

Abstinenz versus kontrollierter Konsum – Therapieziel bei Abhängigkeit

„Es ist leichter, einer Begierde ganz zu entsagen, als in ihr Maß zu halten.“

Friedrich Nietzsche,
deutscher Philosoph

T. M. Glöckler

Zusammenfassung

Hintergrund

Nicht alle Patienten mit einer Abhängigkeit können sich primär ein abstinentes Leben als realistische Perspektive vorstellen. Eine nicht-abstinenzorientierte, suchtspezifische Behandlung als vorläufiges Therapieziel scheint für einige dieser Patienten zunächst eine vorübergehende Alternative zu sein. Die Therapie des kontrollierten Trinkens nach Körkel, ursprünglich etabliert 1981 durch Heather & Robertson in London, wird einer abstinenzorientierten Behandlung gegenübergestellt, wobei Vor- und Nachteile der Behandlungsmethoden anhand wissenschaftlicher Studien aufgeführt und im Kontext des Konsumverhaltens, der Hirnentwicklung, der Funktion des Suchtgedächtnisses, der Rückfallprophylaxe als auch medizinischer Begleiterkrankungen kritisch betrachtet werden.

Methoden

Selektive Literaturrecherche (PubMed, Google Scholar, Handsuche) mit Berücksichtigung von Cochrane-Analysen

Ergebnisse

Kontrolliertes Trinken ist maximal in Einzelfällen wie zum Beispiel im Falle einer Suchtverlagerung von illegalen

Drogen auf Alkohol einer abstinenzorientierten Therapie vorzuziehen. Als Fazit ist dennoch dem Therapieziel Abstinenz eindeutig Präferenz zu konzedieren.

Berücksichtigte Schlüsselwörter

Abstinenz – kontrolliertes Trinken, Suchtgedächtnis, Suchtverlagerung Divergierende Verständnisse von Alkoholismus wie Alkoholismus als Krankheit gemäß ICD-10-Klassifikation, Alkoholismus als Krankheit aufgrund der Disposition nach Jellinek, 1960 [1]; Alkoholismus – das Suchtgedächtnis und Alkoholismus als multidimensionaler Phänotyp haben in ihrem Widerstreit fundamentaler Sichtweisen unterschiedliche Therapiekonzepte befördert.

Kontrollierter Substanzkonsum

Heather & Robertson [2, 3] entwickelten 1981 in London die Methode des „controlled drinking“ als moderated oriented cue exposure (MOCE, cue = alkoholassoziierter Stimulus) nach dem Prinzip der klassischen Konditionierung mit dem Ziel der Exposition gegenüber alkoholassozierten Stimuli ohne Alkoholkonsum, was zur Reduktion beziehungsweise Extinktion der craving-Antwort führen sollte. Bereits in den 1960er Jahren löste diese Therapieform heftige Debatten aus. Körkel etablierte

in Anlehnung daran 2005 in Hamburg und Heidelberg das KISS-Programm (Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum) mit gezielter Reduktion legaler und illegaler Drogen in Einzel- und Gruppenpsychotherapie als Behavioral self controlled therapy (BSCT) [4, 5]. Danach beschließen 10 bis 30 Prozent der Konsumenten während der Behandlungsphase Abstinenz.

Unter kontrolliertem Substanzkonsum ist nach Körkel ein risikoarmer Konsum zu verstehen, der auch als „moderates Trinken“ definiert wird. Dies bedeutet für einen gesunden Mann, auf Dauer täglich 0,5 Liter Bier oder 0,2 Liter Wein oder drei einfache Schnäpse und zwei alkoholfreie Tage pro Woche. Für eine gesunde, nicht schwangere Frau bedeutet es auf Dauer täglich die Hälfte der Konsummenge eines gesunden Mannes und zwei alkoholfreie Tage pro Woche. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren aus dem Jahr 2017 [6] beschrieb als moderaten Konsum beziehungsweise als Grenze 12 g Reinalkohol pro Tag für Frauen und 24 g für Männer. Oberhalb dieser Grenze ist Alkoholkonsum mit erhöhten Risiken verknüpft. Allerdings differieren die Definitionen des moderaten Konsums in einzelnen Studien häufig. So wird unter dieser Konsumart einerseits



