

# Alkoholabhängigkeit

Seite 15–19

## ? Wie verhalten sich die Erkrankten?

3,5 Millionen Menschen in Deutschland sind abhängig vom Alkohol. Alkohol ist in unserer Kultur die am häufigsten gebrauchte Droge. Die Gelegenheit zum Konsum ist allgegenwärtig. Der Übergang vom Genußtrinken zum süchtig-zwanghaften Konsum ist fließend. Kommt es allerdings zu einer Suchtentwicklung, dann werden von den Betroffenen relativ regelhaft folgende Stadien des Suchtprozesses durchlaufen:

Am Anfang, in der sog. *voralkoholischen Phase*, wird Alkohol nicht mehr zum Genuß, sondern seiner psychischen Effekte wegen getrunken: um psychische Anspannungen abzubauen, die Stimmung zu heben, die Zunge zu lösen, um Streß zu mindern oder um Unsicherheit zu überspielen.

Bald, in der sog. *Prodromalphase*, merken die Betroffenen, daß sie Alkohol brauchen. Schlechtes Gewissen regt sich. Man denkt häufig an Alkohol, trinkt heimlich und bekommt wegen Angetrunkenenseins Ärger mit dem Partner, im Straßenverkehr oder in der Firma.

In der *kritischen Phase* der Abhängigkeitsentwicklung haben es die Betroffenen nicht mehr in der Hand, wann, wo und wieviel sie trinken (Kontrollverlust). Die Betroffenen sind nur noch kurzfristig fähig, nicht zu trinken (abstinenzunfähig), vielleicht für Tage oder wenige Wochen, wenn es wegen der Trinkerei massiven Ärger gab, der Arbeitgeber mit Entlassung oder der Partner mit Trennung droht. Entscheidend ist für die Beurteilung, daß es tatsächlich zu einer Abhängigkeit gekommen ist, nicht die Fähigkeit, für mehr oder minder kurze Zeit aufzuhören. Es charakterisiert die Sucht, daß trotz „guter Vorsätze“ ein Zwang

besteht, über kurz oder lang von neuem zu trinken.

In der letzten, sog. *chronischen Phase* einer „Suchtkarriere“ ist der Verfall durch den Alkohol in allen Bereichen des Lebens unverkennbar. Tage-lange Rausche, morgendliches Trinken, Gedächtnisverluste („Filmrisse“) und schwere körperliche Folgeschäden haben sich eingestellt. Die Komplikationen der Suchterkrankung führen zu notfallmäßigen Krankenhausbehandlungen (zur Entgiftung, zur Delirbehandlung, wegen entzugsbedingter epileptischer Krämpfe usw.). Zwischenmenschliche Kontakte sind nur noch „im Milieu“ möglich, die Arbeitsstelle ist verlorengegangen.

Die beschriebene Stadienfolge entspricht der typischen Suchtkarriere des sog. *Gamma-Trinkers* in der Abhängigkeitsklassifikation nach dem englischen Suchtforscher Jellinek. Es gibt auch andere, seltenere Verläufe der Suchterkrankung. Beispielsweise gibt es Menschen, die gleichmäßig Tag für Tag viel Alkohol trinken, um „auf ihren Pegel“ zu kommen. Es gibt keinen vollständigen Kontrollverlust. Es handelt sich um sog. „*Spiegeltrinker*“ (Delta-Trinker nach Jellinek). Bei einem anderen Typ des Alkoholismus werden mehr oder minder lange Zeiten der Abstinenz unterbrochen von Episoden massiven Trinkens über Tage bis wenige Wochen. Derartige „*Quartalstrinker*“ entsprechen dem Epsilon-Typ in der Abhängigkeitsklassifikation nach Jellinek.

Allen Formen der Alkoholabhängigkeit ist gemein, daß die Betroffenen „eigentlich“ sehr gut um ihre Abhängigkeit wissen. Oft genug haben sie versucht, mit dem Trinken aufzuhören und noch öfter sind sie gescheitert. Gleichwohl ist es schwierig, mit ihnen über die Alkoholabhängigkeit zu reden.

