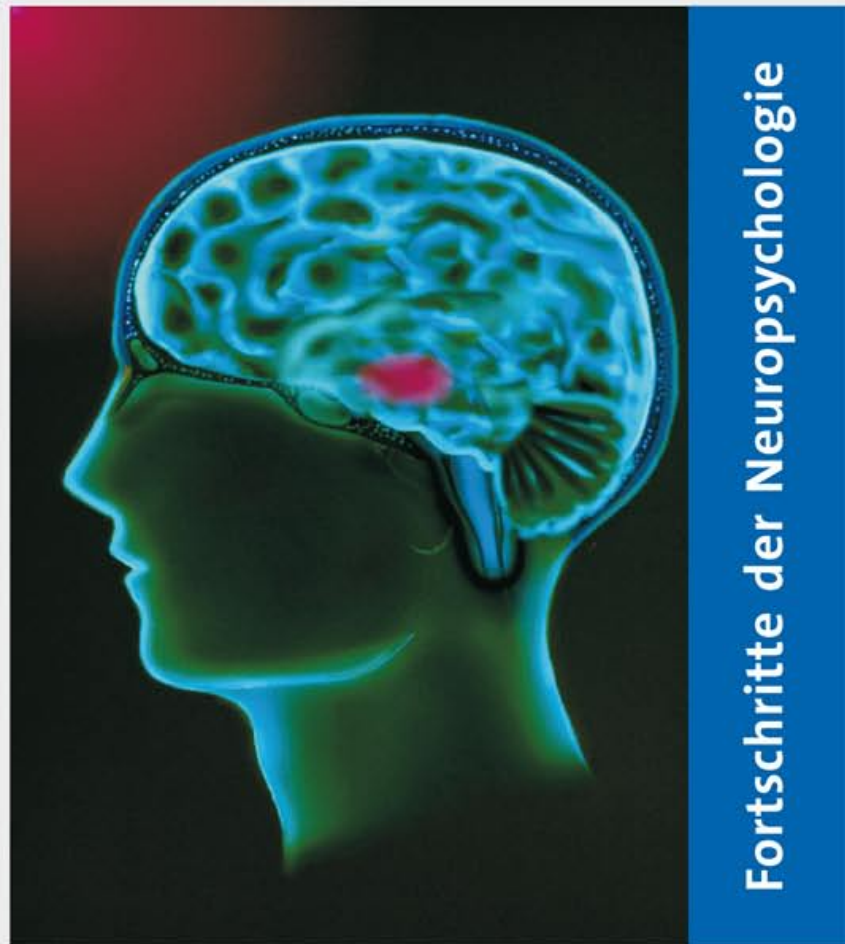


Armin Scheurich · Barbara Brokate

Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit



HOGREFE



Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit

Fortschritte der Neuropsychologie

Band 8

Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit

von Dr. Armin Scheurich und Dr. Barbara Brokate

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Herta Flor, Prof. Dr. Siegfried Gauggel,
Prof. Dr. Stefan Lautenbacher, Dr. Hendrik Niemann,
Dr. Angelika Thöne-Otto

Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit

von Armin Scheurich
und Barbara Brokate

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Dr. Armin Scheurich, geb. 1964. 1989-1996 Studium der Psychologie in Heidelberg. 2002 Promotion. 1997 wissenschaftlicher Mitarbeiter als klinischer Psychologe und Neuropsychologe in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Mainz. Seit 2004 Leitender Psychologe der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Mainz. Arbeitsschwerpunkte: Neuropsychologie bei Alkoholabhängigkeit, dementiellen Erkrankungen, Depression, ADHS; Psychotherapie früh diagnostizierter Demenzpatienten; Supervision von Einzel- und Gruppenpsychotherapie.

Dr. Barbara Brokate, geb. 1959. 1977-1984 Studium der Psychologie an der Universität Gießen. Therapeutische Tätigkeit in Einrichtungen zur Langzeittherapie für Polytoxikomane, in der forensischen Psychiatrie und in der Psychiatrie. Seit 1998 Leitung der Abteilung Klinische Psychologie im Klinikum Bremen Ost. Arbeitsschwerpunkte: Neuropsychologische Diagnostik und Psychotherapie in der Psychiatrie, Erstellung von Rechtspsychologischen Gutachten zur Frage der Glaubhaftigkeit und Schuldfähigkeit.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2009 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagbild: © Bildagentur Mauritius GmbH
Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Druck: Druckerei Kaestner GmbH & Co. KG, 37124 Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2056-8

Inhaltsverzeichnis

1	Beschreibung der Alkoholabhängigkeit	1
1.1	Klassifikation: Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch und soziales Trinken	1
1.1.1	Alkoholabhängigkeit	1
1.1.2	Alkoholmissbrauch	2
1.1.3	Die Untersuchung alkoholabhängiger Patienten	3
1.2	Epidemiologie und kulturelle Sonderstellung des Alkohols	3
1.3	Krankheitsverlauf und Prognose	5
1.3.1	Der typische Verlauf zu Beginn der Erkrankung	5
1.3.2	Alkoholabhängigkeit als chronische Erkrankung und die Stabilität der Diagnose	6
1.3.3	Inanspruchnahme professioneller Hilfe und Remissionsraten mit und ohne Behandlung	7
1.3.4	Prognose	9
2	Ätiologie der Alkoholabhängigkeit	11
2.1	Wirkungen des Alkoholkonsums	11
2.2	Für die Alkoholabhängigkeit disponierende Faktoren	12
2.3	Aufrechterhaltende Faktoren	13
3	Neuropsychiatrische Konsequenzen im Überblick	16
3.1	Das Entzugssyndrom	16
3.2	Alkoholentzugsdelir (Delirium tremens)	17
3.3	Wernicke-Enzephalopathie	17
3.4	Alkoholinduzierte psychotische Störung (Alkoholhalluzinose)	19
3.5	Alkoholbedingter Eifersuchtswahn	19
3.6	Hepatische Enzephalopathie	19
3.7	Schädel-Hirn-Traumata	21
3.8	Zusammenfassung	22
4	Die Beeinträchtigungen des Gehirns durch Alkoholabhängigkeit	22
4.1	Neuropathologische Studien	23
4.2	Neurophysiologische Studien	23
4.3	Bildgebungsstudien	24
4.4	Zusammenfassung	26

