

Die individuelle Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen nach der Lesch-Typologie



Dr. Dagmar Kogoj, Univ.-Prof. Dr. Otto Michael Lesch

Die Therapie alkoholabhängiger Menschen sollte der Tatsache, dass es sich hierbei um ein heterogenes Patientenkollektiv handelt, gerecht werden. Einen solchen individuellen Zugang ermöglicht die Typologisierung von alkoholabhängigen Patienten nach Lesch. Dabei werden Menschen mit vermehrtem regelmäßigem Alkoholkonsum in vier Typen untergliedert, die sich sowohl in ihrer Persönlichkeitsstruktur, ihren biologischen Vorschädigungen als auch in den vielfältigen unbewussten Mechanismen, welcher Wirkung wegen Alkohol konsumiert wird, unterscheiden.

Alkoholabhängige Menschen werden nach wie vor zu mehr als 90% von Medizinern behandelt, die nicht aus dem Fachgebiet der Psychiatrie bzw. der Suchtmedizin stammen. Die Symptome, die die Patienten schließlich zu Ärzten führen, sind äußerst vielfältig und werden zumeist nicht in Zusammenhang mit

einer bestehenden Alkoholabhängigkeit gebracht (Tab. 1).

Der Tätigkeitsbereich von Medizinern – gleich, ob es sich dabei um Allgemeinmediziner, Internisten oder Ärzte anderer Fachbereiche handelt – sollte dabei das Erkennen einer eventuell vorliegenden Alkoholabhängigkeit und einer Entzugssymptomatik umfassen. Nach einer entsprechenden Diagnose sollte die spezifische Entzugstherapie nach der Typologie nach Lesch durchgeführt werden. Im ärztlichen Gespräch sollte vor allem der Zusammenhang zwischen der individuellen Wirkung von Alkohol und den gebotenen Beschwerden aufgedeckt werden. Ist dieser Zusammenhang zu erheben, kann der Alkoholmissbrauch objektiviert werden. Die Frage „Trinken Sie Alkohol?“ sollte dabei vermieden werden, die Patienten sollten bereits durch die Fragestellung wahrnehmen, dass ein Zusammenhang zwischen ihrem Trinkverhalten und den Beschwerden bestehen könnte.

- Wenn Sie bei einem Fest etwas vermehrt Alkohol konsumieren, haben Sie am nächsten Tag Beschwerden (Kopfschmerzen, Kreislaufprobleme, Unruhe, Reizbarkeit)? Verwenden Sie dann Alkohol um diese Beschwerden zu lindern?
- Wenn Sie Medikamente gegen Ihre Beschwerden verordnet bekamen, konnten Sie dann in dieser Zeit ihren Alkoholkonsum reduzieren oder ganz einstellen?

Eine Objektivierung des Trinkverhaltens geschieht durch folgende biologische Marker (Tab. 2).

Das Vorliegen einer chronischen Alkoholabhängigkeit wird also am sichersten mit den Cut-Off-Punkten objektiviert. Dennoch: 20% der erhöhten Werte, vor allem jene der Leber, sind nicht bedingt durch erhöhten Alkoholkonsum, sondern durch andere Lebererkrankungen wie zum Beispiel Hepatitis.

Wird eine Medikation für somatische Beschwerden, die die Patienten ursprünglich ärztlichen Rat suchen ließen, notwendig, müssen sie darüber aufgeklärt werden, dass Alkohol die Wirkung von einem Großteil der Medikamente verändert und aus diesem Grund eine Abstinenzphase eingehalten werden sollte. Wird seitens der Patienten jedoch angegeben, dass eine Abstinenz nur schwer oder nicht erreicht werden kann, ist die Behandlung der Alkoholabhängigkeit mit einem therapeutischen Gesamtkonzept zu beginnen.

Das therapeutische Setting, ambulant oder stationär, wird entsprechend den

Tabelle 1

Häufige Einzelsymptome oder Symptomkonstellationen

- Kreislaufregulationsstörungen, Hinweis auf alkoholische Kardiomyopathie;
- Häufige und protrahierte Gastroenteritiden;
- Fettstoffwechselstörungen;
- Pathologische Leberbefunde;
- Pankreaserkrankung;
- Unklare stärkere Blutzuckerschwankungen;
- Zunehmende vegetative Störungen;
- Zunehmende Reizbarkeit, Dysphorie, Neurasthenie;
- Ungeklärte Gewichtszunahme;
- Potenzstörungen;
- Erhöhtes Unfallrisiko;
- Ungeklärte Verletzungen.