Sowohl zur Vergewisserung des Arztes als auch für eine „Selbstdiagnose“ der Betroffenen bietet sich daher die Beantwortung der nachfolgenden Fragen an:

- ☐ Habe ich schon einmal Ärger bekommen wegen des Alkohols (mit der Polizei, mit der Straßenverkehrsbehörde, mit dem Arbeitgeber, mit Angehörigen)?
- ☐ Habe ich mir zu einer bestimmten Zeit vorgenommen, nicht zu trinken und es dann trotz des „guten Vorsatzes“ doch getan?
- ☐ Hatte ich mir vorgenommen, bei einigen Anlässen maßvoll zu trinken und habe ich mich dann trotzdem betrunken?
- ☐ Gab es wegen des Trinkens „Filmrisse“ (Papezesten)?
- ☐ Habe ich morgens „Starterschlucke“ gebraucht, um überhaupt in die Gänge zu kommen?
- ☐ Bin ich auf gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit Alkoholmißbrauch angesprochen worden?

Die Beantwortung von einer der gestellten mit Ja läßt einen Alkoholmißbrauch vermuten. Werden zwei und mehr Fragen mit Ja beantwortet, dann ist die (Selbst-)Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

### ? Wie verhalten sich Angehörige, Kollegen und Freunde?

Die Alkoholabhängigkeit ist ein heimliches, verheimlichtes Leiden, wobei im Umfeld der Erkrankten eigentlich alle um das Geheimnis wissen. Der erste und wichtigste Schritt zur Bewältigung der Abhängigkeit ist der offene Umgang mit dem Problem. Die süchtige Abhängigkeit muß möglichst klar angesprochen werden. Das heißt, alle Menschen im Umfeld des Abhängigen müssen heraus aus ihrer Rolle als hilfloser Beobachter, als Schweiger, letztlich als Mitwisser und Komplize. Am besten kommen alle Beteiligten, beispielsweise in der Praxis des Hausarztes, „an einen Tisch“ zusammen. Partner, Kinder, möglicherweise auch die Nachbarn und/oder Kollegen formulieren in Gegenwart des Betroffenen klar und eindeutig ihre Beobachtungen, ihre Sorgen, ihre Schwierigkeiten,

aber auch ihr Hilfsangebot. Durch dieses hohe Maß an „Öffentlichkeit“ ist das Heimliche, das Verheimlichte weg. Es ist eine Chance für den Erkrankten gegeben, sich seiner Sucht zu stellen. Klar müssen in einem solchen Gespräch aber auch verbindliche Absprachen und Konsequenzen getroffen werden, z.B. daß die Ehepartnerin eines Alkoholabhängigen sein durch die Trinkerei bedingtes Fehlen am Arbeitsplatz nicht mehr durch entschuldigende Telefonate beim Vorgesetzten deckt. Verabreden Sie Schritte zur Abstinenz!

### ? Was sind die Ursachen der Abhängigkeit?

Es gibt keine einheitliche Ursache von Sucht allgemein oder Alkoholabhängigkeit speziell. Für die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit ist ein komplexes Zusammenwirken unterschiedlicher biologischer, sozialer und psychischer Faktoren mit jeweils unterschiedlichen Schwergewichten beim einzelnen Menschen anzunehmen. Erbfaktoren spielen ebenso eine Rolle wie der Einfluß des Milieus, in dem ein Mensch aufwuchs und erzogen wurde. Immer wieder trifft man auf eine auffällige Häufung alkoholabhängiger Menschen in einer Familie über mehrere Generationen hinweg. Besonders ungünstig für die Entwicklung einer Suchtkrankheit ist ein früher Erkrankungsbeginn im jugendlichen Alter. Doppelt schwer wiegt die Kombination der Suchterkrankung mit Verhaltensstörungen oder anderen psychischen Leiden bei einem Menschen! Manchmal stehen Ängste und Depressionen am Anfang einer „Sucht-Karriere“. Alkohol wird als Angstlöser und Stimmungsmacher anfänglich wie eine Medizin ge-/mißbraucht. Es gibt aber auch den umgekehrten Weg. Am Anfang steht der Alkoholmißbrauch. Später entwickeln sich wegen der Probleme durch den Alkohol in Familie und Beruf und nicht zuletzt auch wegen der permanenten Kränkung des Selbstwertgefühles Ängste und Depressionen. Nicht zu verkennen ist schließlich auch, daß Alkohol ein Nervengift ist und durch seinen Mißbrauch Schäden im peripheren (Polyneuropathien) und im Zentralnervensystem (hirnorganische und Psychosyndrome) verursacht werden.