5	Neuropsychologische Studien	27
5.1	Neuropsychologische Defizite bei sozialen Trinkern unter akuter Intoxikation	27
5.2	Neuropsychologische Studien zum sozialen Trinken	29
5.3	Neuropsychologische Befunde bei Alkoholabhängigkeit ..	30
5.3.1	Intelligenz	32
5.3.2	Visuell-räumliche Leistungen	35
5.3.3	Gedächtnis	36
5.3.4	Aufmerksamkeit und Psychomotorik (visuell-motorische Informationsverarbeitung)	38
5.3.5	Motorik	41
5.3.6	Exekutivfunktionen	43
5.4	Theorien über die neuropsychologischen Defizite bei Alkoholabhängigen	49
5.4.1	Alkoholbedingte Frontalhirndefizite im Rahmen weit verzweigter kompensatorischer kognitiver Netzwerke	51
5.5	Einflussfaktoren auf die neuropsychologische Performanz: Abstinenzdauer, Trinkmengen, Geschlecht	52
5.6	Auswirkungen und Folgen: Klinische Bedeutung der moderaten neuropsychologischen Defizite	55
5.7	Zusammenfassung und Ausblick	57
6	Neuropsychologische Befunde bei amnestischem Syndrom (Korsakow-Syndrom) und alkohol- induzierter Demenz	58
6.1	Beschreibung des Korsakow-Syndroms	58
6.2	Kritische Läsionen und Ätiologie des Korsakow- Syndroms	59
6.3	Gedächtnis	61
6.4	Exekutive Funktionen	65
6.5	Verlauf kognitiver Defizite und Remission	66
6.6	Alkoholassozierte Demenz	67
6.7	Marchiafava-Bignami-Syndrom	68
7	Neuropsychologische Diagnostik bei Alkohol- abhängigkeit	69
7.1	Diagnostische Fragestellung	69
7.2	Die Voraussetzungen einer neuropsychologischen Untersuchung alkoholabhängiger Patienten	70
7.3	Quantifizierung des Alkoholkonsums und diagnostische Untersuchung bei Verdacht auf Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit	71
7.4	Die neuropsychologische Untersuchung	74

7.5	Differenzialdiagnostik alkoholinduzierter Beeinträchtigungen	76
7.5.1	Die Bestimmung moderater Defizite nach Entgiftungsbehandlung	76
7.5.2	Die Identifikation von Patienten mit persistierendem amnestischem Syndrom	77
8	Neuropsychologische Therapie bei Alkoholabhängigkeit	80
8.1	Verbesserung und Beschleunigung der Restitution durch neuropsychologische Therapie im Anschluss an die Entgiftung	80
8.2	Neuropsychologische Kompensationstherapie der Gedächtnisstörung bei persistierendem amnestischem Syndrom	83
9	Zusammenfassung	85
10	Weiterführende Literatur	86
11	Literatur	86
12	Anhang (Glossar)	100

1 Beschreibung der Alkoholabhängigkeit

1.1 Klassifikation: Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch und soziales Trinken

1.1.1 Alkoholabhängigkeit

Die Alkoholabhängigkeit ist in der Bundesrepublik Deutschland seit 1968 als Krankheit vom Bundessozialgericht anerkannt (John, 1996). Das Hauptkriterium der Alkoholabhängigkeit besteht in der Unmöglichkeit, den Konsum zu beschränken oder zu kontrollieren. Der Konsum hat Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen, die vor Einsetzen der Alkoholabhängigkeit höher bewertet wurden (ICD-10) und führt zu klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen oder Leiden (DSM-IV). Im Gegensatz zu sozial durchschnittlichem Alkoholkonsum oder auch zu Alkoholmissbrauch entwickeln sich bei alkoholabhängigen Menschen Anzeichen körperlicher Abhängigkeit in Form von charakteristischen Entzugssymptomen (Zittern, Schwitzen, Puls- und Blutdruckerhöhung, Übelkeit, Erbrechen, Angst, Unruhe) und Toleranzentwicklung (Gewöhnung an höhere Mengen Alkohols). Neben diesen körperlichen Symptomen stellen sich die Anzeichen einer psychischen Abhängigkeit ein. Hierzu zählen der Kontrollverlust über den Konsum (Substanzgebrauch in größerer Menge oder länger als beabsichtigt, erfolglose Versuche der Reduktion), die Vernachlässigung anderer wichtiger sozialer und beruflicher Interessen und die Fortsetzung des Konsums trotz negativer Konsequenzen. Diese der Diagnosestellung zugrunde liegenden Kriterien stimmen zwischen ICD-10 und DSM-IV überein. Lediglich das Kriterium des starken Verlangens oder des Zwangs, Alkohol zu konsumieren, ist nur im ICD-10 enthalten. In Tabelle 1 sind die diagnostischen Kriterien beider Diagnosesysteme aufgeführt. Nach beiden Systemen wird die Alkoholabhängigkeit syndromal diagnostiziert. Das heißt, eine Anzahl von drei oder mehr Symptomen aus den sechs (ICD-10) oder sieben (DSM-IV) möglichen Symptomen müssen gegeben sein, damit die Diagnose vergeben werden kann.

Alkoholabhängigkeit als Krankheit

Alkoholabhängigkeit als Syndrom

In beiden Diagnosesystemen werden keine ätiologischen Faktoren berücksichtigt. Das heißt es werden keine prädisponierenden Faktoren oder Vulnerabilitäten formuliert, die eine Alkoholabhängigkeit begünstigen würden. So werden keine sozialen Faktoren wie niedriger sozio-ökonomischer Status oder eine schlechte soziale Integration und keine psychische Vulnerabilität z. B. im Sinne erhöhter Ängstlichkeit oder prädisponierende Persönlichkeitsfaktoren wie z. B. erhöhte Impulsivität oder antisoziales Verhalten als ätiologische Faktoren berücksichtigt.

