

Ein umfassendes Behandlungskonzept

Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA)

Sabina Stawicki, Henning Krampe, Katja Ribbe, Silja Niehaus, Thilo Wagner & Hannelore Ehrenreich, Göttingen

Die chronische Alkoholabhängigkeit erfordert ebenso wie Arthritis, Hypertonie, Asthma oder Diabetes eine flexible, intensive und oft lebenslange Behandlung. Nachfolgend werden die Prinzipien und die klinischen Ergebnisse der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA) und des Einsatzes von Alkoholaversiva beschrieben.

Mit einer 12-Monats-Prävalenz von mindestens 3 % und einer Lebenszeitprävalenz von 8–14 % zählt die Alkoholabhängigkeit zu den häufigsten psychischen Störungen [22, 30, 38]. Ihre Behandlung wird besonders erschwert durch eine hohe Rate an komorbiden psychischen Störungen, vor allem Persönlichkeitsstörungen (ca. 30–60 %), Angststörungen (20–30 %) und affektive Störungen (20 %) [21, 38, 39, 42]. Der volkswirtschaftliche Schaden durch Alkoholkonsum ist in Deutschland mit jährlich ca. 21 Milliarden Euro, 42 000 Toten, 14 000 Frühberentungen, 40 000 Reha-Maßnahmen, 570 000 Krankenhausaufenthalten und 850 000 Arbeitsunfähigkeitsfällen enorm [3].

Obwohl die Ursachen und Entwicklungsprozesse in ihrer Komplexität erst ansatzweise aufgeklärt sind, lassen sich vier Faktoren identifizieren, die bei der Entstehung der Alkoholabhängigkeit eine wichtige Rolle spielen:

- › eine ausgeprägte **genetische Disposition** (Anteil auf 50–64 % geschätzt),
- › **irreversible Schädigungen im so genannten Belohnungssystem** des Gehirns (Teile des limbischen Systems, vor allem Hippocampus und Amygdala, Nucleus caudatus, Teile des Frontallappens und Nucleus accumbens),
- › eine **starke Beeinträchtigung der psychobiologischen Stresstoleranz**, die sich nur sehr langsam im Verlauf der Abstinenz regeneriert, und
- › jahrzehntelange, hochüberlernte **selbstschädigende Lernprozesse** (Überblick in [24]).

Die Daten zu Verlauf und Prognose der Alkoholabhängigkeit sind alarmierend. Langzeitstudien, die zwischen 4 und 35 Jahre überblickten, haben folgende wesentliche Verlaufsmerkmale identifiziert [9, 18, 31, 32, 42, 44]:

- › Alkoholabhängigkeit geht langfristig mit deutlich **erhöhten Sterblichkeitsraten** von 15–60 % einher. Das Mortalitätsrisiko ist für alkoholranke Menschen um das 2,5- bis Neunfache erhöht.
- › Mit ca. 5–30 % der Stichproben zu Studienbeginn ist im **Langzeitverlauf** nur ein kleiner Prozentsatz abstinent; die meisten Patienten sind langfristig rückfällig (25–60 %), gestorben (15–60 %) oder wechseln zwischen Phasen von Abstinenz, reduziertem Konsum und Rückfall (10–16 %).
- › Während Chronizität, schwere körperliche Folgekrankheiten, eine komorbide dissoziale Persön-

Die **Lebenszeitprävalenz** der Alkoholabhängigkeit beträgt 8–14 %.

Tab. 1: Die Behandlungsphasen von ALITA

- › **Stationäre Vorphase: Entgiftung (zwei bis drei Wochen)**
Besuch der Patienten durch ALITA-Mitarbeiter in der Notaufnahme und auf Entgiftungsstationen, Einführungsgespräch, Motivationsarbeit, Selektion, Anamneseerhebung, Aufbau einer Arbeitsbeziehung, Ausloten der sozialen Einbindung, Beginn der täglichen kontrollierten Einnahme von Antabus® (Disulfiram, 100 mg), täglich Urinkontrollen.
- › **Ambulante Phase I: Intensivphase (tägliche Kontakte über drei Monate)**
Lückenloser Übergang von der stationären Entgiftung zur ambulanten Therapie, täglich 15 Minuten Gespräch (primär supportiv), praktische Unterstützung der sozialen Reintegration, Gespräche mit Angehörigen, Hausbesuche, täglich kontrollierte Einnahme von Disulfiram (100 mg), täglich Urinuntersuchung auf Alkohol und andere Suchtstoffe, aggressive Nachsorge.
- › **Ambulante Phase II: Stabilisierungsphase (je nach Bedarf drei bis vier Monate)**
Schrittweise Kontaktreduktion auf dreimal pro Woche, weiterhin jeweils 15 Minuten supportives Gespräch, Intensivierung der sozialen Reintegrationsbestrebungen, regelmäßige Angehörigengespräche (individuell ausgerichtet), kontrollierte Einnahme von Disulfiram (400–500 mg), Urinkontrolle, aggressive Nachsorge.
- › **Ambulante Phase III: Ablösungsphase (Erreichen der „1-Jahres-Marke“)**
Kontaktreduktion auf zweimal pro Woche, jetzt jeweils 30 Minuten Gespräch, Stabilisierung der sozialen Reintegration, kontrollierte Einnahme von Disulfiram (400–500 mg), Urinkontrolle, aggressive Nachsorge.
- › **Ambulante Phase IV: Nachsorgephase (Überschreiten der „1-Jahres-Marke“)**
Einmal wöchentlich Teilnahme an der ALITA-Gruppe (therapeutenbegleitete Gruppe), initial noch wöchentlich ein Einzelgespräch (30 Minuten), kontinuierliche aggressive Nachsorge; Ziel: schrittweise Einstellung von Einzelgesprächen und Aversionsmedikation, dauerhafte, regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder der ALITA-Gruppe.