Die „Doppelerkrankung“ (Komorbidität), d.h. das gleichzeitige im Vorkommen einer Abhängig-

keit mit anderen psychischen Störungen wie Depressionen, Angsterkrankungen und Zwangsstörungen eröffnet aber auch Wege für „doppelgleisige“ Behandlungsansätze. Beispielsweise wird die begleitende Depression antidepressiv behandelt; dies durchaus auch mit Antidepressiva. Dabei müssen Betroffene wissen, daß bei geeigneter Auswahl der Medikamente keine Suchtgefahr besteht. Antidepressiva haben kein Suchtpotential. Deshalb muß man nicht fürchten, statt alkoholsüchtig nunmehr tablettenabhängig zu werden. Es trifft auch keinesfalls zu, daß eine unterstützende Therapie mit Antidepressiva bei einem Menschen mit der Doppelerkrankung Alkohol und Depression ein Zeichen von Schwäche und mangelndem Willen, sich mit der Sucht auseinanderzusetzen, ist. Indem das Antidepressivum die erschöpften seelischen Batterien auflädt, kommt der Betroffene zu neuen psychischen Kräften. Dies hilft ihm wiederum in der Auseinandersetzung mit der Sucht.

Ähnliches gilt auch, wenn die Alkoholabhängigkeit zusammen mit Angsterkrankungen (z. B. mit sozialen Phobien, generalisierten Angststörungen, Panikattacken) oder mit der Zwangserkrankung auftritt. Auch in diesen Fällen ist jeweils eine „doppelgleisige“ Behandlung beider Störungen angeraten.

### ? Welche Behandlungsmöglichkeiten der Alkoholabhängigkeit gibt es?

Jede Suchttherapie gliedert sich in vier Phasen und hat die vollständige Enthaltensamkeit gegenüber Alkohol (*Abstinenz*) zum Ziel.

In der ersten Behandlungsphase geht es darum, das Problem – wie bereits oben geschildert – möglichst offen und umfassend zu benennen. Ziel ist, eine Bereitschaft beim Erkrankten aufzubauen, sich mit der Sucht auseinanderzusetzen. Dabei ist es wichtig, anzuerkennen, daß Abhängigkeit Krankheit ist, nicht Unsitte, Amoralität oder schlechte Angewohnheit. Oft genug haben die Betroffenen selbst versucht, aufzuhören und sind daran gescheitert. Aus der Erfahrung des Scheiterns wissen Betroffene auch, daß mit festem Willen allein und guten Vorsätzen dem Alkoholmißbrauch oder gar der Sucht nicht beizukommen ist. Wich-

tig ist bei allen Beteiligten, daß es um Hilfe und Behandlung, nicht um Gängelung und moralisierende Vorverurteilungen geht. Entsprechende Gespräche sollten beim Hausarzt, in der Familie, in Selbsthilfegruppen oder den Suchtberatungsstellen stattfinden.

In der zweiten Behandlungsphase geht es um die Reduktion (Verringerung) bzw. die völlige Enthaltensamkeit (Abstinenz). Durch eine enge Absprache zwischen dem ambulant tätigen Arzt, den Angehörigen und dem Alkoholkranken ist dies auch unter Umständen ambulant möglich. Entgiftung ist schwer. Der Betroffene bedarf der Unterstützung von Arzt und Angehörigen durch motivierende und unterstützende Gespräche ebenso wie der Milderung von Entzugsserscheinungen durch geeignete Medikamente. Auch ist selbstverständlich, daß man in den ersten Tagen der Abstinenz arbeitsunfähig ist und dies vom Arzt entsprechend testiert wird. Man spricht wegen der vielfach schädigenden Wirkung des Alkohols auch von einer Entgiftungsphase. Es kann durchaus versucht werden, Menschen ambulant vom Alkohol zu entziehen. Die ambulante Entgiftung ist an einige Voraussetzungen geknüpft:

- Eine hohe, persönliche Bereitschaft/Motivation beim Betroffenen, vom Alkohol wegzukommen;
- einen bestimmten „verbindlichen“ Zeitpunkt zum Absetzen des Alkohols; Patient, Arzt und Angehörige verabreden dies gemeinsam.
- In der schwierigen ersten Zeit der Abstinenz gibt es möglichst häufige und regelmäßige Kontakte (z. B. jeden zweiten Tag in der Sprechstunde) zwischen dem Betroffenen und seinem Arzt. Dieser ermöglicht es, die Motivation immer wieder positiv zu verstärken, über Entzugssymptome zu sprechen und diese ggf. zu behandeln.
- Für den Betroffenen ist die ambulante Entgiftung eine sehr schwierige Zeit. Er sollte deshalb in der Regel durch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom beruflichen Alltag entlastet sein.