Lesch et al., 1994

Zielführende Fragen zur Erkennung der Alkoholabhängigkeit:

- Schmeckt Ihnen Alkohol oder trinken Sie Alkohol, um eine Wirkung zu erzielen? Wenn ja, welche Wirkung des Alkohols wünschen Sie (betrunken werden, Stimmungsveränderung, Angstlösung, usw.)?
- Treten Beschwerden auf, wenn Sie Alkohol trinken oder Sie eine Trinkpause einlegen?
- Was hilft Ihnen gegen Ihre Beschwerden?
- Hilft auch Alkohol? Wenn ja, welche Mengen benötigen Sie, um Ihre Beschwerden zu lindern?

Tabelle 2

| Biologische Marker zur Erkennung von Alkoholmissbrauch | | | |
|--|---|------------|---------------------------------|
| | Sensitivität | Spezifität | Normalisierung in der Abstinenz |
| Atem-Alkohol | 100% | 100% | Stunden |
| Ethylglucuronid | 100% | 100% | Tage |
| MCV und γ -GT | 63% | 80% | 1–10 Wochen |
| %CDT | 65% | 96% | 2–4 Wochen |
| Cut-Off Punkte: | | | |
| GOT > GPT : | Schädigung durch Alkohol höchstwahrscheinlich | | |
| GPT > GOT : | Lebererkrankung unterschiedlicher Genese | | |
| γ -GT: | eine Erhöhung auf das 1,3-Fache des oberen Normwertes spricht ebenfalls für eine Schädigung der Leberzellen durch Alkohol | | |
| MCV: | > 95 fl: Verdacht auf Alkoholmissbrauch > 98 fl: Alkoholmissbrauch | | |
| %CDT > 2,6 % | (neuer Cut off; cave: ausgenommen: Trisialo-Transferrin) | | |

vorherrschenden Symptomen und einer eventuell vorliegenden psychiatrischen Komorbidität angepasst. Die Behandlung kann in den meisten Fällen ambulant durchgeführt werden. Der Erstkontakt sollte hierbei den Kriterien der Krisenintervention folgen (Erstellung einer stabilen, verlässlichen Therapiekette). Ist der Patient bereits an einer somatischen Station aufgenommen, sollte die Therapie an dieser Station mittels eines Liaisonangebots durchgeführt werden. Eine stationäre Aufnahme ist nur in 15–20% der Fälle indiziert (wie z.B. schwere psychiatrische Komorbidität oder suizidale Einengung, schwere Folgeerkrankungen usw.).

Die typologische Zuordnung kann mittels Entscheidungsbaum (siehe Tabelle 3), oder aber unter Zuhilfenahme eines Computerprogramms getroffen werden. Letzteres führt den Entscheidungsbaum autonom durch und empfiehlt sowohl die passende Entzugsmedikation als auch die geeignete Entwöhnungsbehandlung und Rückfallsprophylaxe. (Das Programm kann unter otto.lesch@meduniwien.ac.at angefordert bzw. unter www.lat-online.at bestellt werden).

Therapie des Alkoholentzugssyndroms nach der Typologie nach Lesch

Typ I – „Allergiemodell“

Symptome: Alkohol wird von dieser Gruppe als Mittel gegen Entzugssymptome eingesetzt, angenommen wird eine biologische Vulnerabilität (Acetaldehydspiegelerhöhung auch in der Abstinenz). Der Entzug ist folglich als eine Art Rebound-Phänomen (GABA-Überempfindlichkeit, GLUTAMAT-GABA-Ungleichgewicht) zu verstehen.