Tab. 2: Die Therapieelemente von ALITA

- › **Hochfrequente Kurzgesprächskontakte**
Strukturierte, sichernde Anbindung durch supportive, wenig fordernde Kurzgespräche; initial täglich 15 Minuten, einschließlich an Wochenenden und Feiertagen; langsame Reduktion der Kontaktfrequenz mit dem Ziel einer regelmäßigen und dauerhaften wöchentlichen Gruppenteilnahme.
- › **Kriseninterventionsbereitschaft**
Das ALITA-Team ist im Notfall für die Patienten immer erreichbar: 24 Stunden, 365 Tage.
- › **Soziale Reintegration und Hausbesuche**
Konkrete Unterstützung beim Aufbau eines abstinentzfördernden sozialen Umfeldes; explizite Beteiligung der Angehörigen an der Therapie; Familien- und Paargespräche; aktive Hilfe bei Problemen am Arbeitsplatz und mit Behörden; Unterstützung bei Wohnungssuche, Umzug, Wiedereinstieg ins Berufsleben, Schuldentilgung und Klärung juristischer Angelegenheiten.
- › **Schaffung einer Alkoholunverträglichkeit**
Einnahme von Disulfiram (Antabus®) als Alkoholaversivum. Die Hemmung des Alkohol abbauenden Enzyms Acetaldehyd-Dehydrogenase führt bei Alkoholkonsum zur Anhäufung des toxischen Acetaldehyds mit den Folgen einer „inneren Vergiftung“, der „Antabusreaktion“, d. h. Flush-Symptomatik, Blutdruckentgleisung, Pulsrasen, Übelkeit, Erbrechen, gelegentlich sogar Kreislaufkollaps.
- › **Kontrolle**
Kontrollierte Einnahme der Aversiva, regelmäßige Urin- und Blutuntersuchungen auf Alkohol und andere Suchtstoffe.
- › **„Aggressive Nachsorge“**
Beginnende Rückfälle werden sofort beendet und drohende Rückfälle verhindert. Dies geschieht, indem Patienten, die nicht zum vereinbarten Termin erscheinen, mit Telefonanrufen, mehrmaligen spontanen Hausbesuchen oder Briefkontakten zur Fortführung der Behandlung bzw. zur Wiederaufnahme der Abstinenz aufgefordert werden.
- › **Therapeutenrotation**
Im interdisziplinären ALITA-Team sind alle Therapeuten gleichermaßen für alle Patienten verantwortlich und führen nach dem Konzept der Therapeutenrotation im lockeren, nicht festgelegten Wechsel die Gespräche. Neue Therapeuten können jederzeit leicht in das Behandlungsteam eingeführt werden.

— **Eine Kurzzeitintervention** reicht bei chronischer Alkoholabhängigkeit nicht aus!

— Ein jahrzehntelanger **selbstschädigender Lernprozess** muss inaktiviert werden.

lichkeitsstörung, häufige Trinkexzesse in der Vorgeschichte, Trennung vom Partner und Arbeitslosigkeit als **Prädiktoren** für einen ungünstigen Verlauf identifiziert worden sind, werden eine stabile Partnerschaft, Wiederbeschäftigung, die Dauer einer Behandlung und die langfristige Teilnahme an Selbsthilfegruppen häufig als Prädiktoren für eine positive Prognose genannt.

› Der **Erholungsprozess** schreitet in den ersten Jahren der Abstinenz am schnellsten voran, dauert jedoch insgesamt zehn Jahre und länger. Erst ab dem dritten abstinenten Jahr ist das Rückfallrisiko deutlich und relativ stabil verringert.