Nicht immer ist es möglich, ambulant zu entgiften. Dies vor allem, wenn Entzugsserscheinungen ambulant nicht beherrscht werden können und/oder die Betroffenen trotz „guten Willens“ nicht abstinenzfähig sind. In diesen Fällen bedarf es einer zwei-

bis vierwöchigen stationären Behandlung, um u. a. auch durch medikamentöse Unterstützung bestimmte Absetzphänomene zu mildern („weicher Entzug“) und Komplikationen (z. B. das Delir, Entzugskrämpfe) beizeiten zu erkennen und zu behandeln. Auch dient die Entgiftungsphase der Therapiemotivation und -vorbereitung: beispielsweise durch Vermittlung von Wissen über die Suchterkrankung (Psychoedukation) und das Knüpfen erster Kontakte zu Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen. Das Suchtverhalten wird im Gespräch mit dem Erkrankten möglichst genau analysiert und ein Behandlungsplan erstellt, der exakt auf die persönliche Problematik und Zielvorstellung des Erkrankten zugeschnitten ist.

An den Entzug schließt sich als dritte Behandlungsphase über Wochen bis Monate die Entwöhnung an. Je nachdem kann dies ambulant oder stationär sein. Ziel der Entwöhnung ist es, ein Leben ohne Alkohol neu einzuüben. Dies ist oft viel schwieriger, als es sich anhört. Schließlich war bei vielen Suchtkranken der Alkohol eine wichtige „Krücke“. Er half beispielsweise, um Unsicherheit im zwischenmenschlichen Kontakt zu überspielen, um Entspannung zu finden. Oder er war Stimmungsmacher bei Niedergeschlagenheit oder bei „Geselligkeitstrinkern“ der „gemeinsame Nenner“ beim Zusammenkommen mit Bekannten und Kollegen. Das Wegnehmen des Alkohols hinterläßt also eine Art Lücke. Diese gilt es, positiv zu schließen. Dafür bedarf es vieler unterstützender Gespräche, in denen es um die Beantwortung der folgenden Fragen geht:

- ☐ Wofür habe ich früher den Alkohol gebraucht, wobei hat er mir „geholfen“?
- ☐ Welche „Lücken“ gibt es heute in meinem Leben, die ich früher mit vielfachem und ausgiebigem Alkoholkonsum „gefüllt habe“?
- ☐ Was kann ich tun, um ein Leben ohne Alkohol für mich positiv zu gestalten?

Diese und ähnliche Fragen im Zusammenhang mit der erreichten Abstinenz und eine möglichst dauerhafte Befreiung von der Sucht sollten im vertrauensvollen Gespräch zwischen Arzt und Patient, zwischen dem Betroffenen und seinen Angehörigen, aber auch besonders im Kreise Betroffener, d. h. in Selbsthilfegruppen Suchtkranker, erörtert werden.

Manchmal gelingt Entwöhnung aber nicht mit den Möglichkeiten ambulanter Hilfen. In einem solchen Fall bieten Fachkrankenhäuser und Suchtkurkliniken Hilfe an. Man unterscheidet stationäre Kurzzeitherapien, beispielsweise sog. qualifizierte Motivationsbehandlungen in 4–6 Wochen, von langfristigen, mehrmonatigen Entwöhnungsbehandlungen. Finanziert werden sie in Deutschland von Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern.

In der Entwöhnungsphase kann auch eine medikamentöse Behandlung eine Rolle spielen. Zum einen werden gegen den Suchtdruck sog. „Anti-Craving“-Medikamente wie Acamprosat (siehe S. 70) über einige Monate eingesetzt. Durch solche Medikamente werden Empfängerzellen im menschlichen Organismus, sog. Rezeptoren, blockiert, die ein Verlangen nach Alkohol auf körperlichem Wege (craving) hervorrufen.