bereits Abstinenz andererseits sporadischer Konsum subsumiert [7]. Der kontrollierte Substanzkonsum als Therapieform impliziert zunächst einen zieloffeneren, realistischeren Blick auf den Konsum, einen hilfreichen Zwischenschritt beziehungsweise ein alternatives Therapieziel, verbunden mit finanziellen Aspekten, wie der möglichen Kostenreduktion von Notfallbehandlungen. Als Zielgruppe werden aufgeführt: Patienten, die nicht bereit sind, abstinent zu leben; die rasch rückfällig werden aufgrund einer Notlage; die noch keinen Kontrollverlust im Trinkverhalten haben sowie polytoxikomane Patienten [8]. Körkel empfiehlt eine detaillierte Dokumentation des Konsumverhaltens (Art und Menge der Substanz, Häufigkeit Tag/Woche/Monat, Konsumart, Ort, soziales Umfeld, eigenes Befinden) [9]. Daraus sollen Zielfestlegungen abgeleitet werden für einen Zeitraum von sieben Tagen: entweder ein unveränderter Weiterkonsum, ein reduziert-kontrollierter Konsum, eine zeitbefristete oder eine lebenslange Abstinenz. Anstelle von „Problemsubstanzen“ werden sogenannte „Übungssubstanzen“ wie Kaffee, Süßigkeiten, Fernsehen, PC –

die in sich bereits ein Suchtpotential bergen – empfohlen. Die Patienten erhalten ein Übungsmanual, ein Pocket-Trinktagebuch und die Therapie wird im ambulanten Bereich fortgesetzt.

Die Behavioral self controlled therapy (BSCT) stellt eine standardisierte moderat-orientierte Behandlung von Abhängigen in mittlerweile vielen Ländern dar. Dabei werden ein bis zwei Vorgespräche geführt mit Diagnostik, Einführung in das Konsumtagebuch, Suche von Verbündeten. Es folgen zwölf aufbauende Module pro Woche mit klarer Ziel- und Inhaltsstruktur. Über diese Therapieform existieren mehrere kontrollierte Studien. Eine Langzeitstudie von Miller et al. von 1992 [10] führt aus, dass die Erfolgsrate drei und zwölf Monate nach kontrollierter Therapie für die Patienten, die abstinent geworden waren zwischen 60 bis 70 Prozent lag, nur 10 bis 15 Prozent konsumierten Alkohol konstant moderat-problematisch weiter. In einer früheren Zwei-Jahres-Studie von Miller & Baca [11] lag die Erfolgsrate ähnlich hoch. Hier zeigten Patienten mit erhöhtem Konsum zu Beginn ein besseres outcome als Patienten mit Niedrigkonsum. Guillemont et al. konnten in einer sechswöchigen Follow-up-Studie eine signifikante Trinkmengenreduktion von zehn Prozent pro Woche ($p=0,03$) aufzeigen [12]. In einer Studie von Rosenberg konnten Unterschiede in der Akzeptanz des Trinkziels „Non-Abstinenz“ in Abhängigkeit vom jeweiligen Suchtmittel aufgezeigt werden [13]. Von 432 Patienten mit webbasierter Befragung entschieden sich 30 Prozent der Patienten mit Alkoholmissbrauch und 24 Prozent mit Cannabismissbrauch für „Non-Abstinenz“ als Endziel. In der Gruppe der anderen Drogen waren es nur 11 bis 13 Prozent der Patienten. Dagegen entschieden sich in der Gruppe der Patienten mit einer Abhängigkeit nur 9 bis 13 Prozent für

das Endziel „Non-Abstinenz“. 20 bis 30 Prozent der Patienten mit Abhängigkeit gaben „Non-Abstinenz“ lediglich als Zwischenziel an. In Studien zum kontrollierten Konsum von Drogenpatienten mit Alkohol als Beikonsum [14 – 17] wurde in der Mehrzahl der Rückfälle Alkohol als Beikonsum eingesetzt. Im Ergebnis der Studien konsumierten Polytoxikomane durchschnittlich weniger multiple Substanzen und verringerten zusätzlich den Alkoholkonsum. Im Vordergrund stand in den betreffenden Studien die Reduktion der konsumierten Droge(n) und nicht die Bewertung des gemäßigten Alkoholkonsums als negatives Behandlungsergebnis.

Durch die Option des kontrollierten Trinkens wird von einer gesteigerten Willens- und Handlungsfreiheit ausgegangen, wobei die Fähigkeit zur Folgenabschätzung, vorhanden sein sollte. Abstinenz sollte stets in einem offenen Dialog mit ihren Vor- und Nachteilen eingebracht werden.