Die hohe Prävalenz und die Chronizität der Alkoholkrankheit, ihr heterogenes und schwankendes Verlaufsmuster, die erhöhte Mortalität sowie die langfristig niedrigen Abstinenzchancen der meisten alkoholabhängigen Patienten machen deutlich, dass hier großer gesundheitspolitischer Reformbedarf besteht. Man muss fragen, mit welchen Argumenten Therapeuten, Sozialversicherungsträger und Therapieforscher noch immer eine Behandlung in Form von Kurzzeittherapien rechtfertigen können. Für Patienten mit riskantem Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch stellen Kurzinterventionen sicher angemessene Behandlungsalternativen dar, die mittel-

große Effektstärken erzielen können [6, 35]. Die Therapie der chronischen Alkoholabhängigkeit erfordert jedoch ein Umdenken. Alkoholabhängigkeit lässt sich in die Gruppe chronischer Krankheiten wie Arthritis, Bluthochdruck, Asthma und Diabetes einordnen und erfordert eine flexible, intensive und mitunter lebenslange Behandlung [10, 13, 25, 36].

In diesem Beitrag werden wir zunächst die allgemeinen Prinzipien der ambulanten Langzeittherapie alkoholabhängiger Patienten formulieren, dann das von uns entwickelte Therapieprogramm ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke) vorstellen, und abschließend einen kurzen Überblick über den Einsatz von Disulfiram in der Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit geben.

Prinzipien der ambulanten Langzeittherapie für Alkoholranke

Aus den empirischen Befunden über Epidemiologie, Entstehung, Verlauf und Therapie lassen sich wesentliche Prinzipien eines innovativen Behandlungsansatzes für Alkoholabhängigkeit ableiten [11, 13, 14, 29]:

- › **Strikte Abstinentorientierung:** Alkoholabhängigkeit ist eine irreversible, nicht heilbare Krankheit. Nur konsequente und langfristige Abstinenz kann die Symptome zum Stillstand bringen und den Erholungsprozess fördern. Therapieprogramme zum so genannten kontrollierten Trinken sind für alkoholabhängige Menschen kontraindiziert.
- › **Supportives, nicht konfrontatives Therapeutenverhalten:** Alkoholranke Patienten zeigen in den ersten Monaten der Abstinenz eine starke Beeinträchtigung der psychobiologischen Stress-toleranz, die sich erst langsam regeneriert. Konfrontatives und emotional belastendes Therapeutenverhalten ist kontraindiziert. Bewährt hat sich ein supportives Vorgehen, das auf gesprächspsychotherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien aufbaut.
- › **Chronische Krankheit – intensive lange Behandlung:** Die chronische Alkoholkrankheit basiert auf einer genetischen Disposition, irreversiblen neurobiologischen Schädigungen und jahrzehntelangen selbstschädigenden Lernprozessen. Eine derartige chronische Störung kann nur im Rahmen einer langfristigen und umfassenden Therapie behandelt werden, die mitunter lebenslang andauert. Kurzinterventionen eignen sich allenfalls für die weniger chronischen Erscheinungen von Alkoholmissbrauch und riskantem Konsum.
- › **Ein Rückfall ist ein Notfall:** Mit einer hohen Rate an körperlichen und psychiatrischen komorbiden Störungen, sozialen Problemen, starker Chronizität sowie einem deutlich erhöhten Mor-

talitätsrisiko zeigt sich die Alkoholabhängigkeit als eine schwere Krankheit. Ein Rückfall ist deshalb wie bei anderen schweren chronischen Krankheiten als Notfall zu beurteilen und benötigt eine sofortige Krisenintervention.

ALITA als integratives Therapieprogramm

Die Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA) ist ein vierstufiges Behandlungsprogramm, das sich direkt an den stationären Entzug anschließt und sich über insgesamt zwei Jahre erstreckt (Tab. 1). Das biopsychosoziale Therapiekonzept von ALITA zielt auf einen sofortigen Beginn der sozialen Wiedereingliederung der Patienten unter psychotherapeutischer und medizinischer Begleitung ab. Dazu werden wichtige Behandlungselemente der psychiatrischen Patientenversorgung, der Psychotherapie und der Suchttherapie zu einem umfassenden, intensiven und langfristigen Therapieprogramm integriert (Tab. 2).

Die Integration von intensiver Therapie und langer Behandlungsdauer berücksichtigt sowohl die in der frühen Abstinenz extrem beeinträchtigte psy-

chobiologische Stresstoleranz der Patienten als auch die Chronizität der Erkrankung (siehe [15, 43, 44]).

Ein entscheidendes Element von ALITA ist die Therapeutenrotation. Diese ist die Voraussetzung der pragmatischen Umsetzung der Patientenversorgung. Zusätzlich ist sie ein psychotherapeutischer Faktor, der sich durch die Wirkmechanismen „Verschiedenheit und Variation“ sowie „Kongruenz und Wiederholung“ positiv auf den Behandlungserfolg der Patienten auswirkt [26, 29].

Neben den wesentlichen in Tab. 2 beschriebenen Elementen kommen bei ALITA Therapiedokumente zum Einsatz, die den Patienten bei der Aufrechterhaltung der Alkoholabstinenz helfen (Abb. 1 und 2). Eine zentrale Rolle nehmen dabei der **Behandlungsvertrag**, der **grüne Ausweis für die Alkoholkrankheit** und die **Urkunden über das Erreichen des ersten und des zweiten**

ALITA
Ambulante Langzeit-Intensivtherapie
für Alkoholranke

Der Inhaber dieses Ausweises,
....., geb. am,
ist **alkoholkrank**.

