

Medikamentöse Unterstützung bei der Alkoholismustherapie

Autor(en): **Ladewig, Dieter**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **24 (1998)**

Heft 3

PDF erstellt am: **17.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-801038>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

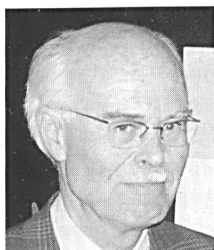
Medikamentöse Unterstützung bei der Alkoholismustherapie

Es ist eine Illusion zu glauben, dass Alkoholabhängigkeit einfach mit einem Medikament wegtherapiert werden könne. Im Zusammenspiel mit einer umfassenden psychosozialen Begleitung kann ein Anti-Cravingmittel wie Nemexin® jedoch sehr hilfreich sein.

DIETER LADEWIG *

Wir leben in einer spannenden Zeit. Es gibt sehr unterschiedliche Aspekte, wie man die Sucht-problematik heute diskutieren, bzw. verstehen kann. Grundsätzlich stellt sich immer wieder die Frage: wer ist zuständig, die Psychologie, die Sozialpädagogik, die Medizin? Weiter fragt sich, ob eine abstinenz-orientierte Behandlung vorzuziehen ist oder eine, die nach dem ersten Rückfall nicht gleich einen Therapieabbruch vorsieht. Es ist eine ganz unterschiedliche Haltung und Mentalität, die damit praktiziert wird. Auch wird heute die Überlegung gemacht, dass es neben der eigentlichen Ab-

* Prof. Dr. med. Dieter Ladewig, Chefarzt, Psychiatrische Universitätsklinik.



Dieser Artikel basiert auf einem Referat, welches am 12. März 1998 an der 5. Sarganserländer Suchtfachtagung gehalten wurde. Die redaktionelle Bearbeitung erfolgte durch Martin Hafen.

hängigkeit auch comorbide Störungen gibt, dass viele Abhängige heute multimorbid, somatisch und psychiatrisch krank sind. Dadurch bekommt die Psychiatrie ein gewisses Interesse an der Alkoholabhängigkeit in der Drogenabhängigkeit.

Ein Medikament zum Verlernen der Abhängigkeit

Ich möchte in diesem Artikel eine Tour d'horizont machen. Einerseits möchte ich Sie, liebe LeserInnen, über meine Arbeit mit einem Ansatz informieren, der Ihnen möglicherweise längst bekannt ist: ein behavioral cognitives Therapieprogramm. Andererseits werde ich die Möglichkeiten einer Medikation am Beispiel von Nemexin® erörtern. Dieses Medikament mit dem Wirkstoff Naltrexon hat für mich einen speziellen Stellenwert. Bereits in den 70er-Jahren habe ich immer die Hoffnung gehabt, man müsste ein Medikament haben – damals noch im Opiatsektor – welches den Heroinabhängigen ermöglichen würde, die Abhängigkeit quasi zu verlernen. Wenn Sie an die Konditionierungsprozesse im Rahmen der Abhängigkeitsentwicklung denken, die Dr. Nil in seinem Artikel beschreibt, liegt ein solcher Wunsch nahe. Lange Zeit schien es unwahrscheinlich, dass dieses Medikament eines Tages tatsächlich bei uns erhältlich sein wird. Das war erst in dem Augenblick der Fall, als ein grosser amerikanischer Konzern das Medikament übernommen, kommerzialisiert, nach Europa gebracht und zunächst einmal für Opiatabhängige zur Verfügung gestellt hat.

Warum trinken die Menschen weiter?

Und dann ist etwas sehr Erstaunliches passiert: Zwei relativ kleine amerika-

nische Forschergruppen – Braumelli in der Yale-University in West Haven und die Gruppe um Monticelli und MitarbeiterInnen in der Administration in Philadelphia – konnten aufgrund von tierexperimentellen Untersuchungen klinisch nachweisen, dass das Nemexin® nicht nur einen Effekt bei Opiat, sondern auch bei Alkoholabhängigkeit hat. Das ist insofern erstaunlich, als dass Alkohol merkwürdigerweise keine eigenen Rezeptoren besitzt. Es gibt sonst für alles Mögliche Rezeptoren in unserem Gehirn – wahrscheinlich sogar für Cannabis; aber Alkoholrezeptoren haben wir keine. Wahrscheinlich wird die Alkoholwirkung ein Stück weit über die Opioid-Rezeptoren moduliert, und von daher ist es natürlich auch sinnvoll, dass man sich fragt, ob Opiode selber auch Opiateilagonisten – oder auch volle Agonisten, Langzeitagonisten – besitzen, die einen Effekt haben können bezüglich der Störung, die wir schlechthin als psychische Abhängigkeit, als Craving bezeichnen. Das ist ja die Frage, die sich uns Klinikern immer wieder stellt: warum trinkt dieser Mann, warum trinkt diese Frau weiter? Sie kennt ja die Wirkung und kennt auch die negativen Auswirkungen. Die meisten Alkoholkranken sagen uns: wir haben kein Plausch am Trinken, wie es die Leute draussen auf der Strasse meinen. Trotzdem drängt sie irgendetwas in ihnen immer wieder zum Trinken. Es ist für mich ein Phänomen, und ich staune, wenn ich so etwas sehe. Ich staune auch darüber, dass Menschen, Frauen und Männer, immer wieder so genannt rückfällig werden.

