

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Alkoholkrankheit – bewährte und
neue Behandlungsmöglichkeiten //**
**Alcohol Use Disorder – Approved and
new Treatment-Options**

Scheibenbogen O, Mader R

Musalek M

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2016; 17 (3), 102-108

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

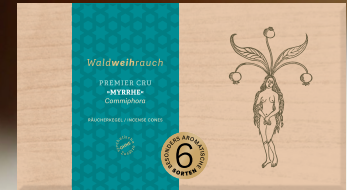
Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



www.waldweihrauch.at

Alkoholkrankheit – bewährte und neue Behandlungsmöglichkeiten

O. Scheibenbogen, R. Mader und M. Musalek

Kurzfassung: In der Behandlung der Alkoholabhängigkeit stehen neben bewährten auch neue medikamentöse und therapeutische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die der hohen Komplexität dieser Erkrankung Rechnung tragen. Der Übersichtsartikel beschäftigt sich einerseits mit den sich aus der Veröffentlichung des DSM-5 ergebenden grundlegenden Veränderungen in der Diagnose substanzbezogener Störungen. Andererseits werden ergänzende und auf den ersten Blick sogar konträre neue Ansätze in der medikamentösen und psychologischen Behandlung der Alkoholkonsumstörung vorgestellt und kritisch diskutiert. Im Fokus therapeutischer Interventionen steht dabei die ressourcenorientierte

Arbeit zur Steigerung eines nachhaltigen Therapieerfolgs.

Schlüsselwörter: Alkoholabhängigkeit, Suchtbehandlung, Alkoholkonsumstörung, kompetenter Gebrauch, Selbstwirksamkeitserwartung, soziale Unterstützung

Abstract: Alcohol Use Disorder – Approved and new Treatment-Options. In addition to the tried-and-tested forms of treatment, there are a range of new drug-based and therapeutic options available to treat alcohol dependence, which reflect the highly complex nature of this disorder.

This overview article deals with the fundamental changes in the diagnosis of substance-related disorders as a result of the publication of DSM-5. It also introduces and subjects to critical analysis supplemental, and at first sight seemingly contradictory, approaches in the drug-based and psychological treatment of alcohol consumption disorders. Such therapeutic interventions focus on resource-oriented work to increase the long-term success of treatment. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2016; 17 (3): 102–8.**

Key words: alcohol addiction, addiction treatment, alcohol use disorder, controlled drinking, self-efficacy, social support

■ Einleitung

Übermäßiger Alkoholkonsum und die Alkoholabhängigkeit gehören zu den größten Herausforderungen, mit denen Ärzte in der täglichen Praxis konfrontiert sind – dies nicht nur im Bereich der Psychiatrie, sondern auch in vielen anderen Fachgebieten. Geschätzte 340.000 Österreicher sind alkoholkrank, nahezu jeder vierte Erwachsene konsumiert Alkohol in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß [1]. Obwohl die Gesamtzahl der Alkoholkranken in Europa in den letzten Jahren nahezu gleich geblieben ist [2], nimmt der relative Anteil der Frauen deutlich zu, der der Männer sinkt leicht ab. Rund 10 % 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 unbehandelten weiblichen Alkoholkranken ist um durchschnittlich 20 Jahre, die von männlichen um 17 Jahre reduziert [3].

Die meisten Problemkonsumenten findet man derzeit bei den 30–39-jährigen, die meisten täglichen Alkoholkonsumenten bei den > 70-jährigen. Die österreichischen Jugendlichen sind hinsichtlich des Alkoholkonsums nicht die Hauptproblemgruppe, auch wenn bei Jugendlichen doch eine deutliche Zunahme des täglichen Alkoholkonsums in den letzten 10 Jahren zu bemerken ist. Verantwortlich für diesen Trend des Vorverlegens des regelmäßigen Alkoholkonsums ist der generelle Akzelerationseffekt im Sinne eines früheren Reifens und einer früheren Selbständigkeit der Jugendlichen [1].

Im internationalen Vergleich liegt Österreich im jährlichen Pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols der Bevölkerung über

dem 15. Lebensjahr [4] mit 12,2 Liter nach Luxemburg (15,3 Liter) an zweiter Stelle. Durchschnittlich konsumiert der erwachsene Österreicher pro Jahr damit 2,71 Liter reinen Alkohols (theoretische 100 Volumsprozent) mehr als der OECD-Durchschnitt. Berücksichtigt man hierbei die Art des alkoholischen Getränks, so zeichnet vor allem der hohe Bierkonsum (6,4 Liter reinen Alkohols pro Jahr) dafür verantwortlich. Während Österreich beim Bierkonsum 2007 international an dritter Stelle nach Tschechien und Luxemburg gelegen ist [4], belegt Österreich beim Weinkonsum nur mehr den sechsten Platz (4,4 Liter). Der Spirituosenkonsum, angeführt von Estland (9,6 Liter), der russischen Föderation (6,36 Liter) und Weißrussland (5,88 Liter), liegt in Österreich lediglich bei 1,7 Liter und spielt für den Gesamt-Pro-Kopfverbrauch eine untergeordnete Rolle [5].