**Vorsicht bei
Alkoholkrankheit:**
Keinesfalls Verschreibung
suchterzeugender Medikamente
(Benzodiazepine, Opiate, Barbiturate,
alkoholhaltige Medikamente),
cave Tropfen!
Bei Rückfragen: ALITA (Tel.:

Abb 1: Der grüne ALITA-Ausweis (Vorder- und Rückseite) legitimiert die Patienten, sich zu ihrer Krankheit zu bekennen, und schützt sie beim Arztbesuch vor der Verschreibung suchterzeugender Medikamente.

ALITA
AMBULANTE LANGZEIT-INTENSIVTHERAPIE FÜR ALKOHOLKRANKE

THERAPIEVERTRAG
Einverständniserklärung

Ich,, geboren am, bin über alle wichtigen Punkte des Therapieprogramms ALITA informiert worden.

Kurz zusammengefasst sind dies:

- Therapiedauer: 2 Jahre
- Jeder vereinbarte Termin muss eingehalten werden (auch an Wochenenden und Feiertagen)
- Bei Nichterscheinen oder Rückfall sucht das Therapeutenteam den Patienten auf oder kontaktiert Angehörige
- Kontrollierte Einnahme von Disulfiram (Antabus®)
- Kein Urlaub außerhalb der kontaktfreien Zeiten
- Zusammenarbeit mit mehreren Therapeuten
- Regelmäßige Urin- und Blutkontrollen auf Alkohol/Drogen
- Teilnahme an Fragebogen- und Interviewstudien zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung

Ich verpflichte mich, die vereinbarten Punkte einzuhalten, und bin mir darüber im Klaren, dass die Nichteinhaltung eines der Elemente des Programms zum Ausschluss aus der Ambulanz führt.

Ich habe mich nach gründlicher Aufklärung und reiflicher Überlegung zur Teilnahme an ALITA entschlossen.

Göttingen, den

.....
Teilnehmer/Teilnehmerin

.....
Therapeut/Therapeutin

URKUNDE

über
die einjährige erfolgreiche Teilnahme an
ALITA

verliehen an

geboren am

..... Datum

.....
Leiter/Leiterin der Ambulanz

Abb. 2: Behandlungsvertrag und Abstinenzurkunde

Gesprächsbeispiel: Psychoedukation zu Disulfiram

Herr M., 55 Jahre, Großhandelskaufmann, ist verheiratet und hat drei Kinder. Er ist seit 30 Jahren alkoholabhängig und berichtet, dass er zuletzt täglich 2 Liter Wein und 0,75 Liter Schnaps getrunken habe. Alkohol stelle in seiner Familie ein großes Problem dar, sein Vater und sein Bruder seien auch alkoholabhängig. 1999 und 2001 erhielt er vom Arbeitgeber Abmahnungen wegen Alkoholkonsums am Arbeitsplatz.

Herr M. hat bisher vier stationäre Entzugsbehandlungen und eine stationäre Langzeittherapie absolviert, nach denen er jedoch im Verlauf einiger Wochen jedes Mal rückfällig wurde. Als Alkoholfolgeschäden weist er eine Hepatomegalie und eine Polyneuropathie auf.

Nachdem seine Partnerin ihn vorübergehend verlassen hatte, steigerte er seinen täglichen Alkoholkonsum deutlich, sodass er sich zu einer erneuten stationären Entgiftung aufnehmen ließ. Während des Aufenthaltes entschließt er sich, an ALITA teilzunehmen.

Therapeut: Sie sind ja jetzt schon eine Woche auf der Station. Heute haben Sie Ihren zweiten Termin, bei dem Sie zu uns in die Ambulanz kommen. Wie geht es Ihnen damit, dass die Kontaktsperre auf der Station vorbei ist?

Herr M.: Na ja, ich muss sagen, die Zeit, als ich die Station nicht verlassen durfte, war schon ganz wichtig. Ich konnte etwas Abstand von allem finden. Aber ich hab' gemerkt, dass ich jetzt mehr auf mich aufpassen muss. Heute morgen war ich mit meinem Zimmernachbarn kurz im Supermarkt, und da hab' ich schon gemerkt, dass ich mich nach dem Wein umgeschaut habe, den ich immer getrunken habe. Da bin ich lieber schnell wieder raus.

Therapeut: Oh ja, das haben Sie ganz richtig gemacht. Gerade in der Anfangsphase wird Ihnen das vielleicht noch öfter passieren. Um sich selbst zu schützen, ist es am besten, wenn Sie solche Situationen dann schnell verlassen.

Herr M.: Ja, das habe ich auch gemerkt. Und dann ist mir eingefallen, dass ich ja dieses Medikament nehme und ich gar nicht trinken kann.

