedenster Suchtformen, und auch oft ausgeprägte komorbide Störungen, die in bekannten kategorialen Klassifikationssystemen zu wenig berücksichtigt werden und somit dem Anspruch einer Realitäts-gerechten, umfassenden Diagnostik nicht gerecht werden. Somit erscheint ein Umdenken in Richtung mehrdimensionaler Suchtdiagnostik angemessen, welche Symptom-, Prozess-, und Pathogeneseorientiert ist. Diese beleuchtet Suchtauslösende sowie Sucht-erhaltende Faktoren ebenso wie den individuellen

Krankheitsverlauf und rückt den Menschen mit seinen Leiden stärker in den Mittelpunkt der Diagnostik.

Jeder Mensch - sei er auch noch so krank - weist aber auch gesunde Anteile auf, die nicht nur einen wichtigen, zentralen Teil seiner Persönlichkeit darstellen, sondern auch für den Weg zurück zu einem insgesamt gesünderen und freudvollen Leben von immenser Bedeutung sind.

Aus diesem Grund ist es unerlässlich, den diagnostischen Blickwinkel zu erweitern und neben den Krankheitssymptomen auch die Ressourcen des Patienten zu berücksichtigen, um sie dann in den späteren therapeutischen Prozess auch gezielt einbauen zu können.

Komorbiditäten

Eine Alkoholabhängigkeit tritt praktisch nie allein in Erscheinung. So weisen bis zu 75 Prozent der Frauen und mehr als 50 Prozent der Männer, die sich in stationärer Behandlung befinden, zumindest eine komorbide Störung auf; viele von ihnen haben zwei oder auch mehrere zusätzliche psychische Erkrankungen. Bei rund einem Drittel der Alkoholkranken findet man im Laufe ihres Lebens die Kriterien einer Angststörung; noch höher ist der Prozentsatz bei depressiven Erkrankungen. Besonders zu betonen ist, dass Alkoholranke eine überaus hohe Suizidalitätsrate (bis zu 35 Prozent der Alkoholkranken) aufweisen. Auch mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen zeigt die Alkoholkrankheit enge Verbindungen. So finden sich bei ihnen bis zu 50 Prozent Merkmale einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehungsweise antisoziale Persönlichkeitsstörungen. Besonders hoch ist die Komorbidität auch mit anderen Formen von Abhängigkeitserkrankungen wie Nikotinabhängigkeit (bis zu 85 Prozent) und Medikamentenmissbrauch

(bis zu 40 Prozent). Die enge Verbindung der Alkoholabhängigkeit zu anderen psychischen Störungen erfordert eine genaue Differentialdiagnose, die weit über die eigentliche Sucht-Diagnostik hinausgeht. Dies umso mehr, als die genannten Störungen nicht nur die Suchtkrankheit begleiten, sondern sehr oft selbst als Krankheits-erhaltende Faktoren wirksam werden und dementsprechend auch bei einer Pathogenese-orientierten Therapieplanung Berücksichtigung finden müssen.

Therapie der Alkoholabhängigkeit

Bei der Behandlung der Alkoholkrankheit muss der Komplexität dieser Erkrankung und ihrer mannigfachen Bedingungskonstellationen mit ebenso komplexen Behandlungsmaßnahmen begegnet werden. Vielerorts gilt die absolute Abstinenz immer noch als einziges Therapieziel. Ohne Zweifel ist bei einer diagnostizierten Alkoholkrankheit mit all ihren Abhängigkeitssymptomen der Versuch, kontrolliert zu trinken, nach allen bisherigen Erfahrungen nicht erfolgreich. Dennoch ist es nur schwer nachvollziehbar, warum bei Alkoholkranken ausschließlich Forderungen nach absolutem Behandlungserfolg gestellt werden, die wir als verantwortungsbewusste Ärzte an Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen - sei es eine Hypertonie oder ein Diabetes - in dieser Form nie stellen würden. Ebenso wie bei anderen schweren chronischen Erkrankungen stellt somit ein Krankheitsrezidiv, das heißt ein Rückfall, einen zwar ungewünschten, aber doch zu akzeptierenden Teil der Erkrankung dar.

Der erste Schritt zu einer erfolgreichen Behandlung ist, den Patienten in seinem Vertrauen zu sich und in die Therapie so weit zu stärken, dass er sich ein erfolgreiches Mitwirken zutrauen kann. Von besonderer Wichtigkeit ist hierbei eine umfassende



Aufklärung über die Erkrankung in ihrer ganzen Komplexität und des Weiteren das genaue Informieren über alle Behandlungsmöglichkeiten. In einem Erstgespräch wird dann nach genauer psychiatrischer Exploration mit dem Patienten gemeinsam ein individueller Therapieplan erstellt. Prinzipiell kann die Behandlung ambulant oder stationär erfolgen. Eine stationäre Behandlung ist bei schwerer körperlicher Abhängigkeit, bei nur mäßig erfolgreichen ambulanten Therapieverläufen, bei schwerwiegenden komorbiden Störungen und/oder bei massiven psychosozialen Problemen als Krankheits-erhaltende Faktoren ratsam. Die Vorteile der stationären Behandlung liegen in den meist intensiveren Möglichkeiten der medizinischen Be- ►►



▶▶ handlung, Diagnostik und auch der Therapie. Außerdem bietet eine stationäre Aufnahme einen geschützten Rahmen und einen vorübergehenden Abstand zu belastenden Lebenssituationen, die dann aus diesem Abstand heraus oft besser therapeutisch bearbeitet werden können. Bei der ambulanten Behandlung wiederum ist es von Vorteil, dass der Patient in seiner gewohnten Umgebung weiterlebt und das Umfeld auch aktiv besser in den therapeutischen Prozess eingebunden werden kann. Außerdem fließt das Wissen über Sucht-auslösende Faktoren direkt in die Behandlung ein und die in der Therapie erlernten Strategien können sofort ziel führend umgesetzt werden.