■ Der Wandel in der Diagnostik substanzbezogener Störungen

Der hohe Alkoholkonsum in westlichen Ländern und die damit einhergehenden psychosozialen Probleme werfen seit vielen Jahrzehnten die Frage nach einer Früherkennung problematischer und pathologischer Konsumverläufe auf. Davon verspricht sich einerseits die Gesundheitspolitik Möglichkeiten der Einflussnahme auf den Genesefaktor der Verfügbarkeit, andererseits können gesundheitsbezogene Maßnahmen im Sinne der Ökonomie wesentlich effizienter in Prävention und Behandlung investiert werden. Bis dato orientiert sich das diagnostische Vorgehen an den Kriterien des Alkoholmissbrauchs sowie der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 [6], die – als Basis für die Beschreibung der neuen Trends in der Suchtbehandlung – im Folgenden näher vorgestellt werden.

Das Abhängigkeitssyndrom beschreibt eine Gruppe von Verhaltensauffälligkeiten sowie psychischen und körperlichen Phänomenen, die sich im Rahmen von wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. An erster Stelle steht hier der starke Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren. Die

Eingelant am 07.04.2015, angenommen nach Review am 18.08.2015, Pre-Publishing Online am 10. Dezember 2015

Aus dem Anton-Proksch-Institut Wien

Korrespondenzadresse: Dr. Oliver Scheibenbogen, Bereich Klinische Psychologie, Anton-Proksch-Institut, A-1230 Wien, Gräfin-Zichy-Straße 6; E-Mail: oliver.scheibenbogen@api.or.at

ser starke Wunsch, auch Craving genannt, ist nicht mit dem allen gut bekannten „Gusto“ bzw. der Vorfreude auf einen bestimmten Konsum gleichzusetzen, sondern äußert sich in einem nahezu unstillbaren Verlangen, das Suchtmittel zu sich zu nehmen. Als zweites Abhängigkeitskriterium wird die verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums angeführt. Selbst gesetzte Limitierungen oder auch Trinkregeln können immer schwieriger eingehalten werden und führen zu einem radikalen Verlust der Selbstbestimmung in Bezug auf den Konsum. Als weiteres Kriterium gilt das Auftreten von Entzugssymptomen. Ein körperliches Entzugssyndrom tritt meist bei regelmäßigem bzw. täglichem Konsum auf und äußert sich vor allem durch Tremor, Hyperhidrosis und Insomnie, sowie auch durch innere Unruhe, morgendliche Übelkeit bis Erbrechen und findet vorerst rasche 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 Entzugserscheinungen 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. Um dieselbe Wirkung zu erzielen, müssen immer größere Alkoholmengen konsumiert werden. Die ICD-10-Diagnostik beschreibt als weitere Kriterien dann auch eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zu Gunsten des Alkoholkonsums und den anhaltenden Konsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Bei der Diagnose „Abhängigkeit“ müssen – nach der in Österreich üblicherweise verwendeten Klassifikation ICD-10 – während des letzten Jahres drei oder mehr der in Tabelle 1 genannten Kriterien zutreffen.

Ein anderer diagnostischer Zugang als jener über negative Konsequenzen des Trinkens ist die Fokussierung auf die Alkoholmenge selbst. Dieser Zugang vernachlässigt zwar alle psychodynamischen Aspekte der Sucht, ist aber für eine erste Abschätzung des quantitativen Missbrauchs seit Jahrzehnten von hoher praktischer Relevanz. Die „Harmloskeitsgrenze“ – laut Weltgesundheitsorganisation jene Alkoholmenge, die ein gesunder Erwachsener täglich zu sich nehmen kann, ohne mit körperlichen Folgeerkrankungen rechnen zu müssen – liegt beim Mann bei 24 g reinem Alkohol pro Tag und bei der Frau bei 16 g reinem Alkohol pro Tag. Diese durchschnittlich 20 g reinen Alkohols entsprechen einem halben Liter Bier oder einem Viertel Liter Wein. Mit der „Gefährdungsgrenze“ wird die Grenze bezeichnet, ab der ein Alkoholkonsum als gesundheitsgefährdend eingestuft wird. Dieser liegt beim Mann bei 60 g reinem Alkohol pro Tag und bei der Frau bei 40 g reinem Alkohol pro Tag. Darüber hinaus empfiehlt die WHO einen – besser zwei – alkoholfreie Tage pro Woche.

Auch diese Definition ist aus zwei Gründen nicht unproblematisch: Einerseits lässt sie die psychische Abhängigkeit völlig außer Acht und sorgt dafür, dass sich Betroffene zu Unrecht

Tabelle 1: ICD-10-Kriterien der Alkoholabhängigkeit (Kurzversion)

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Nachweis einer Toleranzentwicklung
4. Körperliches Abstinenzsyndrom
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
6. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger, schädlicher Folgen

sicher fühlen (falsch negative Diagnose); andererseits ist ihr Wert für die Beurteilung von rauschhaften Trinkmustern marginal. Gerade jene Betroffenen mit Rauschtrinken, die Alkohol letztlich wie ein Medikament gegen negative Gefühlszustände in einer Art Selbstmedikation einsetzen, werden jedoch immer häufiger.