Therapeut: Hm, genau, Sie nehmen Antabus, damit Sie nicht trinken können. Können Sie mir noch mal genau beschreiben, was das Medikament in Ihrem Körper macht?

Herr M.: Ehm, ja, mal sehen, ob ich das alles noch zusammenkriege. Das haben Sie mich ja schon ein paar Mal gefragt.

Therapeut: Ja, weil es uns ganz wichtig ist, dass Sie die Wirkung genau kennen. Schließlich tragen wir für Ihre Gesundheit auch eine gemeinsame Verantwortung. Wir können Ihnen Antabus nur geben, wenn wir sicher gehen können, dass Sie verstanden haben, warum Sie es einnehmen und was passieren würde, wenn Sie Alkohol trinken.

Herr M.: O.k., also ich glaube, wenn ich Antabus einnehme, vertrage ich keinen Alkohol mehr, und wenn ich Alkohol trinken würde, würde es mir ziemlich schlecht gehen, Übelkeit, Herzerasen, ein roter Kopf, und ich müsste vielleicht ins Krankenhaus.

Therapeut: Ja, genau, es können auch Schwindelgefühle, Erbrechen, Atemnot und Herzkreislauf-Versagen auftreten, und es sind sogar Menschen gestorben, die auf Antabus getrunken haben. Sie sehen, es ist wirklich ernst zu nehmen. Wissen Sie, wie das Antabus im Körper wirkt, wenn Sie Alkohol trinken würden?

Herr M.: Wenn man unter Antabus trinkt, dann wird der Abbau von Alkohol verhindert und es bildet sich ein Gift, das dann diese ganzen körperlichen Probleme hervorruft. Wenn ich keinen Alkohol trinke, passiert gar nichts.

Therapeut: Ganz richtig, und was müssten Sie tun, wenn Sie wieder Alkohol trinken wollten?

Herr M.: Zwei Wochen warten und kein Antabus mehr einnehmen.

Therapeut: Genau, Antabus wirkt zwei Wochen lang in Ihrem Körper. Toll, das wissen Sie schon alles ziemlich gut. Und wie meinen Sie, dass Ihnen das Medikament in Ihrer Abstinenz helfen kann?

Herr M.: Na ja, dass ich halt weiß, dass ich keinen Alkohol trinken kann, selbst wenn ich wollte, ich müsste erst mal zwei Wochen warten.

Therapeut: Und genau das haben Sie ja heute morgen auch ganz richtig gemerkt. Sie wussten, dass Sie keinen Wein trinken können und haben sich eine Alternative zum Alkohol gesucht: das Rausgehen aus dem Supermarkt. Auf diese Weise werden Sie im Laufe der Zeit immer mehr riskante Situationen abstinent meistern können.

Herr M.: Ah ja, bis ich dann irgendwann gar kein Antabus mehr brauche.

Therapeut: Ja, genau, das ist das Ziel.

abstinenten Jahres ein. Diese Unterlagen haben eine erlebnisaktivierende Wirkung. Während der Vertrag ein sichtbares und transparentes Dokument dafür darstellt, dass sich der Patient zu den konkreten Bestandteilen der Therapie verpflichtet, legitimiert der Ausweis die Alkoholabhängigkeit als Krankheit und erleichtert es dem Patienten somit, sich zu ihr zu bekennen. Die Urkunden würdigen die Leistung, die er vollbringt, um abstinent zu bleiben.

Die Dokumente haben aber auch praktischen Nutzen. Vor allem können iatrogene Rückfälle verhindert werden, indem der Patient seinen grünen Ausweis zu Beginn eines Arztbesuchs vorlegt, um die Verabreichung von alkoholhaltigen und suchterzeugenden Medikamenten zu vermeiden. Da der Ausweis eine Telefonnummer und eine Aufforderung an Ärzte enthält, bei Rückfragen in der ALITA-Ambulanz Rat einzuholen, wird den behandelnden Ärzten dabei geholfen, alternative nicht suchterzeugende Medikamente für den Patienten auszuwählen.

Für den Behandlungsvertrag und die Abstinenzurkunden ergeben sich ähnliche Einsatzbereiche. Viele Patienten belegen damit z. B. vor Familienmitgliedern und dem Arbeitgeber, dass sie erfolgreich an einer Therapie teilnehmen.

Kurz zusammengefasst haben die Therapiedokumente zwei Funktionen: Sie fördern einerseits die Motivation, den Selbstwert und das subjektive Krankheitsmodell der Patienten, andererseits helfen sie ihnen dabei, sich in ihrem sozialen Umfeld als alkoholkrank zu bekennen und die nötigen abstinenzfördernden Verhaltensweisen ihrer Mitmenschen einzufordern.

Therapieergebnisse von ALITA

Im Sommer 2003 wurde der aktive therapeutische Teil der ALITA-Pilotstudie in Göttingen nach zehn Jahren erfolgreich abgeschlossen. Von 1993 bis 2002 wurden insgesamt 180 schwer Alkoholranke (144 Männer, 36 Frauen) in sechs Rekrutierungsperioden konsekutiv aufgenommen und behandelt.