Alkoholabhängigkeit wird phänomenologisch syndromal und nicht nach ätiologischen Kriterien diagnostiziert

Tabelle 1:
Vergleich der Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10: Abhängigkeitssyndrom Drei oder mehr der Kriterien kamen zusammen für mindestens einen Monat oder innerhalb von zwölf Monaten wiederholt vor	DSM-IV: Alkoholabhängigkeit Drei oder mehr der Kriterien kamen innerhalb desselben Zwölf-Monatszeitraumes vor
1. <i>Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.</i>	
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.	4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren. 3. <i>Alkohol wird häufig in großen Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.</i>
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.	2. Entzugssymptome
4. Nachweis einer Toleranz.	1. Toleranzentwicklung
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um den Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen des Konsums zu erholen.	5. Viel Zeit für Aktivitäten, um Alkohol zu beschaffen, zu sich zu nehmen oder sich von den Wirkungen zu erholen. 6. <i>Wichtige, soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholgebrauchs eingeschränkt oder aufgegeben.</i>
6. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen wie z. B. Leberschädigung, depressiver Stimmung oder Verschlechterung kognitiver Funktionen.	7. Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Alkohol verursacht oder verstärkt wurde.

1.1.2 Alkoholmissbrauch

Alkoholmissbrauch nach DSM-IV ist gekennzeichnet durch ein unangepasstes Muster von Alkoholgebrauch, das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder zu einer Gefährdung in einem der folgenden vier Bereiche führt: Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause; körperliche Gefährdung durch Konsum in Gefahrensituationen; Probleme mit dem Gesetz aufgrund des Konsums; wiederholte soziale oder zwischenmenschliche Probleme aufgrund des Alkoholkonsums. Das Pendant zur DSM-IV-Kategorie Alkoholmissbrauch ist im ICD-10 der schädliche Gebrauch von Alkohol. Der schäd-

liche Gebrauch ist als Alkoholkonsum definiert, der zu einer tatsächlichen Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten führt. Durch die Beschreibung der Definitionen wird bereits deutlich, dass es keine ausreichende Übereinstimmung zwischen beiden Konzepten gibt. Ferner sind sie nur eingeschränkt reliabel. Die Übereinstimmungsreliabilität für Missbrauch liegt bei $Kappa = 0,30$ (Soyka & Koller, 1999). Mit diesen Konzepten wird also keine einheitliche Gruppe von Patienten oder Personen erfasst. Trotzdem ist die Kategorie Alkoholmissbrauch wichtig, um Personen mit gesundheitsschädlichem Konsum identifizieren zu können.

Alkoholmissbrauch und schädlicher Gebrauch sind nicht einheitlich definiert und nur eingeschränkt reliabel

1.1.3 Die Untersuchung alkoholabhängiger Patienten

Die Folgen des Alkoholkonsums für die neuropsychologische Leistungsfähigkeit werden in der Regel an alkoholabhängigen Patienten untersucht. Sehr hoher sozialer Konsum und Alkoholmissbrauch führen zwar auch zu kognitiven Beeinträchtigungen, beide Phänomene werden jedoch viel seltener auf kognitive Beeinträchtigungen hin überprüft.

Auch Alkoholmissbrauch und hoher Konsum beim sozialen Trinken gehen mit dem Risiko kognitiver Defizite einher

Das ist einerseits in methodischen Problemen begründet. So sind Alkoholmissbrauch und sozialer Konsum weniger gut definiert als die Alkoholabhängigkeit. Alkoholmissbrauch ist überdies nur eingeschränkt reliabel diagnostizierbar. Alkoholabhängige Patienten, die wegen der Alkoholabhängigkeit behandelt werden, sind dagegen eine gut definierte Untersuchungsgruppe, die anlässlich der Entgiftungsbehandlungen gut ansprechbar und untersuchbar sind.

Zusätzlich war die Befundlage bei Untersuchungen zum sozialen Trinken lange Zeit unklar und von vielen widersprüchlichen Ergebnissen geprägt. Später hat das Ergebnis, dass moderater sozialer Konsum keine bedeutsamen kognitiven Defizite nach sich zieht dazu beigetragen, dass die Folgen sozialen Konsums seltener untersucht werden.

Hoher sozialer Konsum wird selten auf kognitive Folgen hin untersucht

1.2 Epidemiologie und kulturelle Sonderstellung des Alkohols

Nach einer Hochrechnung des Instituts für Therapieforchung München basierend auf der epidemiologischen Erhebung von Kraus und Augustin (2001) betreiben in Deutschland 1,6 Millionen Erwachsene oder 3,3 % der Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren Alkoholmissbrauch. Zusätzlich sind 1,5 Millionen Personen (3,1 %) alkoholabhängig und davon sind ca. 385.000 Personen (25 %) deswegen in Behandlung.

1,5 Mio. Erwachsene sind abhängig vor dem Hintergrund einer kulturellen Sonderstellung der psychotropen Substanz Alkohol

Insgesamt wurde für 23,6 % (5,8 Millionen) der Männer und 11,7 % (2,7 Millionen) der Frauen im Mittel ein Konsum von mehr als 30 respektive

20 Gramm Reinalkohol pro Tag (Kraus & Augustin, 2001) ermittelt. Als Grenze für Alkoholkonsum, der zu gesundheitlichen Schäden führen kann, wird von der WHO 40 Gramm reiner Alkohol pro Tag für Männer (entspricht dem Konsum von 1,0 Liter Bier) und 20 Gramm für Frauen (entspricht 0,5 Liter Bier) angegeben (Saunders et al., 1993). Nur 2,3 % der 18- bis 59-jährigen Personen gaben an, noch nie Alkohol getrunken zu haben. Im Zwölf-Monatszeitraum waren nur 5,5 % der Befragten alkoholabstinent.