Zugang über das Gespräch

Immer wieder versuche ich, irgend einen Zugang zu finden. Dieser Zugang läuft zuerst einmal über die Person, über die Beziehung, die man hat zu ei-

nem Menschen. Ich versuche, das Verhalten zu analysieren, indem ich mich frage: was ist jetzt genau bei diesem Menschen vor sich gegangen?

Um so genannte Rückfälle zu analysieren, zu explorieren, braucht man unglaublich viel Disziplin und Geduld. Meine Assistenten sagen mir dann: ja, es ist typisch dieses oder jenes gewesen. Das kann ich nicht mehr hören. Ich möchte **wirklich** wissen, was abgelaufen ist. Dann muss man eine halbe Stunde oder vielleicht sogar mehr investieren, um mit einem Menschen darüber zu sprechen: Was ist ganz genau passiert? Wie war die Stimmung? Wie war von mir aus das Wetter, die Tageszeit, die Menschen, die er getroffen hat? Was ist in den Tagen vorher gegangen? Wie viel Geld hat er im Sack gehabt? Und, und, und... Alles das kommt zusammen. Das ist ja bestens bekannt: Das Gespräch ist immer noch etwas vom allerwichtigsten. In diesen Bereich fallen auch die Begriffe Arbeitsbündnis und Motivation. Es geht um positive Erwartungen. Es geht um Informationen, die abzugeben sind. Das ist eminent wichtig. Vielfach wissen unsere Patienten überhaupt nicht, warum sie in einer Institution sind, oder was in einer Beratungsstelle alles gehen soll. Man muss es diesen Menschen immer wieder sagen, muss es ihnen mit ihren Worten sagen. Bis sie etwas verstanden haben von dem, was eigentlich gehen sollte. Motivationsarbeit steht hier im Vordergrund, nicht Konfrontation.

Gründe für und gegen das Weitertrinken

Ebenfalls sehr bedeutend ist die Frage nach dem Pro und Contra: Was spricht fürs Aufhören? Was spricht gegen das Weitermachen? Was ist eigentlich doch wichtig am Alkohol für sie? Da hat es keinen Sinn, wenn wir gleich die erste

Antwort übernehmen, nur weil uns zu liebe jemand sagt, dass das Trinken gefährlich sei, dass er z.B. einen Unfall gemacht und dass er seinen Führerschein verloren habe. Hier ist es unabdingbar, dass nachgefragt wird. Vieles spricht für den Alkohol; Weniges spricht dagegen. Das müssen wir eruieren, erarbeiten, und das ist gar nicht so einfach. Schon in einem solchen Gespräch kann die Überlegung, dass da ein Medikament eventuell mithelfen könnte, etwas Wichtiges sein. Man kann die Sache nicht auseinander dividieren und sagen, da ist Psychotherapie und da ist Pharmakotherapie. Das geht ganz sicher schief. Man muss wirklich einen ganzheitlichen Zugang zum Menschen, zum Alkoholabhängigen finden, und man muss die Möglichkeit einer medikamentösen Unterstützung bereits in die ersten Überlegungen miteinbeziehen.

Zur Selbstkontrolle motivieren

Auch die Verhaltensanalyse ist für mich von grosser Bedeutung – die Analyse der Entwicklung der Alkoholproblematik und die Analyse der Selbstkontrolle. Dabei geht nicht nur um den Alkohol. Es geht auch darum, dass wir den Betreffenden als Mensch begegnen, der sich für sie interessiert und sie kennen lernen will und kann. Wo verfügen sie über Ressourcen? Wo können sie welche Dinge durchaus gut kontrollieren?

Ganz simple Analogien sind für mich das Zigarettenrauchen, das Körpergewicht, das Essverhalten. Und es ist etwas sehr Einfaches, wenn man die PatientInnen hier konkret abholen kann, sie z.B. auffordert, jede gerauchte Zigarette mit einem Strich zu dokumentieren. Und das täglich zu machen. Dann ist am Ende der Woche zu sehen, ob der Konsum sich erhöht, gleich bleibt oder sich vielleicht vermindert.