Betrachtet man die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms, als auch jene des schädlichen Gebrauchs (Missbrauch) in Bezug auf ihre Relevanz für die Früherkennung der Alkoholproblematik, so wird rasch deutlich, dass diese viel zu spät im Verlauf einer Suchterkrankung eine adäquate Diagnosestellung erlauben. Mit anderen Worten: Die Sensitivität dieses diagnostischen Vorgehens ist gerade in den Initialstadien der Erkrankung minimal. Das stellt Ärzte aller Fachrichtungen, klinische Psychologen, Therapeuten und andere Berufsgruppen vor große Herausforderungen [7, 8]. So verwundert es kaum, dass zwischen dem Auftauchen erster suchtspezifischer Probleme und der Inanspruchnahme fachlicher Hilfeleistungen bei Männern durchschnittlich 11,3 Jahre und bei Frauen 6,5 Jahre vergehen [1]. Wie bei anderen chronisch progredienten Erkrankungen gilt auch für die Suchterkrankung: je später der Behandlungsbeginn, desto schlechter die Prognose.

Mit der Veröffentlichung des DSM-5 [9], dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in der fünften Auflage, bahnen sich auch für den europäischen Raum grundlegende Veränderungen in der Diagnose substanzbezogener Störungen an. Eine Reihe von Befunden stützt die Zusammenführung von Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit zu einem gemeinsamen Störungsbild, der „Substance Use Disorder“, oder in deutscher Sprache etwas unvorteilhaft als „Substanzgebrauchsstörung“ bezeichnet. Im Mai 2013 wurde das in Amerika verbreitete Klassifikationssystem DSM-5 veröffentlicht. Hier finden sich doch markante Veränderungen gegenüber dem Vorgänger DSM-IV. Neben einem formalen Wechsel von römischen zu arabischen Ziffern soll hier bereits auf Symptomebene der kategoriale Ansatz durch einen dimensional ersetzt werden; statt dichotomen Entscheidungen (trifft zu vs. trifft nicht zu) gibt es eine Einstufung nach Schweregrad. Durch das Einbeziehen der Frühstadien einer Alkoholkrankheit können zukünftig diagnostisch deutlich mehr Menschen mit Behandlungsbedarf erfasst werden.

In Europa hat primär das ICD-Klassifikationssystem Bedeutung. Hier bleibt abzuwarten, ob in der nächsten Revision (ICD-11) eine ähnliche Einteilung und Neustrukturierung erfolgen wird. Es gilt jedoch aufgrund der Erfahrungen bei der

Tabelle 2: DSM-5 Kriterien für Alkoholkonsumstörung, „Alcohol use disorder“

1. Wiederholter Alkoholgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt
2. Wiederholter Alkoholgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. Fortgesetzter Alkoholgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis
5. Entzugssymptome oder deren Linderung bzw. Vermeidung durch Alkoholkonsum
6. Einnahme von Alkohol in größeren Mengen oder länger als geplant
7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren
8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum von Alkohol oder um sich von seiner Wirkung zu erholen
9. Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Alkoholkonsums
10. Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme
11. Craving, das starke Verlangen nach Alkohol

Einführung und Überarbeitung vergangener Diagnosemanuale als sehr wahrscheinlich, dass hier eine Angleichung an das amerikanische System erfolgen wird.

Zum besseren Verständnis der eventuellen zukünftigen diagnostischen Veränderungen werden in Tabelle 2 die DSM-5-Diagnosekriterien näher vorgestellt. Hier müssen mindestens 2 Merkmale innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums erfüllt sein, bei 2 bis 3 Kriterien ist die Diagnose „leichte Alkoholkonsumstörung“ zu stellen, bei 4 bis 5 Kriterien eine „moderate“ und bei mehr als 6 Kriterien eine schwere Störung. Dies entspricht in etwa der Einteilung in die alten Kategorien Missbrauch und Abhängigkeit, diese finden sich hier jedoch auf einer Dimension unterschiedlichen Ausprägungsgrades mit den beiden Endpolen gesund und schwer krank.

■ Implikationen der Veränderungen in der Diagnostik für Behandlung und Therapie

Diese Veränderungen in der Diagnostik der Substanzkonsumstörung bedingt auch eine Adaptation und teilweise Neukonzeption der Behandlung als auch der Therapieziele. Die Abstinenz kann nicht länger als Endziel in der Suchtbehandlung angesehen werden, sie ist vielmehr Basis für einen Transformationsprozess zur Lebensneugestaltung. Aus motivationaler und volitionaler Sicht geht es um das (Wieder-) Erlangen eines autonomen, souveränen und freudvollen Lebens – ein Therapieziel, welches bei Betroffenen auf wesentlich mehr Akzeptanz stößt als die bloße Abstinenz.

Bei milden und moderaten Konsumverläufen, die die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms (noch) nicht vollständig erfüllen, kann der kompetente Gebrauch eine zusätzliche Behandlungsoption darstellen. Hierfür steht seit kurzer Zeit auch mit Nalmefen ein neues Medikament unterstützend zur Verfügung, das – bei intendiertem Konsum vorab eingenommen – eine Reduktion der Trinkmenge erreichen kann [10].

Tabelle 3: Psychiatrische Erkrankungen und komorbide Alkohol- und Drogenabhängigkeit.