Im Vergleich betreiben „nur“ ca. 150.000 Personen problematischen Konsum (in der Regel Missbrauch oder Abhängigkeit) von Opiaten (Heroin) und ca. 90.000 (60 %) sind davon in Behandlung (Augustin & Kraus, 2004). Der Vergleich zum Opiatkonsum verdeutlicht, wie weit verbreitet und wie hoch der Alkoholkonsum in Deutschland ist. Diese Popularität des Konsums verdankt der Alkohol einer geschichtlich entwickelten Sonderstellung unter den Drogen in Europa.

Im Gegensatz zum Umgang mit anderen psychoaktiven Substanzen sind die Verwendung und der Verkauf der psychoaktiven Substanz Alkohol straffrei und nicht an die Verschreibung durch einen Arzt gebunden. Alkohol kann in Europa flächendeckend in nahezu allen Supermärkten, Lebensmittelgeschäften, Gaststätten etc. erworben werden und öffentlich ohne rechtliche oder soziale Konsequenzen konsumiert werden. Kulturell tradiert sind Feste, die den Alkohol selbst in den Mittelpunkt stellen und feiern. Weinfeste, Starkbieranstiche und das weltbekannte Oktoberfest drehen sich um den Alkohol und um den Konsum desselben. Die Kenntnis und die Wertschätzung guter Weine gelten in der Gesellschaft als hohe Lebenskultur, zu deren Ausbildung einschlägige Ratgeber und „Weinführer“ auf dem Büchermarkt erhältlich sind. Der Umgang mit der psychoaktiven Substanz Alkohol, der erste Alkoholkonsum und der erste Alkoholrausch werden ebenso gesellschaftlich, in der Regel in Familie oder im Freundeskreis, vermittelt. Die ersten Rauscherfahrten werden gemeinsam bewältigt und der Alkoholkonsum so gemeinsam „erlernt“ (Bühringer, 2000a). Unter den psychoaktiven Substanzen kommt dem Alkohol somit eine Sonderstellung zu, die für Psychopharmaka und andere Drogen nicht gegeben ist. Diese Liberalität im Umgang mit Alkohol führt zu einem sehr hohen Pro-Kopf-Konsum in Deutschland von etwa 10 Litern reinem Alkohol/Jahr. Umgerechnet trinkt jeder Erwachsene in Deutschland einen halben Liter Bier täglich. In Ländern, die den Alkoholkonsum beschränken, liegt der durchschnittliche Konsum deutlich niedriger (in Schweden z. B. bei 5,1 Liter). Da die alkoholbedingten körperlichen Folgeerkrankungen und die Prävalenz für Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit mit dem Pro-Kopf-Konsum steigen (Room et al., 2005), steht der Volkstümlichkeit der psychoaktiven Substanz Ethanol ein hohes Maß an individuellen und gesellschaftlichen Risiken und Schäden gegenüber.

Die gesellschaftlichen Folgen des hohen Alkoholkonsums zeigen sich in einer hohen alkoholbedingten Mortalität und hohen volkswirtschaftlichen Kosten. In einem Jahr sterben durchschnittlich 42.000 Personen direkt an den Folgen des Alkoholmissbrauchs oder indirekt durch Unfälle mit alkoholisierten Verursachern (Bühringer, 2000b). Im Jahr 2003 starben 817 Personen bei insgesamt 24.245 Verkehrsunfällen, bei denen die Alkoholisierung eines Verkehrsteilnehmers unfallursächlich war (Höhenscheid & Straube, 2005). Die volkswirtschaftlichen Kosten alkoholbedingter Krankheiten werden auf durchschnittlich 20,6 Milliarden Euro geschätzt, wobei sich der größte Anteil des Schadens mit 7 Mrd. Euro auf die alkoholbedingte Mortalität bezieht. Diesen Kosten stehen jährliche Einnahmen von etwa 3,5 Mrd. Euro aus alkoholbezogenen Steuern gegenüber (Bühringer, 2000a).

Der Volkstümlichkeit des Alkohols stehen enorme individuelle und gesellschaftliche Schäden gegenüber

1.3 Krankheitsverlauf und Prognose

1.3.1 *Der typische Verlauf zu Beginn der Erkrankung*

Die Alkoholabhängigkeit folgt in ihrem Verlauf einem erstaunlich stabilen Muster. Schuckit et al. (1995) konnten in ihrer Studie insgesamt 44 Ereignisse identifizieren, die während der Alkoholabhängigkeit sukzessive auftreten.

Die Erkrankung beginnt mit unangepasstem Trinkverhalten und ersten Anzeichen sozialen Kontrollverlustes in Form aggressiven Verhaltens unter Alkoholintoxikation (Schlägereien, Streitigkeiten unter Alkohol). Erste Anzeichen erhöhter Selbstgefährdung machen sich bemerkbar (z. B. Trinken in gefährlichen Situationen). Das Trinkverhalten spiegelt den einsetzenden Kontrollverlust wider. Es wird zu Zeiten getrunken, wo es eigentlich nicht intendiert war und es wird mehr und länger getrunken als beabsichtigt. Es stellen sich erste soziale Nachteile ein (Probleme am Arbeitsplatz; Rückzug von Freunden und alkoholbedingte familiäre Probleme). Am Abschluss dieser Anfangsphase stehen Blackouts nach Alkoholkonsum und die Toleranzentwicklung.

Unangepasstes Trink- und Sozialverhalten, Kontrollverlust

In der mittleren Phase folgt die Anwendung erster Regeln, um den Alkoholkonsum zu begrenzen. Das frühmorgendliche Trinken, das zwanghafte Verlangen Alkohol zu konsumieren, wenn man gerade nicht trinken kann und die Unfähigkeit, das Trinkverhalten zu verändern, setzen ein und führen zu deutlichen Nachteilen durch das Trinken. Es kommt zu ersten sozialen Sanktionen durch die Familie oder Freunde, körperliche Gewalt gegen Familienmitglieder tritt auf und erste selbstverletzende Unfälle unter Alkohol und Autounfälle unter Alkohol ereignen sich. Erst gegen Ende dieser mittleren Phase wird typischerweise erkannt, dass man selbst ein exzessiver Trinker ist.