Die Patienten waren bei Aufnahme in das Programm 44 ± 8 Jahre alt, 18 ± 7 Jahre alkoholabhängig, zuletzt mit einem Konsum von 437 ± 162 g reinen Alkohols pro Tag, hatten 7 ± 9 stationäre Entgiftungen sowie 1 ± 1 stationäre Langzeittherapie(n) hinter sich. Bei Eintritt in ALITA waren 58 % arbeitslos, 81 % litten an psychiatrischen komorbiden Störungen (vor allem Angst, Depression und Persönlichkeitsstörungen neben allen anderen Kategorien). Schwere Suizidversuche in der Vorgeschichte wiesen 30 % auf.

Die körperliche Beeinträchtigung der Patienten war gravierend: Während bei nur 11 % leichte Folgeschäden (z. B. Fettleber) diagnostiziert wurden, litten 33 % unter deutlichen (z. B. epileptische Anfälle im Entzug), 44 % unter schweren (z. B. Polyneuropathie)

und 13 % unter schwersten (z. B. Leberzirrhose) Alkoholfolgekrankheiten.

Berücksichtigt man, dass es sich bei den Patienten um schwer beeinträchtigte Alkoholranke handelt, ist die langfristige Erfolgsrate von ALITA unglaublich hoch: Mehr als 50 % blieben über einen Follow-up-Zeitraum von bis zu sieben Jahren nach Therapieende abstinent (Abb. 3, linker Teil). In der Literatur werden gewöhnlich Abstinenzraten von weniger als 30 % nach Follow-up-Zeiträumen von weniger als einem Jahr (selten über zwei Jahre) berichtet.

Basierend auf der hohen Abstinenzrate der ALITA-Patienten konnten enorme Verbesserungen in psychologischen, biologischen und sozialen Parametern erreicht werden. Die Arbeitslosenrate sank von 58 auf 22 %. Der Anteil von Patienten mit mindestens einer komorbiden Achse-I-Störung (vor allem Depression und Angststörungen) sank von knapp 60 % (Monat 1) bis zum Therapieende nach zwei Jahren (Monat 24) auf etwa 13 %.

Prognosefaktoren

Das niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales förderte ein ALITA-Projekt zur Erforschung psychosozialer Prädiktoren des Therapieerfolges, indem eine Teilstichprobe von 112 Patienten über einen Zeitraum von vier Jahren prospektiv verfolgt wurde. Während die meisten Patientenmerkmale keinen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg aufwiesen, stellten sich die Chronizität der Alkoholabhängigkeit und das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung als Rückfallprädiktoren heraus. Abb. 3 (rechter Teil) zeigt, dass die Abstinenzwahrscheinlichkeit mit ca. 50 % bei den Patienten am niedrigsten ist, die eine hohe Chronizität

(Dauer der Suchtkrankheit in Relation zum Lebensalter) und zusätzlich eine komorbide Persönlichkeitsstörung aufweisen. Hervorragende Ergebnisse von über 90 % Abstinenz erreichen weniger beeinträchtigte Patienten, die eine niedrige Chronizität und keine Persönlichkeitsstörung haben. Betrachtet man den Verlauf der Kurven genauer, fällt auf, dass die beiden Prädiktoren Chronizität und Persönlichkeitsstörung unabhängig voneinander sind. Für die klinische Praxis bedeutet dies, dass Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen und/oder einer hohen Chronizität einen dringenden Bedarf an intensiver, umfassender und langfristiger Behandlung haben [28, 43, 44].

Alkoholaversiva

Der Einsatz von Alkoholaversiva zählt zu den umstrittensten Elementen von ALITA. Während Kritiker befürchten, dass die Patienten „nur wegen einer künstlichen Stütze“ und nicht aus eigener Motivation abstinent bleiben, betonen Befürworter meist zu stark die pharmakologische Wirkung der Medikamente und vergessen dabei, dass vor allem die verhaltenstherapeutische Nutzung und die Interaktion der Alkoholaversiva mit den anderen Komponenten des Programms ihren Erfolg ausmachen.

Die Alkoholaversiva Disulfiram (Antabus®) und Calciumcarbimid bzw. Cyanamid (Colme®, in Deutschland nicht im Handel) sind Medikamente, deren Einnahme eine vorübergehende Alkoholunverträglichkeit hervorruft. Ursprünglich als Vulkanisierhilfe in der Gummiindustrie (Disulfiram) bzw. als Düngemittel (Calciumcarbimid) verwendet, wurde ihre pharmakologische Wirkung, eine Hemmung der Acetaldehyd-Dehydrogenase, zufällig vor mehr als

■ **Hohe Chronizität und Persönlichkeitsstörungen** zeigen dringenden Therapiebedarf an.

■ **Alkoholaversiva** sind mehr als eine „künstliche Stütze“.