Psychische Störung	Alkoholabhängigkeit		Drogenabhängigkeit	
	%	OR	%	OR
Schizophrenie ¹	24,0	3,8	12,9	4,2
Major Depression ^{1,2}	11,6	1,6	10,7	3,7
	26,4	2,7	15,4	2,8
Dysthymie ^{1,2}	18,9	3,9	10,8	3,6
	28,7	1,0	16,7	2,5
Angststörungen ^{1,2}	12,2	1,8	6,9	2,4
	44,9	2,2	55,4	3,3
Antisoziale PS ^{1,2}	51,5	14,7	30,8	15,6
	37,1	9,9	43,9	9,8
Borderline PS	49		38	
Traumatisierung ³		6,5 ^a		6,6 ^a
		3,2 ^b		3,6 ^b

¹ECA Epidemiologic Catchment Area Programm [19]; ²NCS National Comorbidity Survey [20]; ³Zwillingsstudie [21]; ^aMissbrauch mit Geschlechtsverkehr; ^bMissbrauch mit intemem Kontakt, aber ohne Geschlechtsverkehr

Durch diese zusätzliche Therapieoption des kompetenten Gebrauchs in den Frühstadien der Alkoholkonsumstörung wird eine weit größere Zielgruppe angesprochen. Dieser Gruppe kann einerseits die Scheu vor einer womöglich lebenslangen Abstinenz genommen werden, andererseits ist die Attraktivität der Behandlung auch durch die besseren Erfolge bei Beginn der Therapie in den Frühstadien der Erkrankung deutlich gesteigert.

Durch nachhaltige und irreversible Umbauprozesse im Suchtgedächtnis gilt die Auflage einer „totalen Abstinenz“ jedoch nach wie vor für die schweren Abhängigkeitserkrankungen mit auch ausgeprägter körperlicher Abhängigkeit und zu erwartenden Entzugssymptomen bei einer Trinkmengenreduktion.

Die Alkoholkrankheit ist aber auch als eine in den letzten Jahrzehnten immer komplexer werdende psychische Störung anzusehen. Primäre Verläufe, mit einer Suchtentwicklung rein aus der Gewohnheit des Konsums großer Mengen Alkohols heraus, werden zu Gunsten der sekundären Verläufe, bei denen Alkohol als „Medikament zur Behandlung psychischer Probleme“ eingesetzt werden, immer seltener. Der Umgang mit komorbiden Störungen rückt daher zunehmend in den Fokus ärztlicher und therapeutischer Bemühungen innerhalb der Suchtbehandlung.

Eine Alkoholabhängigkeit tritt praktisch nie allein in Erscheinung. So weisen 75 % der Frauen und 53 % der Männer, die sich in stationärer Behandlung befinden, zumindest eine komorbide Störung auf, viele davon haben 2 oder auch mehrere zusätzliche psychische Erkrankungen (vgl. Tabelle 3). Bei rund einem Drittel der Alkoholkranken findet man im Laufe ihres Lebens die Kriterien einer Angststörung, noch höher ist der Prozentsatz bei depressiven Erkrankungen [11]. Besonders zu betonen ist, dass Alkoholranke eine überaus hohe Suizidalitätsrate (bis zu 35 % der Alkoholkranken) aufweisen. Auch mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen zeigt die Alkoholkrankheit enge Verbindungen. So finden sich in

der Gruppe der Alkoholkranken bei bis zu 50% der Betroffenen Merkmale einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörungen. Besonders hoch ist die Komorbidität auch mit anderen Formen von Abhängigkeits-erkrankungen wie Nikotinabhängigkeit (bis zu 85 %) und Medikamentenmissbrauch (bis zu 40 %). Die enge Verbindung der Alkoholabhängigkeit zu anderen psychischen Störungen macht eine genaue Differentialdiagnose erforderlich, die weit über die eigentliche Suchtdiagnostik hinausgeht. Dies umso mehr, als die genannten Störungen nicht nur die Suchtkrankheit begleiten, sondern sehr oft selbst als krankheitsauslösende als auch -erhaltende Faktoren wirksam werden [12].

Aus oben genannten Gründen ist somit ein Umdenken in Richtung mehrdimensionaler Suchtdiagnostik und eine diese Diagnostik berücksichtigende, ganzheitliche Behandlung dringend erforderlich, welche symptom-, prozess- und pathogeneseorientiert ist [13]. Diese hat nicht nur zwingend die Berücksichtigung suchtauslösender und suchterhaltender Faktoren sowie die Individualität des Krankheitsverlaufes zur Folge, sondern rückt den Menschen stärker in den Mittelpunkt von Diagnostik und Behandlung. Verfolgt man den dimensionalen Ansatz konsequent weiter, so weist jeder kranke Mensch 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.