Mit Nalmefen, einem μ -Opioid-Rezeptor-Antagonist/partiellem κ -Rezeptor-Agonist steht eine medikamentöse Trinkmengenreduktion zur Verfügung. In drei großen randomisierten doppelblinden Studien konnte eine Gefährdungsreduktion durch Reduktion der Alkoholkonsummenge verdeutlicht werden [18, 19]. Unter Nalmefen reduzierte sich die totale Trinkmenge um 25 Prozent gegenüber 19 Prozent in der Placebogruppe [20]. Der Einsatz dieses Medikaments sollte ausschließlich Hochrisikokonsumenten für zunächst zwei Wochen mit Anfertigung eines Trinkprotokolls und psychosozialer Angulierung vorbehalten sein [21].

Abstinenzorientierte Behandlung

Nach Schneider und Fiedler ist die abstinentorientierte Behandlung eng mit Loslösung aus der gewohnten Umgebung, Einfügen in eine Haus- und Stationsordnung, Fokus auf sich selbst, Zugewinn an neuen Erfahrungen und

Erleben von Gemeinschaft verknüpft [22, 23]. Die Motivationstherapie als qualifizierte Entzugsbehandlung ist stationär, seltener teilstationär möglich. Die stationäre Therapieform sichert eine medikamentöse Entgiftungsbehandlung besser ab, erhöht den Schutzraum zur Festigung der Motivation und schirmt zugleich vom sozial problematischen Umfeld ab. Die teilstationäre Behandlung öffnet sich partiell für den individuellen realen Alltag, konfrontiert damit intensiver mit den persönlichen Konflikten, ermöglicht allerdings eine geringere Kontrolle der Abstinenz. Als theoretische Grundlagen der Motivationstherapie sind das Modell der Veränderungsphasen nach Prochaska & DiClemente mit Kurzinterventionen in Form offener Fragen, reflektierendem Zuhören, positiver Rückmeldung, den vier Veränderungsphasen (Precontemplation, Contemplation, Action, Maintenance) [24]; das sozialkognitive Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon [25]; Module des interaktiven Skills-Trainings nach Bohus [26 – 30] sowie die Motivierende Gesprächstechnik nach Miller & Rollnick (mit feedback, responsibility, advice, menu, empathy, self efficacy) zu nennen [31].

Bereits 1989 wurde in der prospektiven Studie von Feuerlein und Kufner mit

1.470 Patienten nach 18 Monaten eine Abstinenzrate von 53 Prozent und nach 48 Monaten von 46 Prozent erreicht [32]. Krampe et al. konnten 2007 in einer Langzeitstudie zeigen, dass bei einer Abstinenzrate von über 50 Prozent in einem Neun-Jahres-Zeitraum der Einstieg in die Arbeitsfähigkeit bei 60 Prozent der Patienten gelang. Gleichzeitig gingen komorbide Störungen ab einer Abstinenz von drei Jahren zurück [33]. In einer MRT-Studie zur Alkoholabstinenz fand sich in der Akutphase eine Ventrikelvergrößerung um 42 Prozent mit moderater Reduktion des Frontallappens. Nach einer Periode der Abstinenz von sechs und neun Monaten waren diese Veränderungen komplett reversibel [34]. Einen relativ neuen Ansatz stellt das PC-gestützte Rückfallpräventionstraining bei Alkoholabhängigkeit, was Lindenmeyer et al. entwickelten, dar. Dabei wird mittels Joystick-Methode das Alkoholbild vermieden/weggedrückt und nichtalkoholische Getränke angenähert/herangezogen. Katamnesedaten hierzu zeigten eine signifikante Verbesserung (im Vergleich vor/nach Abstinenz), dass die Alkoholvermeidungstendenz trainierbar ist und zudem bildmorphologisch die Alkoholreagibilität in der linken Amygdala reduziert werden konnte [35].

Das Suchtgedächtnis

Evolutionsgeschichtlich ist das sogenannte „Suchtgedächtnis“ in sehr alten Hirnarealen lokalisiert (basales Vorderhirn, Teile des limbischen Systems vor allem Hippocampus und Amygdala, Ncl. caudatus, ventrales Tegmentum, Ncl. accumbens). Es prägt sich nicht bei jedem Alkoholabhängigen aus. Da es eine archaische Struktur ist, können auch noch Jahre nach einer Entgiftung suchtmittelassoziierte Reize eine unwillkürliche Reaktion auslösen. Somit ist das Suchtgedächtnis als lösungsresistent zu charakterisieren [36 – 38]. Angelehnt daran führt nach der Incentive Sensitization Theory of Addiction [39, 40] wiederholter Substanzkonsum zur Sensitivierung des dopaminergen Systems mit erhöhter Aufmerksamkeitszuwendung gegenüber suchtmittelassoziierten Reizen. Die Dopaminrezeptorbindung ist hierbei um das circa 200-fache erhöht. So führt beispielsweise bereits die Präsentation eines Alkoholfotos zur Dopaminaktivierung, auch bei den Personen, denen im Vorfeld der Anblick von Alkohol egal war. Ebenso belegt die Kindling-Hypothese von Becker, dass chronisch repetitive Reize zur Nachentladung führen. Geringe Reize reichen in Folge aus (Kombination von Abstinenzphasen oder Entzügen), um zur Bahnung eines Alko-

holentzugskrampfes, von Krampfanfällen an sich oder zur Delirentwicklung zu führen [41]. Alkoholabhängigen mit einem aktivierten Suchtgedächtnis sollte deshalb kein kontrolliertes Trin-