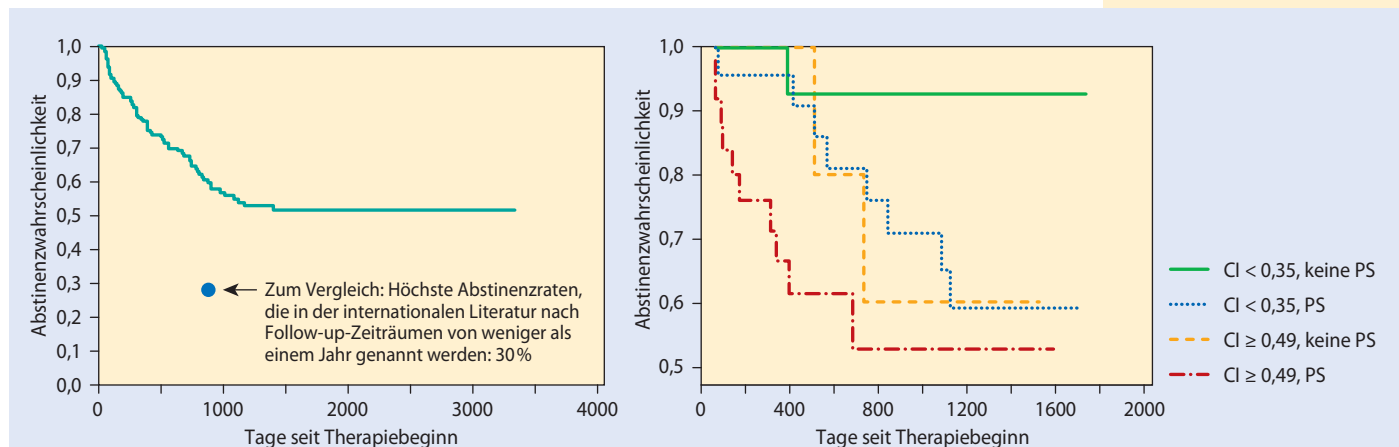


Abb 3: Links: Die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit der ALITA-Patienten beträgt im 9-Jahres-Verlauf 52 % (n = 180). Rechts: Die Abstinenzkurven unterscheiden sich signifikant (Breslow-Statistik = 10,36, p = 0,02). Im Einzelvergleich der Abstinenzkurven sind Patienten, die beide Risikofaktoren aufweisen, deutlich stärker rückfallgefährdet (53 %, n = 25, dunkelrote Linie) als Patienten, die keine Persönlichkeitsstörung (PS) und nur eine leichte Chronizität (CI < 0,35) aufweisen (93 %, n = 14, grüne Linie) (Breslow-Statistik = 5,5, p = 0,02). Die Abstinenzkurven der Patienten, die nur durch die Persönlichkeitsstörung (59 %, n = 23, blaue Linie) oder durch die starke Chronizität (60 %, n = 11, orangefarbene Linie) beeinträchtigt sind, nähern sich der Abstinenzkurve der Patienten an, die mit beiden Risikofaktoren belastet sind. Dies zeigt, dass die beiden Rückfallprädiktoren relativ unabhängig voneinander die Abstinenzwahrscheinlichkeit senken.

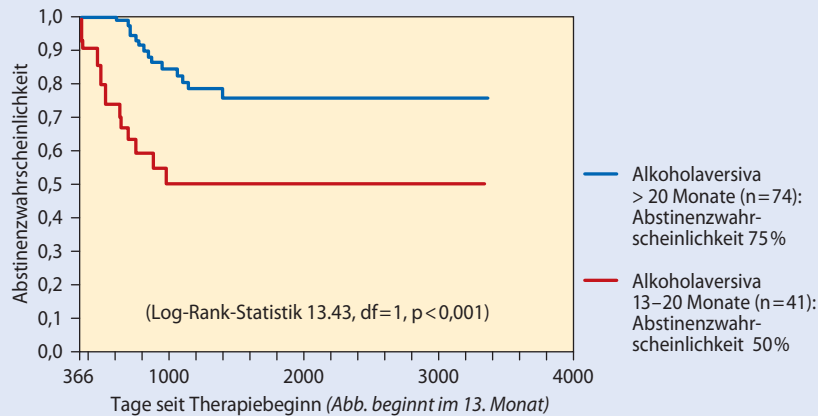


Abb 4: Die langfristige Einnahme von Alkoholaversiva verbessert die Abstinenzraten der ALITA-Patienten. Beide Patientengruppen erzielen bei ALITA im Vergleich zu den Ergebnissen herkömmlicher Alkoholismustherapien sehr hohe Erfolgsraten. Der verlängerte Einsatz der Alkoholaversiva verbesserte die Abstinenzrate jedoch um weitere 25%.

Einsatz der Alkoholaversiva in der Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit

Verschiedene Studien zeigen, dass der Therapieerfolg von Aversionsmedikation weniger auf pharmakologischen, sondern vor allem auf psychologischen Prozessen beruht. Wenn Patienten Alkoholaversiva ohne Überwachung in Eigenverantwortung einnehmen, hat dies fast keinen positiven Therapieeffekt. Wenn das Medikament jedoch in Anwesenheit eines Therapeuten im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Suchtbehandlung eingenommen wird, zeigen sich günstige Auswirkungen hinsichtlich der Aufrechterhaltung der Abstinenz [5, 19, 20].