Typ-I-Patienten entwickeln häufig bereits bei geringen Trinkmengenänderungen eine schwere Entzugssymptomatik, oft auch Entzugskrampfanfälle (Typ Grand Mal am ersten oder zweiten Tag nach Trinkmengenänderungen oder Abstinenz). Die Entzugssymptomatik entwickelt sich rasch (oft binnen Stunden) und klingt auch rasch wieder ab (innerhalb weniger Tage). Es bestehen ein grober, dreidimensionaler Tremor, starkes Schwitzen, Unruhe („nasser Entzug“), in vielen Fällen kommt es zu epileptischen Entzugsanfällen. In dieser Gruppe entwickelt sich der Entzug ohne

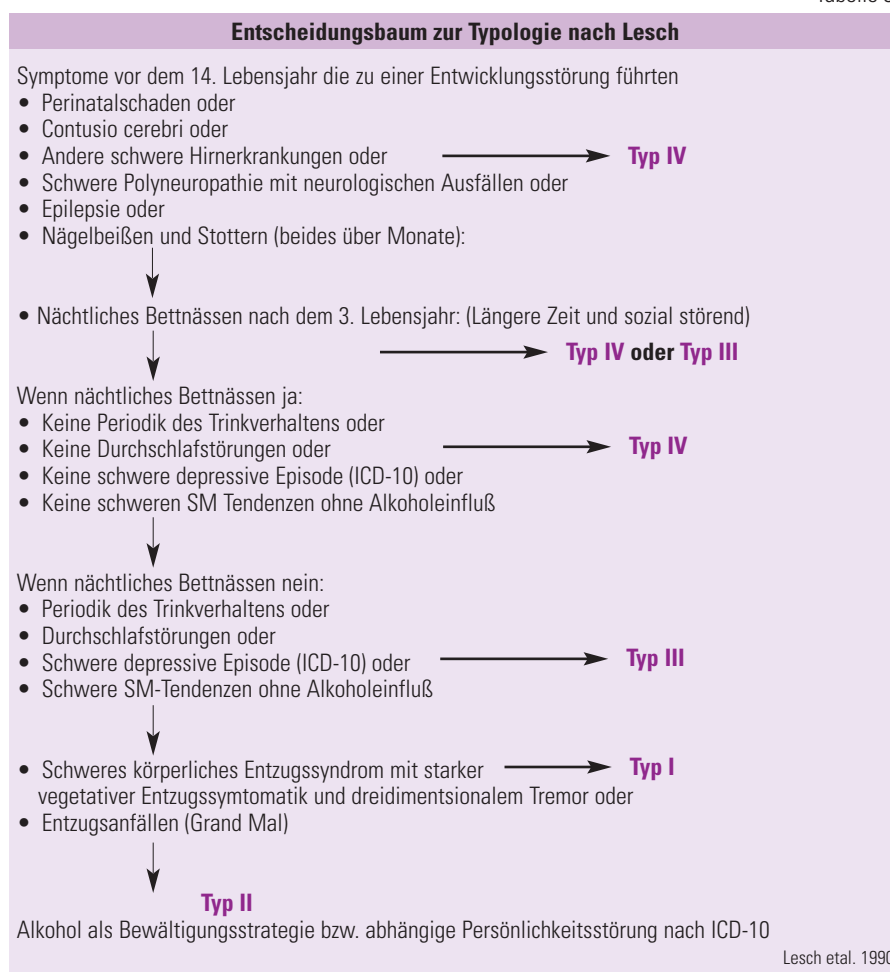
Therapie manchmal bis zum lebensbedrohlichen Delirium tremens.

Therapie:

1. Benzodiazepine, z.B. Lorazepam (vorrangig Benzodiazepine, die nicht in lang wirksame Metabolite abgebaut werden) Dosierung 150–600 mg (je nach der Alkoholmenge, die die Patienten als wirksam gegen die Entzugsbeschwerden angeben),

- nach dem Grad der Alkoholisierung,
 - nach dem jeweiligen Schweregrad des Entzugssyndroms,
 - nach dem Schweregrad von früheren Entzugssyndromen.
2. Caroverin 20 mg Dragee 3 x 1 täglich; bei starker Alkoholgie 3 x 2 täglich.
3. Acamprosat 3-0-3 Kapseln täglich bei Patienten über 60 kg und 2-0-2 bei Patienten unter 60 kg. Da die volle Wirkungsentfaltung von Acamprosat

Tabelle 3



Lesch et al. 1990

- länger andauert, ist eine überlappende Therapie mit Caroverin für die ersten drei Wochen von Vorteil.
4. Neuroleptika wie Delpral® (Tiaprid) sind kontraindiziert (positiv chronotrop, Senkung der Krampfschwelle, Förderung der Alkoholgerier und damit Steigerung der Rückfälligkeit).
 5. Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten!
 6. Im Entzug ist der Kreislauf oft instabil, zumeist erfordert dies keine symptomatische medikamentöse Therapie.