Pro Abstinenz

Motivation
Hypothese Suchtgedächtnis
Synapsenbildung – Lernen
Folgeerkrankungen
kognitive Defizite
Regredienz hirnmorphologischer
Veränderungen

Kontra Abstinenz

geringe Motivation
schwerer Konsum ohne Folgeerkrankungen
Polytoxikomanie

Infokasten 1

Pro kontrolliertes Trinken

Motivation und Selbsteffizienz
ausdrücklicher Wunsch
schwerer Konsum ohne Folgeerkrankungen
Polytoxikomanie
rasche Rückfälle, episodisches
Trinken

Kontra kontrolliertes Trinken

Hypothese Suchtgedächtnis
Folgeerkrankungen
kognitive Defizite

Infokasten 2

ken empfohlen werden, da bereits geringste Mengen von Alkohol zwanghafte Handlungen auslösen.

Vergleich Abstinenz versus kontrollierter Konsum

Im Vergleich der Abstinenz gegenüber kontrolliertem Konsum sprechen folgende Faktoren eindeutig für die abstinenzorientierte Behandlung: die Hypothese des Suchtgedächtnisses, Synapsenbildung durch Lernen bei vorhandener Motivation, Regredienz hirnmorphologischer Veränderungen [42], das Vorhandensein von Folgeerkrankungen, bestehende kognitive Defizite. Für einen kontrollierten Konsum werden folgende Faktoren aufgeführt: vorhandene Motivation (der ausdrückliche Wunsch des Patienten) und Selbsteffizienz, Hochkonsum, Polytoxikomanie, rasche Rückfälle, episodisches Trinken. Ein Hochkonsum birgt ein stark erhöhtes Risiko für Folgeerkrankungen und bei einem Großteil der Patienten existieren diese bereits. Gegen episodisches Trinken sprechen zudem die Daten des Rauschkonsums, wodurch ein frühzeitigeres Versterben aufgezeigt werden konnte [7]. Argumentativ würden gegen eine Abstinenz im Umkehrschluss eine geringe Motivation und ein Hochkonsum ohne Folgeerkrankungen sprechen als auch eine Polytoxikomanie. Gegenargumente für Non-Abstinenz wären letztlich die Pro-Argumente für eine abstinenzorientierte Behandlung (Infokasten 1 und 2). Unter Berücksichtigung des Europäischen Codes zur Krebsprävention, wo

unter anderem die Begrenzung der Konsummenge des Alkohols als ein entscheidender Faktor zur Minimierung des Krebsrisikos zählt, müssen letztlich nahezu alle Argumente der Empfehlung des kontrollierten Trinkens entkräftet werden. So wird ausgeführt, dass Abstinenz von Alkohol besser sei für die Prävention von Krebs als Konsum [43]. Dies empfiehlt gleichermaßen der Weltförderfonds gegen Krebs [44, 45]. Hier wird deutlich, dass moderater Konsum von Alkohol zu erhöhten Erkrankungsrisiken führen kann, damit ist auch moderater Konsum medizinisch gesehen nicht mehr als risikoarm einzustufen [7, 46 – 49].

Schlussfolgerungen

Der Mehrzahl der Patienten im stationären Setting ist Abstinenz anzuraten. Nach der stationären Entzugsbehandlung sind engmaschige ambulante Kontakte zur Gewährleistung der Abstinenz zielführend. Die Öffnung für kontrollierten Substanzkonsum sollte nur in Einzelfällen unter ausdrücklich fachlicher Anleitung erfolgen. Für eine erfolgreiche Entzugsbehandlung sollten geeignete Strukturen (klare Konzeption, Personalschulung) ohne Konzeptvermischung etabliert werden. ■

Literatur bei der Autorin

Interessenkonflikte: keine

Dr. med. Theresa M. Glöckler
Städtisches Klinikum Dresden Neustadt,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Heinrich-Cotta-Straße 12, 01324 Dresden
E-Mail: Theresa.Gloeckler@klinikum-dresden.de