■ Therapie

In der Behandlung der Alkoholkrankheit muss der Komplexität dieser Erkrankung und ihren 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 und hier vor allem mit körperlichen Abhängigkeitszeichen, der Versuch kontrolliert zu trinken nach allen bisherigen Erfahrungen in der Regel 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, d.h. 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 soweit 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 zur Verfügung stehenden 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 ausgeprägter körperlicher Abhängigkeit, im Falle einer bisher nur wenig er-

folgreichen ambulanten Therapie oder bei schwerwiegenden komorbiden Störungen bzw. massiven psychosozialen Problemen zu empfehlen. Vorteile in der stationären Behandlung liegen in den meist intensiveren medizinischen Behandlungs-, Diagnostik- und auch Therapiemöglichkeiten. Außerdem bietet eine stationäre Aufnahme einen geschützten Rahmen und einen vorübergehenden Abstand zu eventuell belastenden Lebenssituationen, die dann aus diesem Abstand heraus oft besser therapeutisch bearbeitet werden können, wohingegen es bei der ambulanten Behandlung von Vorteil ist, dass der Patient in seiner gewohnten Umgebung weiterlebt und das Umfeld auch aktiv in den therapeutischen Prozess eingebunden werden kann. Die in der Therapie erlernten Strategien können hier unmittelbar im Lebensalltag umgesetzt werden.

Bei einer körperlichen Abhängigkeit sollte so früh als möglich 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 mittels Tranquilizern, die in ausreichender Dosierung und dann ausschließlich bis zum Sistieren der Entzugssymptomatik zu verabreichen sind. In Frage kommen hier alle Substanzen aus der Gruppe der Tranquillantien, die ein vegetatives „Hyper-Arousal“ gut kupieren können. Sobald das Entzugssyndrom abgeklungen ist, ist auch die Gabe der Tranquilizer zu beenden, da diese selbst ein nicht unerhebliches Suchtpotential aufweisen. Zusätzlich empfiehlt es sich, zur Prophylaxe eines eventuellen Entzugsanfalls vorübergehend Antiepileptika einzusetzen, vor allem dort, wo aufgrund der Vorgeschichte bzw. der Intensität des Entzugssyndroms ein Anfallsgeschehen wahrscheinlich wird. Nach Abklingen der Entzugssymptomatik ist möglichst bald mit der Behandlung eventueller komorbider Störungen zu beginnen, da sonst die Gefahr eines Rückfalls deutlich höher ist.

Zur Rückfallprophylaxe haben sich Anti-Craving-Substanzen wie Acamprosat und Naltrexon gut bewährt und sollten zumindest über einige Monate regelmäßig, d.h. täglich eingenommen werden.

Neue pharmakologische Möglichkeiten

Seit kurzem steht auch erstmalig ein Medikament zur Reduktion des Alkoholkonsums zur Verfügung. Die Substanz Nalmefen, ein Opioidmodulator mit antagonistischer Wirkung am μ - und δ -Rezeptor und partiell agonistischer Wirkung am κ -Rezeptor. Die Resorption erfolgt rasch innerhalb von $\frac{1}{2}$ bis 2 Stunden bei relativ kurzer Halbwertszeit. Nalmefen wird nicht regelmäßig, wie bei Anti-Craving-Substanzen üblich, gegeben, sondern bei Bedarf genommen, an jenen Tagen, an denen das Risiko verspürt wird, vermehrt Alkohol zu trinken. Die Einnahme sollte möglichst 1 bis 2 Stunden vor dem Alkoholkonsum erfolgen, kann aber auch nach bereits begonnenem Trinken vorgenommen werden. Dadurch soll ein übermäßiger Alkoholkonsum verhindert und eine Reduktion der Trinkmenge gegenüber früheren Trinktagen erreicht werden. Eine Behandlung mit Nalmefen soll nur in Verbindung mit kontinuierlicher psychosozialer Unterstützung erfolgen, idealerweise wird dabei der Konsum mit Hilfe von Trinktagebüchern kontinuierlich reflektiert, um ungünstige Verläufe frühzeitig erkennen zu können.

Reduktion des Alkoholkonsums – für wen?

Prinzipiell sollte das Therapieziel „Reduktion des Konsums“ für alle Patienten, die den Wunsch nach Veränderung ihres Trinkverhaltens haben, aber sich zum derzeitigen Zeitpunkt keine Abstinenz vorstellen können, eine Therapieoption darstellen. Diese Menschen sollten bereit sein, sich auf eine kontinuierliche psychosoziale und/oder medizinische Behandlung einzulassen, um sich hier die für die Erreichung ihres individuellen Therapieziels nötige Unterstützung holen zu können, wobei das Trinkverhalten reflektiert und nötigenfalls auch verändert werden kann.

Eine Reduktion sollte kein Behandlungsziel sein bei fortgeschrittenem Krankheitsverlauf mit körperlicher Abhängigkeit und zu erwartendem Entzugssyndrom nach Alkoholreduktion. Eine ideale Patientengruppe für dieses Behandlungsziel würde sicher, nach DSM-5, die Gruppe der Menschen mit eher moderatem Konsum darstellen.

Nach der Entzugsphase sollte im Rahmen eines individuellen, modularen Behandlungssystems an der Ergründung von suchtauslösenden und suchterhaltenden Faktoren im Rahmen von Gruppen- und Einzelpsychotherapien gearbeitet werden.