**Erfolgreiche
Versuche, das
Trinken zu
begrenzen, gra-
vierende soziale
und schließlich
gesundheitliche
Schäden**

Die dritte Phase ist durch schwere soziale und gesundheitliche Nachteile für die Betroffenen gekennzeichnet. Das Trinken verursacht ernste Probleme in der Partnerschaft. Inhaftierungen wegen Fahrens unter Alkohol treten auf. Es kommt zu erfolglosen Versuchen, das Trinken zu begrenzen oder einzustellen, zum Auftreten des Entzugssyndroms und schließlich zu solch gravierenden Symptomen und Störungen wie Delirium tremens und Halluzinationen. Die schweren körperlichen Folgen sind Lebererkrankungen, Pankreatitis und Entzugskrampfanfälle.

1.3.2 Alkoholabhängigkeit als chronische Erkrankung und die Stabilität der Diagnose

Für die Patienten in der suchtspezifischen Behandlung gilt nach wie vor die Beschreibung, dass „die Alkoholabhängigkeit eine chronische Erkrankung“ ist (John, 1996). Diese Beschreibung wurde 1996 noch für alle alkoholabhängigen Personen herangezogen. Die Ergebnisse epidemiologischer Studien haben seither jedoch wiederholt aufgezeigt, dass sich vor allem leichter betroffene Alkoholabhängige sogar ohne suchtspezifische Intervention wieder von der Erkrankung erholen und teilweise zu abstinenter Remission oder non-abstinenter Remission zurückfinden.

Dawson et al. (2005) führten auf der Grundlage einer repräsentativen Befragung eine diagnostische Untersuchung alkoholabhängiger erwachsener Personen durch. Sie befragten alle Personen, die eine vorbestehende Diagnose Alkoholabhängigkeit bis zum Jahr vor dem Interview aufwiesen („prior to past year dependence“). Sie fanden, dass 25 % der Patienten auch aktuell die Kriterien für Alkoholabhängigkeit erfüllten. Bei 27,3 % wurde eine partielle Remission diagnostiziert (nur ein oder zwei Symptome der Abhängigkeit waren erfüllt), 11,8 % der Betroffenen waren zum Zeitpunkt der Befragung asymptomatische „risk drinker“ (bei Männern mehr als 14 Standard Drinks in der Woche (i. e. 238 Gramm/Woche)). 17,7 % waren asymptomatische „low-risk drinker“ (weniger als 14 Standard Drinks pro Woche) und 18,2 % waren zum Zeitpunkt der Befragung abstinent.

**Alkoholabhän-
gige in suchts-
spezifischer
Behandlung
sind chronisch
krank, während
die Diagnose
Alkoholabhän-
gigkeit bei
Probanden
epidemiologi-
scher Studien
instabiler ist**

Culverhouse et al. (2005) untersuchten die Stabilität der Diagnose Alkoholabhängigkeit sowohl bei Patienten in der ambulanten oder stationären Versorgung als auch bei alkoholabhängigen Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Für die Patienten in Behandlung ergab sich eine Stabilität der Diagnose von 90,5 % für Frauen und 94,7 % für Männer. Bei den aus der Allgemeinbevölkerung stammenden alkoholabhängigen Personen ergab sich eine Stabilität der Diagnose nach fünf Jahren von nur 27,5 % bei den Frauen und 64,7 % bei den Männern. Die Autoren schlussfolgern, dass die Stabilität der Diagnose Alkoholabhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung abhängt und bei den eher leichter betroffenen alkoholabhängigen

Personen aus epidemiologischen Erhebungen somit eine geringere Stabilität als bei den schwerer betroffenen Patienten in der suchtspezifischen Behandlung vorliege.

1.3.3 Inanspruchnahme professioneller Hilfe und Remissionsraten mit und ohne Behandlung

Wie den epidemiologischen Daten zu entnehmen ist, erhalten viele von Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit Betroffene keine Behandlung. Bei Suchterkrankungen bestehen extreme Latenzen zwischen Beginn der Erkrankung und dem Einsetzen der professionellen Hilfe (Mann et al., 2007). In einer repräsentativen deutschen Stichprobe hatten 70 % der aktuell Alkoholabhängigen bis zum Erhebungsdatum lebenslang noch keine professionelle Hilfe erhalten (Rumpf et al., 2000). Für die USA und Kanada wurde nachgewiesen, dass in den ersten 15 Jahren nach Krankheitsbeginn weniger als 50 % der Betroffenen Behandlung in Anspruch nehmen (Olfson et al., 1998). Bei den Gründen für diese Nicht-Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe steht die sehr spät einsetzende Wahrnehmung des Alkoholproblems bzw. die sehr späte persönliche Einsicht, ein „exzessiver Trinker“ zu sein (siehe oben), an erster Stelle (Rumpf et al., 2000). Ferner ist die Scham vor Öffentlichkeit anzuführen und die aktive Verleugnung, ein Alkoholproblem zu haben. Parallel zu dem gesellschaftlich allgegenwärtigen und sozial positiv bewerteten Alkoholkonsum ist ein im tatsächlichen Ausmaß der Öffentlichkeit weitgehend verborgenes Krankheitsgeschehen zu verzeichnen. Das bedeutet, dass sowohl die Entwicklung der Erkrankung als auch eine Erholung davon für viele Betroffene ohne Kontakt mit professionellen Helfern verläuft. Den Ergebnissen einer kanadischen Studie zufolge hatten 75 % der Personen, die einen problematischen Alkoholkonsum erfolgreich beenden konnten, keine professionelle Hilfe erhalten (Sobell et al., 1996). In der erwähnten repräsentativen deutschen Studie (Rumpf et al., 2000) hatten 66,3 % der seit zwölf Monaten remittierten alkoholabhängigen Patienten keinen Kontakt zum professionellen Hilfesystem. Obwohl diese Beobachtungen in erster Linie die leichten Formen der Abhängigkeitserkrankung betreffen, stellt die Remission ohne fachliche Hilfe den häufigsten Weg aus der Alkoholabhängigkeit dar.