Typ II – „Konfliktlösungsmodell“

Symptome: Typ-II-Patienten setzen Alkohol seiner anxiolytischen Wirkung wegen als Selbstmedikation und Konfliktlösungsstrategie ein. Patienten dieser Gruppe zeigen in abstinenter Phase oft Merkmale einer „Ich-Schwäche“, einer passiv-vermeidenden Persönlichkeitsstruktur oder befinden sich in Beziehungen mit dominanten Partnern. Der Umstieg von einem Suchtmittel auf ein anderes (sog. Suchtverlagerung) ist in dieser Gruppe häufig.

Typ-II-Patienten zeigen im Entzug einen zweidimensionalen, feinschlägigen Tremor, bieten oft ein leichtes Schwitzen und zeigen einen stabilen, angespannten Kreislauf (Blutdruck- und Herzfrequenz erhöht). Epileptische Anfälle in der Vorgeschichte kommen nicht vor. Die Entzugssymptomatik kann zwei bis drei Wochen zu beobachten sein (Mischung aus Entzug und ängstlicher Basisstörung).

Therapie: Zum Entzug eignen sich anxiolytische Substanzen, die nicht zur Gruppe der Benzodiazepine gehören. Wir empfehlen Tiaprid (Delpral®). Die

Dosis richtet sich nach dem Schweregrad der ängstlichen Symptomatik und der Einschlafstörung, zumeist ist eine Dosierung von 150–300 mg/die Tiaprid ausreichend. Eine antiepileptische Absicherung ist für gewöhnlich nicht notwendig.

Cave: Benzodiazepine oder GHB sind in dieser Gruppe kontraindiziert! Besteht bereits ein Abusus von Tranquilizern, richtet sich die Entzugsbehandlung jedoch in erster Linie nach der Einnahme und dem Missbrauch dieser Beruhigungsmedikamente.

TYP III – „Alkohol als Antidepressivum“

Symptome: Alkohol wird von dieser Gruppe aufgrund einer Stimmung aufhellenden und Schlaf anstoßenden Wirkung missbraucht. Alkohol wirkt zwar Schlaf fördernd, zerstört in weiterer Folge jedoch die Schlafarchitektur. Ähnlich wie Typ-II-Patienten zeigen Patienten dieser Gruppe im Entzug einen zweidimensionalen, feinschlägigen Tremor (oft nur im Vorhalteversuch erkennbar), leichtes Schwitzen (vorwiegend an den Händen, weniger am Stamm) und einen stabilen, angespannten Kreislauf (Blutdruck und Herzfrequenz erhöht). Epileptische Krampfanfälle in der Vorgeschichte kommen selten vor. Typ-III-Patienten zeigen im Entzug ein ängstlich-depressives Zustandsbild mit Schuldgefühlen, Versagensängsten sowie Suizidgedanken. Familiäre Häufungen von affektiven Störungen finden sich ebenfalls. Oft haben die Patienten zu Beginn ihrer Trinkkarriere den Eindruck, Alkohol wäre ihr „richtiges“ Medikament. Nach längerer Abstinenz bessert sich fast immer auch die chronobiologische Störung. Nachdem diese Basisstörungen jedoch typischerweise phasenhaft auftreten, kommt es ohne pharmakologische Hilfe immer wieder zu Rückfällen (episodischer Verlauf). Suizidgedanken und Suizidtendenzen sind in dieser Phase sehr häufig (Unterbrechungen der Therapiekette sind als Behandlungsfehler zu werten, ambulante – stationäre – ambulante Behandlungen sollten so miteinander vernetzt werden, dass die Kontinuität in der Therapie gewährleistet ist! – siehe Regeln der Krisenintervention nach G. Sonneck)

Therapie: Typ-III-Patienten werden vorzugsweise mit Alcover® (GHB) 4 x 7,5 ml bis 4 x 10 ml entzogen. Bei ungenügender Wirkung ist keine Dosissteigerung angezeigt. Bereits nach der ersten

Gabe kann meist beurteilt werden, ob diese Therapie ausreicht. Wird die gewünschte Wirkung nicht erreicht, ist zu hinterfragen, ob im Hintergrund eine regelmäßige Benzodiazepineinnahme vorliegt. In diesem Falle wäre eine Behandlung mit GHB gänzlich ungeeignet, die medikamentöse Therapie wird dementsprechend mit Benzodiazepinen weitergeführt. Die Dosis wird bis zur Symptombefreiung des Entzugssyndroms gesteigert und anschließend über Wochen langsam reduziert. Gleichzeitig sollte die Umstellung auf eine suffiziente antidepressive Medikation erfolgen (Es empfehlen sich zusätzlich regelmäßige Harnkontrollen, um eine Reduktion der Benzodiazepineinnahme nachzuweisen).