Es ist eine ganz wichtige Analogiesituation wo eben Selbstkontrolle geübt werden kann.

Zum Craving

Es gibt sicher sehr unterschiedliche Formen des so genannten Verlangens. Das Suchtmittelverlangen in der Abstinenz taucht irgendwann einmal auf – jemand kann zwei Wochen abstinent gewesen sein oder zwei Jahre. Ausgelöst werden kann es durch psychotrope Substanzen: ein neu verordnetes Schlafmittel, ein anderes Psychopharmaka, geringfügigen Alkoholkonsum. Dieses Craving ist ein anderes als jenes, welches ich empfinde, wenn ich mir nach jahrelanger Tabakabstinenz vorstelle, wie es wäre, wieder einmal eine Zigarette zu rauchen. Sehr wichtig sind auch die Entzugssyndrome. Wenn sie auftreten, auch verzögert, dann wird das Craving sehr viel intensiver empfunden.

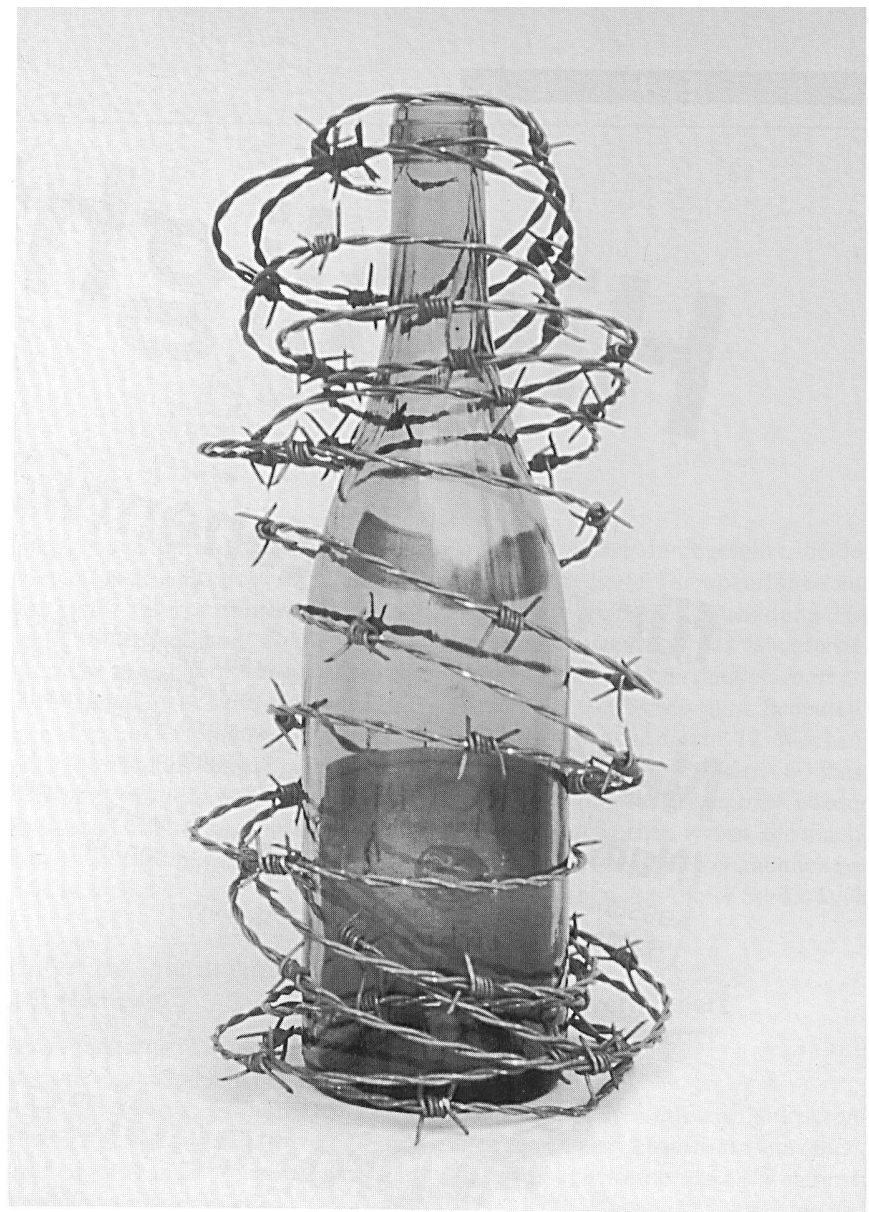
Das behavioral cognitive Programm

Wenn ich mit einer Therapie beginne, einem behavioral cognitiven Programm, dann ist mir dieses Dreieck wichtig: Person, Situation und Verhalten ganz generell. Dabei geht es erklärtermassen nie um Willensstärke, sondern um Selbstkontrolle. Blasteste und Urinproben sind wichtige Mittel zur zusätzlichen Unterstützung der Selbstkontrolle. Ich möchte von den PatientInnen nicht nur regelmässig und pünktlich einen Blastest oder eine Urinprobe; ich möchte auch negative Resultate. Weiter möchte ich mit den PatientInnen das so genannte Coping unterschiedlich üben. Sie sollen sich partizipatorisch mit Situationen auseinander setzen – mit unmittelbaren Situationen, solchen, die auf sie zukommen oder auch restaurativ, wenn

es darum geht, Dinge die abgelaufen sind zu rekonstruieren. Ein wichtiger Bereich der Therapie ist das Ablehnungstraining. Wir üben das mit den PatientInnen. Dabei geht es um Fremdverstärkung und um Selbstverstärkung und um das Management interner alkoholbezogener Auslöser. Auch hier hat die Vorstellung, dass es medikamentöse Hilfen gibt, einen wichtigen Stellenwert. Die Betroffene haben dann das Gefühl, dass es zwar ihre Aufgabe ist, dass sie für ihr Verhalten verantwortlich sind und dass sie etwas mehr in die duale Situation oder in die Gruppe hineinbringen sollten, was mögliche Auslöser oder Rückfallgefährdung betrifft. Sie spüren aber auch eine Unterstützung durch dem Medikament und müssen nicht Angst haben, dass jetzt der erste so genannte Ausrutscher zu einem Rückfall wird. Ablehnungstraining. Nein sagen können. Das Thema wechseln. Keine Entschuldigung brauchen. Wenn man spricht, ruhig und sicher aufzutreten. Das Eingehen auf irrationale Gedanken, die auftreten können. Dieser ganze Bereich ist extrem wichtig bezüglich des Rückfallmanagements.