Bei der Darstellung von Remissionsraten muss die Unterscheidung von alkoholabhängigen Personen mit relativ leichter Symptomatik (z. B. aus epidemiologischen Studien) und schwerer betroffenen Patienten, die in suchtspezifischer Behandlung sind, beachtet werden. Kürzer und weniger schwer erkrankte Patienten profitieren gut von motivierender Gesprächsführung und Kurzinterventionen mit Verhaltensempfehlung durch den Hausarzt. Dies führt bei bis zu 50 % der Personen mit Alkoholproblemen, die noch keine suchtspezifische Hilfe suchen, zu einer dauerhaften Reduk-

Scham und späte individuelle Einsicht sowie Ignoranz der Öffentlichkeit für das Ausmaß des gesellschaftlichen Problems

Für abhängige Probanden aus epidemiologischen Studien und abhängige Patienten in Behandlung ergeben sich unterschiedliche Interventionsformen und Remissionsraten

tion des Alkoholkonsums (Mann et al., 2007; Moyer et al., 2002). Wenn schwerer Betroffene in die Kurzintervention einbezogen wurden, ließ sich dagegen kein signifikanter Behandlungseffekt mehr nachweisen.

Eine weitere wichtige Unterscheidung betrifft die schwerer betroffenen Patienten, die sich in suchtspezifischer Behandlung befinden. Hier sind sowohl die Ergebnisse randomisierter und kontrollierter Interventionsstudien als auch die Ergebnisse der stationären Rehabilitationsbehandlung in Deutschland zu beachten.

In den Interventionsstudien erwiesen sich die Verhaltenstherapie, das soziale Kompetenztraining, Motivationsförderung, Paar- und Familientherapie und die pharmakologische Therapie mit Acamprosat und Naltrexon als wirksam. Dennoch konnte gemäß diesen Studienergebnissen nur etwa 50 % der alkoholabhängigen Patienten geholfen werden. Je nach Studie erlitten trotz Therapiemaßnahmen 50 bis 80 % der Patienten im ersten Jahr einen Rückfall und die meisten davon in den ersten drei Monaten. Nach einer Verhaltenstherapie wurden zum Beispiel bei schwer alkoholabhängigen Patienten nach drei Monaten Rückfallraten von 48 % und nach einem Jahr von 76 % beobachtet (Hautzinger et al., 2005). Für die ambulante verhaltenstherapeutische Behandlung lag die Abstinenzrate nach sechs Monaten bei 42,9 % (Burtscheidt et al., 1999).

Da keine spezifische Überlegenheit der verschiedenen Interventionen wie Verhaltenstherapie, Motivationsförderung und soziales Kompetenztraining nachgewiesen werden konnte, wurden die wirksamen Bestandteile zu einer alkoholismusspezifischen Therapie eklektisch zusammengefasst (Brueck et al., 2007).

Bei pharmakotherapeutischer Intervention erreicht Acamprosat in fast allen Studien signifikante Wirksamkeit. Acamprosat gilt als Modulator des exzitatorisch wirkenden glutamatergen Neurotransmittersystems. Die glutamaterge (erregende) Transmission ist bei Alkoholabhängigkeit durch Adaptation an den hohen dämpfenden Effekt des Alkoholkonsums erhöht. Die Wirkung des Acamprosat wird als Reduktion des konditionierten Entzugs-cravings beschrieben. Optimistische Einschätzungen beschreiben eine Verdoppelung der Abstinenzraten im Vergleich zu Placebo (Kiefer & Mann, 2005). Zum Beispiel stellten Sass et al. (1996) nach zwölfmonatiger Behandlung mit Acamprosat eine Abstinenzrate von 43 % versus 21 % unter Placebo fest, die über 2 Jahre nach Behandlungsbeginn stabil blieb. Etwas konservativer ist die Einschätzung in den AWMF-Leitlinien zur Postakutbehandlung. Hier wurde festgehalten, dass mit Acamprosat moderate Therapieeffekte erreicht werden können, die sieben bis 13 % über dem Placeboeffekt liegen (Geyer et al., 2006).

Naltrexon ist ein Opioid-Rezeptor-Antagonist und in den USA für die Behandlung der Alkoholabhängigkeit seit 1994 zugelassen. In Deutschland stellt die Behandlung mit Naltrexon einen Heilversuch dar. Aufgrund von

Sowohl psychotherapeutische als auch pharmakotherapeutische Interventionen sind wirksam. Die Abstinenz bzw. Remissionsraten sind dennoch niedrig

Voruntersuchungen geht man davon aus, dass Naltrexon den μ -Opioid-Rezeptor blockiert. Dadurch sollen das Suchtverlangen und die belohnenden Eigenschaften des Alkohols reduziert werden. Für Patienten, die zusätzlich zu Verhaltenstherapie Naltrexon oder ein Placebo erhalten hatten, wurden signifikant unterschiedliche Abstinenzraten beobachtet (Anton et al., 2001; Anton et al., 1999). Naltrexon steigerte die Abstinenzrate nach zwölfwöchiger Behandlung auf 62 % gegenüber 40 % unter der Placebobedingung. In der Katamnese, 14 Wochen nach Abschluss der Behandlung, lagen die Abstinenzraten bei 44,1 % für die Naltrexon-Gruppe und bei 31,8 % in der Placebogruppe. Naltrexon war vor allem in Kombination mit strukturierter Bewältigungstraining oder mit Verhaltenstherapie vorteilhaft und zeigte signifikante Wirkung in der Reduktion des Suchtverlangens (Kiefer & Mann, 2005).