Auch in dieser Gruppe sind Neuroleptika gänzlich kontraindiziert, da sie die Rückfallsrate insgesamt erhöhen! Naltrexon sollte bereits während der Entzugsbehandlung als Rückfallsprophylaxe etabliert werden.

In dieser Gruppe sind manchmal stationäre Aufnahmen notwendig, wobei sich diese Notwendigkeit aber vor allem nach dem Schweregrad des psychopathologischen Zustandsbildes richtet, z.B. suizidale Einengung oder schwere chronobiologische Störung.

TYP-IV – „Alkohol als Gewöhnung“

Symptome: Vor dem 14. Lebensjahr, in der Phase der Gehirnentwicklung, also lang vor Beginn der Trinkkarriere, bestehen bereits deutliche Auffälligkeiten. Zerebrale Vorschäden und sehr schwierige familiäre Verhältnisse führen zu kindlichen Verhaltensauffälligkeiten (wie z.B.: längerfristiges Stottern, Nägelbeißen und/oder nächtliches Einnässen nach dem 3. Lebensjahr, Entwicklung eines Cyclothymen Temperaments). Zwanghafte Verhaltensweisen und eine Kritiklosigkeit dem Trinken von Alkohol gegenüber bewirken, dass dem Trinkdruck der Gesellschaft oder dem „aktuellen Trinkdruck“ der jeweiligen Situation nicht Widerstand geleistet werden kann. Dieser chronische Alkoholmissbrauch mit der bereits bestehenden Vorschädigung, führt bei dieser Untergruppe zu schweren körperlichen Symptomen (z.B. Polyneuropathie, Epilepsie, usw.). Schwere kognitive Störungen mit entsprechenden Durchgangssyndromen stehen bei langen Verläufen oft im Vordergrund. In Spätstadien sind auch dementielle Bilder zu beobachten.

Strukturiertes Interview für zeitsparende und richtige Behandlung Alkoholabhängiger:
www.LAT-online.at

Vorteile:

- Sicherheit für das therapeutische Handeln;
- Bessere Ergebnisse in der Therapie von Alkoholismus und Lebererkrankungen;
- 1 x 20 Minuten erspart später viel Zeit.

Verbesserung des Klimas zwischen Arzt und Patient

Im Entzug findet sich ein nur leichter, oft cerebellärer Tremor, ein stabiler Kreislauf, fast kein Schwitzen (sog. „trockener Entzug“. Oft sind bereits epileptische Anfälle unabhängig von der Alkoholwirkung oder vom Alkoholentzug aufgetreten. Häufig findet man auch schwere Gangstörungen (Polyneuropathien).

Merklich sind deutliche Beeinträchtigungen der intellektuellen Leistung und des Gedächtnisses, in der Exploration wahrnehmbar als Konfabulationen und/oder Perseverationen. Oft interpretieren Typ-IV-Patienten normale Wahrnehmungen wahnhaft, manchmal finden sich auch illusionäre Verkennungen oder sogar Halluzinationen (paranoid halluzinatorische Durchgangssyndrome). Diese Symptome bestehen oft über Monate, wobei Tranquilizer die Symptomatik erfahrungsgemäß verschlechtern. Die Ursache der Symptomatik ist primär nicht der Toxizität des Alkohols zuzuschreiben, sondern der ursprünglich bestehenden hirnnorganischen Veränderung, dem Alkohol fällt in diesem Fall eine Trigger-Wirkung zu und ist als komplizierender Faktor zu werten. Besonders wichtig ist bei Typ-IV-Patienten die genaue differentialdiagnostische Abklärung anderer Ursachen von organischen Psychosen (Insultgeschehen, Tumoren, Hypoglykämien, Entzündungen usw.).