Bewältigung des so genannten Cravings

Die Gedanken an das Suchtmittel sind normal. Das Verlangen tritt auf nach so genannten Konditionierungsprozessen: Wenn sich jemand immer wieder derselben Situation aussetzt, in der er früher getrunken hat, z.B. in die gleiche Beiz geht oder mit dem Ehepartner das ewig gleiche Konfliktfeld aufgreift, dann ist es wahrscheinlich, dass Rückfälle auftreten. Das weist auf fehlende Bewältigungsstrategien hin; die Betroffenen haben in einem solche Fall nicht gelernt, mit diesen Situationen umzugehen, oder sie haben nur eine passive Strategie.



Das Problem bei vielen Suchtkranken ist, dass sie nicht den Eindruck haben, dass sie selber etwas beitragen können, sondern immer ein Stück weit Opfer sind von dem, was passiert.

Weiter zu den Rückfällen. Es ist ganz wichtig, immer wieder zu vermitteln: Ausrutscher sind schlimm, aber keine Katastrophe, wir können damit arbeiten. Ein Ausrutscher ist immer Gefahr und Chance. Es gilt dann, den Prozess zu stoppen, ruhig zu bleiben und eine Erneuerung der Abstinenzverpflichtung einzugehen. Wichtig ist, dass die Situation gut analysiert, dass sofort gehandelt und dass Hilfe gesucht wird. Das sind einzelne Schritte, die man mit den Betroffenen durchgehen muss, die sie lernen müssen.

Kommunikation erlernen

Alkoholabhängige haben oft Defizite in Situationen, die primär gar nichts mit ihrer Sucht zu tun haben – z.B.

damit, ein Gespräch zu beginnen. Viele Menschen sind gehemmt in einer solchen Situation, und ich versuche, es den PatientInnen mit Übungen, mit Modellen beizubringen. Das sind Rollenspiele, mit denen ich den Transfer in die Realität zu ermöglichen versuche. Eine andere Übung ist die nonverbale Kommunikation – den Menschen beizubringen, was es bedeutet, wenn sie die Faust im Sack machen oder dem Gegenüber beim Gespräch nie in die Augen schauen. Körperhaltung, räumliche Nähe, Blickkontakt, Kopfnicken, Mimik, Gestik, emotionaler Tonfall: alles Dinge, die ganz allgemein relevant sind. Durch die Vermittlung dieser Dinge kann ich den PatientInnen ein Stück weit Selbstsicherheit beibringen.

Was man auch lernen kann: Komplimente zu formulieren. Suchtkranke tun sich oft ungemein schwer damit, dabei ist es etwas sehr Angenehmes, Schönes, wenn man jemandem ein Kompliment