Hinsichtlich der Kombination der pharmakotherapeutischen Optionen mit Acamprosat und Naltrexon beschrieben Kiefer et al. (2003) einen eindeutigen und signifikanten Interaktionseffekt. Patienten unter der Kombinationsbehandlung waren länger abstinent als Patienten unter den Monotherapien. In der viel größer dimensionierten COMBINE-Studie (Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions Study) (Anton et al., 2006) wurde dagegen gefunden, dass die Kombination von „medical Management“ (Psychoedukation, Förderung von Medikamentencompliance, Abstinenz und der Teilnahme an Selbsthilfegruppen) mit Naltrexon oder mit Verhaltenstherapie oder mit beiden die höchsten Abstinenzraten erreichte. Dagegen zeigte sich kein signifikanter Effekt von Acamprosat allein oder in Kombination mit Naltrexon. Die Unterschiede in der Wirksamkeit des Acamprosat in der COMBINE-Studie im Vergleich zu Studien, die eine eindeutige Wirksamkeit nachgewiesen haben, werden vor allem hinsichtlich unterschiedlicher Patientencharakteristika diskutiert.

Wie bereits erwähnt, sind von den Erfolgsraten dieser Evaluation der Behandlungsmethoden anhand doppelblinder und placebokontrollierter Interventionsstudien die Erfolgsraten der im deutschen Sucht-Behandlungssystem etablierten klinischen Versorgung zu unterscheiden. Im Rahmen einer aktiven Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch in der Regel schwer alkoholabhängige Patienten erreicht die stationäre Alkoholentwöhnung als mehrmonatige Rehabilitationsmaßnahme Abstinenzraten von bis zu 70 % nach einem Jahr (Feuerlein & Kufner, 1989) und bis zu 50 % nach 16 Jahren (Mann et al., 2007; Mann et al., 2005).

Klinische Studien zur Evaluation einer Therapieform erzielen schlechtere Remissionsraten als die etablierte Langzeitentwöhnung

1.3.4 Prognose

Auf der Grundlage von großen epidemiologischen Studien mit zum Teil repräsentativen Stichproben kann als gesichert gelten, dass es einem Großteil alkoholabhängiger Menschen gelingt, sogar ohne Kontakt zu profes-

sionellen Beratern oder Therapeuten wieder zu weniger riskantem Konsum oder gar zur Abstinenz zurückzufinden. Für einen Großteil dieser Stichproben ist die Stabilität der Diagnose – oder anders ausgedrückt die Chronizität der Störung – noch moderat ausgeprägt. Mit Beratung oder therapeutischer Unterstützung (z. B. in Form von Programmen zur Reduktion des Konsums, so genannten „drink-less Programmen“ und Kurzinterventionen) kann hier positiver Einfluss genommen werden. Für Patienten, die aufgrund des Alkoholproblems im Gesundheitssystem professionelle Hilfe nachfragen (müssen), stellt die Alkoholabhängigkeit dagegen eine chronische Erkrankung dar. Fast alle der in diesem klinischen Sinne alkoholabhängigen Patienten müssen lernen und akzeptieren, dass sie nicht mehr im normalen Rahmen mit Alkohol umgehen können. Kleine Ausrutscher („lapses“) führen in der Regel über das Einsetzen des Kontrollverlustes zu einem kompletten Rückfall in unkontrolliertes Trinkverhalten und zur Notwendigkeit einer stationären Entgiftung.

Je schwerer die Abhängigkeit ausgeprägt ist, desto schlechter wird die Prognose

Allgemein gilt für im klinischen Sinne alkoholabhängige Patienten ein negativer Zusammenhang zwischen Therapiechancen und Folgeschäden. Das heißt, je schwerer die Alkoholabhängigkeit ausgeprägt ist, je länger sie andauert und je mehr zusätzliche Störungen vorhanden sind, desto ungünstiger wird die Prognose (Tucker, 1995).

Die Schwere der Alkoholabhängigkeit kann über die Anzahl der erfüllten Diagnosekriterien (ICD-10 oder DSM-IV) eingeschätzt werden, über die Zeitdauer der Erkrankung und die Anzahl der bisherigen Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen. Je mehr Diagnosekriterien erfüllt sind, je länger dieser Zustand schon andauert und je mehr Entgiftungen und Entwöhnungen bereits durchlaufen wurden, desto schwerer ist die Erkrankung.

Gemäß Psychotherapie- und Pharmakotherapiestudien erreichen 30 bis 50 % der Patienten Abstinenz, Langzeitentwöhnung führt dagegen meistens zu dauerhafter Abstinenz

Für im klinischen Sinn alkoholabhängige Patienten gelten die Remissionsraten der oben angeführten Therapiestudien. Das heißt, dass durch Psychotherapie und pharmakotherapeutische Unterstützung 30 bis 50 % der Patienten mittelfristige Abstinenz erreichen können. Bei stationärer Langzeit-Entwöhnungsbehandlung wird für die meisten Betroffenen dauerhafte Abstinenz erreicht. Für den einzelnen Patienten steht im Falle der erreichten abstinenten Lebensweise dennoch eine chronische Erkrankung im Hintergrund, die oftmals nur durch tägliche Aufmerksamkeit und psychosoziale Unterstützung in Form von ambulanten Therapie- oder Selbsthilfegruppen bewältigt werden kann. Das Leben dieser Patientengruppe ist durch häufige Pendelbewegungen zwischen Risikosituationen, Rückfällen und Therapiererfolgen gekennzeichnet. Günstigenfalls stellt sich überwiegende Abstinenz bei dauerhafter Selbsthilfe ein. Im ungünstigen Verlauf kommt es zu einschneidenden psychosozialen Folgeschäden, komorbiden körperlichen und psychiatrischen Erkrankungen und chronifizierter Hilflosigkeit gegenüber der Substanz Alkohol.

Zwischen Therapieerfolg, dauerhafter Selbsthilfe und chronifizierter Hilflosigkeit: Viele alkoholabhängige Patienten erreichen eine dauerhafte Abstinenz, während andere chronisch betroffen sind und gravierende gesundheitliche und soziale Folgen hinnehmen müssen.