Zum anderen kann eine medikamentöse Therapie sinnvoll sein, wenn die Abhängigkeit durch andere psychiatrische Störungen mitbedingt und mitunterhalten wird. In einem solchen Fall kann es durchaus die Kooperativität und Abstinenz fördern, wenn begleitende Depressionen, Angststörungen und Zwangsstörungen mit bestimmten Klassen von Antidepressiva (SSRIs, RIMAs, Johanniskrautpräparaten) behandelt werden. Wichtig ist es aber, sich möglichst auf die genannten Substanzklassen zu beschränken, weil diese kein eigenes Suchtpotential haben. Probleme bestehen hingegen bei Beruhigungsmitteln, besonders bei Benzodiazepinen, bei vielen Schlafmitteln und bei Schmerzmitteln. Bei alkoholabhängigen Menschen kann es durch diese Medikamente zu einer Suchtverlagerung, d. h. einer erneuten Abhängigkeit, nämlich von Tabletten, kommen.

Nicht verschrieben werden sollte auch Clomethiazol (Distraneurin®). Dies ist fälschlicherweise manchmal noch zur Unterstützung der ambulanten Entgiftung eines Patienten gebräuchlich. Clomethiazol hat ein hohes Suchtpotential und kann zudem in Überdosis und in Kombination mit gleichzeitigem Alkoholgebrauch zum Atemstillstand führen. Deshalb sollte der Einsatz von Clomethiazol (als Tabletten und Infusion) der stationären Behandlung vorbehalten bleiben. Dort spielt es eine wichtige und positive Rolle in der Therapie des Delirs.

In der vierten Behandlungsphase, der Nachsorgephase, geht es auf Monate und Jahre darum, dem Rückfall in die Alkoholsucht entgegenzutreten. Dauerhafte Abstinenz ist das Ziel. Nur eine kleine Minderheit von alkoholabhängigen Menschen kann später einmal in ihrem Leben wieder „kontrolliert“ trinken. Bei den allermeisten besteht die Gefahr, daß ein anfänglicher maßvoller Konsum, vielleicht auch schon das eine Glas Sekt, getrunken aus festlichem Anlaß, in Tagen, Wochen und Monaten zum Abgleiten in die Sucht führt. Auch Angehörige sollten dies wissen. Überhaupt ist es für Angehörige wichtig, ein Informations- und Beratungsforum zu haben. Vielfach bieten sich Angehörigengruppen an. Deren Treffs kann man der Tagespresse oder Informationen der Gesundheitsämter entnehmen. Die Betroffenen selbst sollten ein Gespür entwickeln, welche Situationen rückfallgefährdend sein könnten. Es lohnt das Gespräch mit dem Hausarzt, unter welchen widrigen Umständen ein Rückfall denkbar sein könnte („sage nie: Nie!“). Es gilt auch zu überlegen, was „im Fall eines Falles“, d.h. beim Alkoholrückfall, zu tun ist. Zur Alkoholkrankheit gehört der Alko-

holrückfall! Insofern ist es wichtig, daß alle Beteiligten, d.h. der Abhängige, seine Angehörigen und der Hausarzt eine Art von „Szenario des Alkoholrückfalls“ besprechen, damit Hilfe rasch auf den Weg gebracht werden kann. Besonders problematisch wäre es, wenn der Rückfall bagatellisiert würde. Die Nachsorgephase kann man auch als Etappe der Selbstkontrolle bezeichnen, in der der abhängige Mensch versucht, die erreichten Verhaltensänderungen bei sich im häuslichen Alltag zu überprüfen, zu stabilisieren und zu verstärken. Dazu bedarf es immer der Möglichkeit einer zwischenzeitlichen „Auffrischung“ im Gespräch in der Arztpraxis, der Beratungsstelle der Fachambulanz oder in der Selbsthilfegruppe (z.B. beim Blauen Kreuz, dem Kreuzbund oder den Anonymen Alkoholikern). Gerade die Selbsthilfegruppen sind in vielerlei Hinsicht wichtig: Der Suchtkranke ist nicht allein, er wird bei den regelmäßigen Treffs an sein Alkoholproblem erinnert, er trifft aber auf „Experten“ wie sich selbst, d.h. Menschen, die selber Erfahrungen gesammelt haben mit der Bewältigung, aber auch dem zwischenzeitlichen Scheitern an der Sucht.