Der Therapieevaluationsforschung im Suchtbereich ist es in den letzten Jahren gelungen, jene Faktoren deutlich zu identifizieren, die wesentlich zu einer Effizienzsteigerung beitragen können. Leider finden diese Erkenntnisse nur sehr langsam Eingang in die unmittelbare Arbeit mit den Betroffenen. Unter den patientenbezogenen Merkmalen gilt besonders die Selbstwirksamkeitserwartung als aussagekräftigster Prädiktor für den Therapieerfolg [14, 15]. Darunter versteht man die optimistische Überzeugung einer Person, selbst über die notwendigen personalen Ressourcen zur Bewältigung schwieriger Anforderungen zu verfügen [16]. Hinter der Selbstwirksamkeitserwartung verbirgt sich ein menschliches Grundbedürfnis – jenes der Autonomie und Selbstbestimmung. Nur unter der Voraussetzung einer Wahlmöglichkeit oder – anders formuliert – nur im Besitz bestimmter Freiheitsgrade kann sich ein Individuum auch selbstbestimmt und selbstkontrolliert erleben. Im Verlauf der Suchterkrankung schwindet zuerst die spezifische Selbstwirksamkeitserwartung, d.h. die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten, in Situationen mit erhöhter Rückfallgefahr bzw. Suchtdruck bestehen zu können und generalisiert dann – auch aufgrund der komorbiden Erkrankungen – auf viele Bereiche des Lebens. Nicht die Situation per se ist rückfallauslösend, sondern erst die Bewertung der Situation als „nicht aus eigener Kraft bewältigbar“ führt in aller Regel zum neuerlichen Substanzkonsum, wobei hier der Alkohol meist im Sinne einer Selbstmedikation verwendet wird. Personen mit einem hohen Ausmaß an Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten, und dabei spielt das Vorhandensein tatsächlicher Bewältigungsstrategien nur eine untergeordnete Rolle, sind daher in weit geringerem Maße rückfallgefährdet. Daher stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie es gelingen kann, die Selbstwirksamkeit im Rahmen einer stationären Therapie im Sinne der Rückfallprävention zu erhöhen.

Orpheus-Programm

Eine der vielversprechendsten Strategien hierbei scheint die Wiedererlangung der Genussfähigkeit zu sein. In einer wis-

senschaftlichen Begleitforschung am Anton-Proksch-Institut 2014 konnte der positive Effekt des Orpheusprogrammes im Allgemeinen sowie der therapeutischen Angebote zum Genusserleben klar nachgewiesen werden [17]. Bei jenen Patienten, die zusätzlich zum bestehenden Therapieprogramm die Gruppe zum Genusserleben in Anspruch nahmen, trat eine Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung um 17 % auf. Der Zusammenhang zwischen Genuss und Selbstwirksamkeit ist bis dato kaum erforscht, ein möglicher Erklärungsansatz liegt darin, dass der Betroffene durch wiederholte Genusserlebnisse sich und seine Umgebung wieder als selbst kontrollierbar und steuerbar erlebt. Letztlich begreift sich der Betroffene als selbst verantwortlich für das Herbeiführen von positiven Erlebnissen. Bestätigung finden diese Überlegungen durch die Zunahme der Selbstwirksamkeit während ambulanter Nachbetreuung bei erfolgreich abstinenten Patienten.

Weitere wichtige patientenbezogene Merkmale für eine erfolgreiche Behandlung neben allgemeinen Faktoren wie Geschlecht und allgemeine Psychopathologie sind laut Adamson et al. (2009) [14] der Stand der Erwerbstätigkeit, Intensität und Qualität der Vorbehandlung, das neuropsychologische Funktionsniveau, der sozioökonomische Status sowie die Ausgangsmotivation zur Behandlung. Während unmittelbar zu Therapiebeginn Gesundheitsbedenken, der Druck durch Freunde und Familie sowie außergewöhnliche Ereignisse motivationsentscheidend sind, generiert sich die Motivation zur Aufrechterhaltung der Abstinenz vor allem aus der erfahrenen Unterstützung durch das soziale Netzwerk der Betroffenen, dazu zählen auch abstinente Freunde und das veränderte Selbstbild [18]. Gerade die soziale Unterstützung ist aber durch therapeutische Bemühungen kaum positiv zu beeinflussen.

Ein Behandlungskonzept, das versucht, oben genannten Anforderungen an eine moderne ressourcenorientierten Therapie gerecht zu werden, ist jenes des Anton-Proksch-Institutes, welches im Folgenden kurz dargestellt wird. Das Behandlungskonzept beruht im Wesentlichen auf sechs Säulen (siehe Tabelle 4). Neben medizinischen und psychotherapeutischen Basismodulen, suchtspezifischen Interventionsmodulen, wie beispielsweise der Rückfallprophylaxe, stehen den Patienten auch Angebote zur Behandlung komorbider Störungen, Sport-, Bewegungs- und Entspannungsmodule sowie Module zur sozialen und beruflichen (Re-) Integration zur Verfügung. Die letzte Säule bilden die Orpheusmodule, welche Angebote beinhalten, die Betroffene bei der (Wieder-) Aufnahme eines sinn- und freudvollen Lebens unterstützen. Orpheus ist jener namensstiftende Held der griechischen Mythologie, der im Unterschied zu Odysseus den verlockenden Rufen der Sirenen nicht dadurch begegnete, dass er sich kasteite und an den Schiffsmast binden ließ, sondern durch sein Lyraspiel und seinen Gesang die Rufe der Sirenen übertönte. In Analogie dazu sollen suchtkranke Patienten Abstinenz nicht als Verzicht erleben, sondern als Basis zur Transformation und Chance zur Lebensneugestaltung. Zur Initiierung dieses therapeutischen Prozesses beinhalten die Orpheusmodule Philosophika, Angebote zum Genusserleben [17] und weitere kreative und schöpferische Therapieformen. Denn nur ein reichhaltiges, freud- und sinnvolles Leben, reich an individuellen Ressourcen, kann Garant dafür sein, nicht den verlockenden Rufen des Suchtmittels zu erliegen.