Den bislang größten Erfolg zeigten Alkoholaversiva als Bestandteil von ALITA. Die Analyse der über neun Jahre prospektiv gesammelten Daten während des ALITA-Pilotprojekts zeigt eindrucksvoll die psychologische Wirkung der Medikamente [27]. Vor allem die Überzeugung, eine vorübergehende Alkoholunverträglichkeit erworben zu haben, und die Dauer der Medikamenteneinnahme, jedoch nicht die Dosis oder das tatsächliche Erleben einer Alkohol-Disulfiram-Reaktion waren für eine langfristige Abstinenz und das erfolgreiche Bewältigen von Alkoholausrutschern verantwortlich (Abb. 4).

Nicht zuletzt wegen der Erfolgszahlen von ALITA wird Disulfiram in den letzten Jahren wieder häufiger von Suchtmedizinern und niedergelassenen Psychiatern eingesetzt. Eine unreflektierte Verabreichung des Medikaments ist jedoch ein ärztlicher Kunstfehler. Alkoholaversiva sind nur in einem bestimmten therapeutischen Kontext sichere und wirksame Medikamente. Die überwachte und durch sorgfältige psychoedukative und psychotherapeutische Interventionen begleitete Einnahme von Aversiva ist bei ALITA mit anderen wesentlichen Elementen kombiniert (Tab. 1 und 2), die den Behandlungserfolg nachhaltig unterstützen. Die Aversiva sind somit Bestandteil eines umfassenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens: An eine häufig wiederholte psychoedukative Aufklärung über die Wirkmechanismen und die therapeutische Funktion der Medikation (siehe Gesprächsbeispiel) schließen sich die Vermittlung und das Training von Bewältigungsfertigkeiten an, bei dem die Patienten lernen, Disulfiram als wichtige Strategie der Rückfallprävention einzusetzen und in das Repertoire der wesentlichen Coping-Skills aufzunehmen [12, 27].

Literatur unter www.derneurologe-psychother.de

Korrespondenz:

Prof. Dr. Dr. Hannelore Ehrenreich (✉)
 Division Klinische Neurowissenschaften
 Max-Planck-Institut für Experimentelle Medizin
 Hermann-Rein-Straße 3, 37075 Göttingen
 E-Mail: ehrenreich@em.mpg.de

Die unkontrollierte Verabreichung von Disulfiram ist ein ärztlicher Kunstfehler!

60 Jahren entdeckt; während Disulfiram seit 1948 in der Alkoholismustherapie eingesetzt wird, wurde Calciumcarbimid 1957 als alternatives Alkoholaversivum eingeführt [20, 37].

Die Alkoholaversiva haben sich in den letzten 50 Jahren als nebenwirkungsarme, klinisch sichere und preiswerte Medikamente bewährt. Sie sind nicht nur die ältesten wirksamen Pharmaka zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit [2, 4, 19, 20, 40], sondern nach einer aktuellen Literaturübersicht sogar erfolgreicher als die neueren Anticraving-Präparate Naltrexon (Nemexin®) und Acamprosat (Campral®) [5].

Durch die Einnahme von Disulfiram bzw. Calciumcarbimid wird eine Alkoholunverträglichkeit herbeigeführt, die etwa ein bis zwei Wochen anhält. Die Hemmung des Alkohol abbauenden Enzyms Acetaldehyd-Dehydrogenase führt bei Alkoholkonsum zur Anhäufung des toxischen Acetaldehyds im Körper. Die Folge ist eine „innere Vergiftung“, die „Disulfiram-Alkohol-Reaktion“, d. h. knallroter Kopf, Blutdruckentgleisung, Pulsrasen, Übelkeit, Erbrechen und gelegentlich sogar Kreislaufkollaps.

Fazit für die Praxis:

- Schwere Alkoholabhängigkeit ist eine chronische und zu Rückfällen neigende Krankheit.
- Langfristige Abstinenz und dauerhafte Rückbildung alkoholassoziierter Folgeschäden können nur dann garantiert werden, wenn die Patienten an einer Langzeitbehandlung teilnehmen, auf die lebenslange kurze Kontrolluntersuchungen und regelmäßige Besuche von Selbsthilfegruppen folgen.
- Die überwachte Einnahme von Alkoholaversiva lässt sich einfach und erfolgreich in ein umfassendes, strukturiertes ambulantes Langzeittherapieprogramm integrieren. Die Strategie der Abschreckung mit Alkoholaversiva wirkt, wenn die Therapeuten sich davon lösen, die pharmakologischen Effekte von Disulfiram zu betonen, und beginnen, die psychologischen Wirkmechanismen dieses Medikamentes vollständig zu nutzen.