2 Ätiologie der Alkoholabhängigkeit

2.1 Wirkungen des Alkoholkonsums

Zu den wesentlichen Ursachen des Unvermögens, den Alkoholkonsum zu reduzieren oder zu unterlassen, gehört die Wirkung der Substanz selbst.

Auch unterhalb der Schwelle zur Abhängigkeit geht der Konsum von Alkohol mit einer Fülle psychischer Wirkungen einher. Diese Vielfalt psychotroper Wirkungen beruht darauf, dass Alkohol als „dirty drug“ (Bezeichnung für „unsaubere Medikamente“, die eine Vielzahl paralleler Angriffspunkte und Effekte aufweisen) wirkt und nahezu alle Neurotransmittersysteme beeinflusst. Alkohol hat anxiolytische, euphorisierende, sedierende, hypnotische, anästhetische, depressiogene und enthemmende Wirkungen. Bei einem Konsum von bis zu etwa 0,8 oder 1,0 Promille überwiegen in der Regel die positiven Folgen. Mit bildgebenden Verfahren konnte gezeigt werden, dass infolge des Alkoholkonsums Strukturen des Frontalhirns aktiviert werden, die auf Belohnung reagieren. Die deutlichsten psychotropen Effekte sind vor der höchsten Blutalkoholkonzentration festzustellen, denn bereits während der Alkoholintoxikation kommt es zu Adaptation und Gewöhnung an diese psychotropen Wirkungen. Zu Beginn des Konsums und im Verlauf beim Nachtrunk steigt die Alkoholkonzentration. Bei diesem Anstieg der Konzentration überwiegen in der Regel Effekte wie Euphorisierung, Anxiolyse und Enthemmung. Die belohnenden Effekte rufen positive Gefühle bzw. Glücksgefühle hervor. Überdies ist der Alkoholkonsum im Zusammenhang mit Freizeit, Festen und Feierlichkeiten häufig mit situativ bedingten positiven Erfahrungen gekoppelt. Die Selbstkritik ist vermindert, die Aufmerksamkeit reduziert und die Risikobereitschaft erhöht. Somit begünstigt der Konsum von Alkohol über die positiven affektiven Folgen sowie die Minderung der Kritikfähigkeit und die Erhöhung der Risikobereitschaft die Fortsetzung oder Erhöhung des Alkoholkonsums.

Die Wirkung des Alkohols kann jedoch situativ bedingt und bei höheren Trinkmengen auch negative Gefühle verstärken. Alkoholkonsum kann bei

Bei moderatem Konsum überwiegen in der Regel angenehme, euphorisierende und anxiolytische Wirkungen

Die Einbettung des Konsums in Freizeit und festliche Ereignisse verfestigt die positive Bedeutung des Alkoholkonsums

Die Kombination angenehmer Wirkung bei nachlassender Kritikfähigkeit verstärkt sowohl kurz- wie langfristig die Fortführung oder Erhöhung des Konsums

entsprechender psychischer Situation Zweifel und negative Gefühle verstärken und depressiogen wirken (umgangssprachlich: „den Moralischen bekommen“).

2.2 Für die Alkoholabhängigkeit disponierende Faktoren

**Geringe
Vulnerabilität
als Risikofaktor**

Die Vulnerabilität für die Intoxikationswirkungen des Alkohols scheint für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit eine wichtige Rolle zu spielen. So konnte gezeigt werden, dass nicht abhängige Jugendliche, die bei moderatem Alkoholkonsum im Stehen weniger stark schwankten und weniger starke Rauschempfindungen beschrieben, im Langzeitverlauf ein erhöhtes Risiko für die spätere Ausbildung einer Alkoholabhängigkeit aufweisen (Schuckit, 1994).

Die geringere Vulnerabilität für die akuten Wirkungen des Alkohols scheint über das serotonerge und das GABAerge Neurotransmittersystem vermittelt zu werden (Hein et al., 2007). Eine Reduzierung des Serotoninstoffwechsels scheint die GABAerg vermittelten sedierenden Effekte des Alkoholkonsums zu verkleinern. Weniger serotonerge Innervation bewirkt demnach eine geringere GABAerg vermittelte Sedierung unter akuter Alkoholintoxikation. Dies kann sowohl über Umgebungseinflüsse vermittelt als auch genetisch bedingt sein. Als Beleg für Umgebungseinflüsse wurde der Befund gewertet, dass Affen, die früh von der Mutter getrennt werden, sowohl einen niedrigeren Serotoninumsatz als auch eine niedrigere Vulnerabilität für Effekte akuter Alkoholintoxikation aufwiesen.

**Erhöhte
 μ -Opiat-
rezeptor-
dichte**

Einen potenziell auch disponierenden, aber in jedem Fall einen aufrechterhaltenden Faktor für Alkoholabhängigkeit stellt die Erhöhung der μ -Opiatrezeptordichte bei abstinenten Alkoholabhängigen im und nach dem Entzug dar (Heinz et al., 2005). Mit Hilfe der Positronen-Emissions-Tomografie (PET) wurde bei abstinenten alkoholabhängigen Patienten im Zustand nach der Entgiftung und auch nach weiteren fünf Wochen in den Gehirnzentren, die auf Belohnung reagieren, eine erhöhte Dichte für μ -Opiatrezeptoren gefunden. Über diese Rezeptoren werden die belohnenden Effekte des Alkohols vermutlich durch die Ausschüttung von Endorphinen vermittelt. In der Untersuchung konnte überdies gezeigt werden, dass die Erhöhung der μ -Opiatrezeptordichte mit dem Ausmaß des Verlangens nach Alkohol (craving) korrelierte. Dieser Zusammenhang spielt bei der therapeutischen Wirksamkeit des Naltrexons eine Rolle. Durch die Blockade des μ -Opiatrezeptors wird bei einigen, jedoch nicht allen Patienten eine Reduzierung der hedonistischen, belohnenden Qualität des Alkoholkonsums erreicht. Die beschriebene Bildgebungs-Studie bezieht sich jedoch nur auf bereits alkoholabhängige Patienten. Sollte μ -Opiat-