Tabelle 4: Das Orpheusmodell des Anton-Proksch-Instituts.

Psychiatrische/psychotherapeutische allgemeine Basisinformationen	Ärztliche & pflegerische Basisinterventionen	Psychiatrische/psychologische sucht spezifische Interventionen	Psychosoziale- & (re-)integrative Interventionen	Orpheusprogramm	Psychiatrische/psychologische/psychotherapeutische Themenspezifische Interventionen	Bewegungs- & Physiotherapie
Einzelgespräche (inkl. Angehörigengespräche) Bezugstherapeutische Gruppe Basisgruppe Betreuung durch Pflegepersonal Abteilungsgruppen	Abteilungs- bzw. Stationsvisite Visite in der Entzugsphase Psychiatrische Behandlung Internistische Behandlung Konsiliar- und Liaisondienst	Allgemeine Rückfallprävention Spielsucht und Onlinesucht Medikamentenabhängigkeit Nikotinabhängigkeit Kaufsucht und Arbeitssucht	Sozialarbeiterische Einzelgespräche Sozialarbeit Infogruppe Lernzentrum Arbeits- und Beschäftigungs-Training Aktivgruppe	Sensibilisierungs- und Sensibilisierungs-Module Aufmerksamkeits- und Achtsamkeitsmodule Naturerfahrungs- und Naturerlebnis-Module Körperwahrnehmungsmodule Kreativitäts-, Kunst- und Kultur-Module Selbstreflexions- und Kosmopolesis-Module Genussintensivierungs-Module	Behandlung der Komorbiditäten Psychologische Diagnostik Neuro-psychologisches Funktionstraining Biofeedback-Behandlung Progressive Muskelrelaxation	Fitnessstraining Rückenschule Wirbelsäulengymnastik Physiotherapeutische Einzelbehandlung Sport

■ Diskussion

Die Alkoholabhängigkeit als eine hochkomplexe Erkrankung bedarf somit komplexer, individueller Therapieangebote, die den Patienten nicht nur in der Behandlung seiner Krankheitssymptome und komorbiden Störungen unterstützen, sondern auch die Möglichkeit geben sollten, seine eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten zu entdecken, um diese als Basis für ein freudvolles Leben umsetzen zu können.

Durch zieloffene Angebote lassen sich mehr Menschen zu einer Konsumänderung motivieren als durch ausschließlich abstinenzorientierte. Für manche Menschen ist ein reduzierter, bzw. kontrollierter Konsum ein hilfreicher Zwischenschritt auf dem Weg zur Abstinenz und deshalb sollten im Suchthilfesystem Angebote zum reduzierten Konsum einen festen Platz haben. Gerade für jene Gruppe der Patienten mit missbräuchlichem Konsummuster stellt die Reduktion der Trinkmenge und -häufigkeit mit dem Ziel eines kompetenten Gebrauchs ein attraktives Therapieziel dar. Die Attraktivität der Behandlung ist eine im Suchtbereich lange vernachlässigte Größe, die Konsequenz bei alkoholbezogenen Substanzstörungen ist einerseits eine mangelhafte Inanspruchnahme des Behandlungsangebots – nur ca. 8 % der Betroffenen stehen aktuell in Behandlung – sowie andererseits eine sehr späte Inanspruchnahme – im Durchschnitt erst nach ca. 10 Jahren nach Erstmanifestation alkoholbezogener Probleme.

Die Implementierung neuerer Erkenntnisse aus der Therapieevaluationsforschung bedingt die Zunahme ressourcenorientierter Behandlungsstrategien. Erfolgreiche Therapie süchtigen Verhaltens bedeutet neben den bewährten Strategien eine systematische Auseinandersetzung mit den Themen Selbstwirksamkeitserwartung und Genuss, soziale Unterstützung und soziales Netzwerk sowie die Arbeit am positiven Selbstbild der Betroffenen.

■ Relevanz für die Praxis

Die Zusammenführung von Abhängigkeit und Missbrauch im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-5 zu einem gemeinsamen Störungsbild wird durch eine Reihe wissenschaftlicher Befunde gestützt. In der Diagnostik der Substanzgebrauchsstörung steht nicht wie vormals die differentialdiagnostische Entscheidung der Zuteilung zu einer der beiden genannten Kategorien im Zentrum der Bemühung, sondern die Erfassung des Schweregrades des Störungsbildes anhand von elf Kriterien. Für leichte Formen der Alkoholkonsumstörung stellt die Reduktion des Konsums – bei Bedarf mit medikamentöser Unterstützung – eine Therapieoption dar, während bei schwereren Formen weiter die Abstinenz im Fokus therapeutischer Bemühungen steht. Damit die Abstinenz vom Betroffenen nicht als lebenslanger Verzicht und Kasteiung mit dementsprechend ungünstigen motivationalen Prozessen erlebt wird, bedarf es in der psychologischen Behandlung und Psychotherapie einer Integration von einer Vielzahl ressourcenorientierter Interventionen zur Wiedererlangung eines autonomen und freudvollen Lebens.

■ Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

1. Uhl A, Bachmayer S, Kobrna U, Puhm A, Springer A, Kopf N, Beiglböck W, Eisenbach-Stangl I, Preinsperger W, Musalek M. Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3. Überarbeitete Auflage. Bundesministerium für Gesundheit, Wien; 2009.

2. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease. WHO Euro, 2012.

3. Bühringer G, Soyka M, Kraus L. Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Nomos, Baden-Baden, 2000.

4. OECD. Alkoholkonsum. In: Die OECD in Zahlen und Fakten 2013: Wirtschaft, Umwelt, Gesellschaft, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2013-99-de>

5. World Health Organization (WHO). Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). <http://apps.who.int/globalatlas/dataQuery/> (letzte Abfrage 24.10.2011).

6. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V. Hans Huber-Verlag, Bern, 1991.

7. Musalek M. Alkoholkrankheit – State of the Art. Österr Ärztezeitung 2007; 9: 39–46.

8. Mader R, Musalek M. Ressourcenorientierte Diagnostik der Sucht als Grundlage für integrative Behandlungsformen. Spectrum 2010; 1: 40–2.

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, DSM-5, 5 Rev (ed). American Psychiatric Publishing, 2013.

10. Van den Brink W, Aubin H-J, Bladström A, Torup L, Gual A, Mann K. Efficacy of as-needed nalmefene in alcohol-dependent patients with at least a high drinking risk. level: Results from a subgroup analysis of two randomized controlled 6-month studies. Alcohol Alcoholism 2013; 48: 570–8.

11. Scheibenbogen O, Feselmayer S. Komorbide Störungen in der Suchtbehandlung. Psychopraxis 2008; 3: 21–5.

12. Moggi F. Doppeldiagnosen. Verlag Hans Huber, Bern, 2007.

13. Musalek M. Neue Wege in der Diagnostik der Alkoholkrankheit: Von einer Defizienzorientierten zur Ressourcenorientierten Diagnostik. J Neurol, Neurochir Psychiatr 2008; 9 (3): 46–52.

14. Adamson SJ, Sellmann JD, Frampto ChMA. Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. J Substance Abuse Treatment 2009; 36: 75–86.

15. Ludwig F, Tadayon-Manssuri E, Strik W, Moggi F. Self-efficacy as a predictor of outcome after residential treatment programs for alcohol dependence: Simply ask the patient one question! Alcoholism 2013, 37: 663–7.

16. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. Freeman, New York, 1997.

17. Scheibenbogen O, Franzke S, Musalek M. Genussleben als Antagonist der Sucht. Rausch 2014; 3: 6–15.

18. Walters GD. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. Behavior Therapy 2000; 31: 135–49.

19. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd L, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug

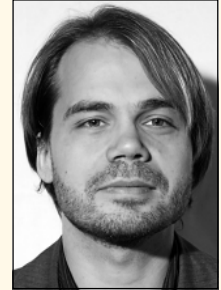
abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA 1990; 264: 2511–8.

20. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8–19.

21. Kendler KS, Bulik CM, Silberberg J, Hetttema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance abuse disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. Arch General Psychiatry 2000; 57: 953–9.

Dr. rer. nat. Oliver Scheibenbogen

Geboren 1972 in Wien. Studium der Psychologie an der Universität Wien, 2001 Akademischer Grad Magister der Naturwissenschaften. 2003 beendete er das Curriculum zum Klinischen und Gesundheitspsychologen und ist seither in der Liste des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen eingetragen. 2006 beendete er das Doktoratsstudium der Psychologie an der Humanwissenschaftlichen Universität Liechtenstein und Wien mit der Verleihung des Akademischen Grades Doktor der Naturwissenschaften. Seit 1996 ist er am Anton-Proksch-Institut tätig, mittlerweile leitet er den Bereich „Kreativität und Lebensgestaltung“ und koordiniert Belange der „European Society on Treatment of Alcohol Dependence and related Disorders“ (ESTAD). Des Weiteren ist er Biofeedbacktherapeut/-lehrtherapeut und im Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Biofeedback und Psychophysilogie (ÖBfP). Im Rahmen der Ausbildung zum Klinischen und Gesundheitspsychologen ist er als Vortragender vom Bundesministerium zertifiziert. Seit August 2013 leitet er den Bereich klinisch-psychologische Behandlung und Diagnostik am Anton-Proksch-Institut. Ferner ist er Koordinator für den Bereich Spiellerschutz im Rahmen der Ausbildung zum Präventionsbeauftragten der Akademie des Anton-Proksch-Instituts. Er ist Gründungsmitglied und seit April 2015 wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Social Aesthetics and Mental Health an der Sigmund-Freud-Universität Wien.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)