Bei einer körperlichen Abhängigkeit sollte so früh als möglich - vor dem Auftreten erster Entzugsserscheinungen - mit einer Entzugsbehandlung begonnen werden. Auf diese Weise gelingt es in der Regel, ein Delirium tremens, die schwerste und gefährlichste Form des Entzugssyndroms, zu verhindern. Die medikamentöse Behandlung erfolgt mit Hilfe von Tranquilizern, die in ausreichender Dosierung und dann ausschleichend bis zum Sistieren der Entzugssymptomatik zu verabreichen sind. In Frage kommen hier alle Substanzen aus der Gruppe der Tranquillantien, die eine vegetative Hyper-Arousal gut coupieren können, wobei sich Substanzen mit einer mittleren Halbwertszeit ohne aktive Metaboliten bewährt haben (zum Beispiel Oxazepam). Die Entzugs-Medikation muss rechtzeitig und in ausreichender Dosierung verordnet werden; sie muss jedoch - sobald das Entzugssyndrom abgeklungen ist (in der Regel nach sieben bis zehn Tagen) - wieder ausgeschlichen und abgesetzt werden, da diese selbst ein nicht unerhebliches Suchtpotential aufweist. Zusätzlich empfiehlt es sich zur Prophylaxe eines eventuellen Entzugsanfalls - einer weiteren Komplikation des Entzugssyndroms - vorübergehend Antiepileptika einzusetzen. Wichtig ist es

auch, möglichst bald nach dem Abklingen der schweren Entzugssymptome mit der Behandlung eventueller komorbider Störungen zu beginnen, da sonst die Gefahr eines Rückfalls deutlich höher ist. Als Rückfallprophylaxe haben sich Anticraving-Substanzen wie Naltrexon und Acamprosat bewährt und können jederzeit - am besten nach der Entzugsphase und über einen mindestens mehrmonatigen Zeitraum - verordnet werden.

Nach der Entzugsphase ist im Rahmen eines individuellen, modularen Behandlungsprogramms auch an der Ergründung von Sucht-auslösenden und Suchterhaltenden Faktoren im Rahmen einer Gruppen- und Einzelpsychotherapie zu arbeiten. Um eventuelle soziale Problemfelder zu lösen, sollte eine psychosoziale Betreuung bereitgestellt werden.

Weiters ist es unerlässlich, auch die Ressourcen des Patienten aufzudecken und zu aktivieren, da diese die größte Unterstützung für ein künftig suchtfreies, freudvolles Leben darstellen. Im Rahmen einer Ressourcen-orientierten Behandlung wird es dem Kranken ermöglicht, neben einer medizinischen, psychosozialen und psychotherapeutischen Behandlung, dass die nötige Atmosphäre und Spielräume geschaffen werden, um sich dort nach eigenen Wünschen und Vorstellungen selbst zu entfalten und jene individuellen Stärken zu finden, die es braucht, um den Stellenwert des Suchtmittels zu minimieren. Es gilt dabei, vergessene Interessen wieder zu entdecken beziehungsweise neue Möglichkeiten freizulegen und auszubauen, um später den Verlockungen des Suchtmittels wirksam entgegenzutreten zu können.

Zusammenfassung

Die Alkoholabhängigkeit als eine hochkomplexe Erkrankung bedarf einer exakten Frühdiagnostik, um sie möglichst frühzeitig zu erkennen und mit

geeigneten Behandlungsmaßnahmen zu beginnen. Hier haben vor allem Hausärzte, die oft die erste Anlaufstelle der Betroffenen sind, eine besonders wichtige Aufgabe. Sie können in einer empathischen, verständnisvollen Atmosphäre aufklären und erste Schritte zu einer weiterführenden, spezifischen Behandlung setzen. Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit muss komplexe, individuelle Therapieangebote umfassen, die den Patienten nicht nur bei der Behandlung seiner Krankheitssymptome und komorbider Störungen unterstützen, sondern auch die Möglichkeit geben sollten, seine eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten (wieder) zu entdecken, um diese als fruchtbringende Basis für ein autonomes und freudvolles Leben einsetzen zu können. ◀◀

Literatur bei den Verfassern

***) Univ. Prof. Dr. Michael Musalek, Dr. Roland Mader;**

Anton Proksch-Institut –
Therapiezentrum für Abhängigkeiten,
Gräfin-Zichy-Str. 6,
Kalksburg, 1230 Wien;
Tel.: 01/88 010-0;
E-Mail: musalek@api.or.at

Herausgeber:

Anton Proksch-Institut Wien

Lecture Board:

Univ. Prof. Dr. Reinhard Haller/
Leiter Krankenhaus Maria Ebene
Univ. Prof. Dr. Christian Haring/
Landeskrankenhaus Hall,
Psychiatrie und Psychotherapie B
A.o. Univ. Prof. Dr. Martin Kurz/
Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz,
Zentrum für Suchtmedizin