Therapie: Im Vordergrund der Entzugsbehandlung stehen die pflegerische Betreuung, eine geschützte Atmosphäre in einem abstinenter Milieu (Familie oder Spital) mit stützenden Maßnahmen und adäquater Aktivierung. Somatische Grunderkrankungen – auch Schmerzen! – müssen dabei entsprechend behandelt werden.

Zusammenfassung der medikamentösen Therapie nach der Typologie nach Lesch

| | Entzugsbehandlung | Rückfallsprophylaxe |
|---------|--|---|
| Typ I | Benzodiazepine und Caroverin Thiamin 100–300 mg i.v. über 10 Tage | Acamprosat oder Disulfiram kontraindiziert: D1-Antagonisten, |
| Typ II | Tiapid cave: Benzodiazepine, GHB | Acamprosat kontraindiziert: Benzodiazepine, GHB |
| Typ III | GHB | Naltrexon, Antidepressiva (z.B.: Trazodon, Mirtazapin), Carbamazepin, Topiramat, Valproinsäure GHB im Rückfall |
| Typ IV | GHB, Carbamazepin, Neuroleptika bei produktiven Symptomen Memantin oder Piracetam | GHB (als Substitution), Naltrexon atypische Neuroleptika (z.B.: Olanzapin), Nootropika |

Als Entzugsmedikation und als Anfallsprophylaxe haben sich Carbamazepin 300–900 mg täglich und 3 x 7,5 ml Alcover® (GHB) bewährt. Nootropika, wie z.B. Memantine oder Piracetam, verbessern die kognitiven Leistungen und wirken auch als Anticraving-Substanz. Die pharmakologische Aktivierung durch eine Lichttherapie mit mindestens 10.000 Lux über eine Stunde zweimal täglich zeigt positive Wirkung. Dimmlicht zwischen 500–800 Lux fördert die Symptomatik, aus diesem Grund soll pflegerischerseits versucht werden, Typ-IV-Patienten im Entzug nachts in einem völlig abgedunkelten Raum schlafen zu lassen. Eine 1:1-Betreuung spart darüber hinaus Medikation. Da diese Patientengruppe üblicherweise ebenfalls an chronobiologischen Störungen leiden, ist auf die Wiederherstellung eines physiologischen Wach-Schlaf-Rhythmus besonders zu achten.

Bei produktiven Durchgangssyndromen sind atypische Neuroleptika indiziert (z.B. Quetiapin 50–200 mg). Tranquilizer verstärken die Symptomatik und sollten in dieser Gruppe nur in Notfällen

verabreicht werden (z.B. bei gehäuften epileptischen Anfällen).

- Die Entzugstherapie sollte auch nach dem Schweregrad der Alkoholisierung modifiziert werden. Bei Alkoholspiegel oft weit über 2,5 Promille sind zu Beginn der Therapie für sämtliche vier Gruppen Benzodiazepine nicht verzichtbar. Dennoch sollte so rasch wie möglich eine typenspezifische Medikation angestrebt werden.

- Die medikamentöse Rückfallsprophylaxe sollte bereits am ersten Tag der Entzugsbehandlung geplant werden (siehe Tabelle 4).

Typ-II- und Typ-III-Patienten nach Lesch sollten überdies einer suffizienten Psychotherapie zugeführt werden. Bei Typ-I- und Typ-IV-Patienten sind oft regelmäßige medizinische Kontrollen, die sich vor allem lerntheoretischer Aspekte bedienen, ausreichend, letztere profitieren dabei vor allem durch Schaffung eines sicheren sozialen Umfeldes bzw. Netzwerkes.

Literatur

Lesch, Otto Michael / Walter, Henriette / Wetschka, Christian: Alkohol und Tabak. Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit. SpringerWienNewYork 2009.

Dr. Dagmar Kogoj,
Univ.-Prof. Dr. Otto Michael Lesch,
Univ.-Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien
dagmar.kogoj@meduniwien.ac.at

Alcover®-Sirup in der Therapie Alkoholabhängiger

Statement von Univ.-Prof. Dr. Otto Lesch

Alcover®-Sirup (Wirkstoff Gamma-Hydroxybuttersäure Natriumsalz, GHB) ist in Flaschen zu 140 ml erhältlich.

Die Wirksubstanz wird seit mehr als 45 Jahren in verschiedenen Ländern in der Anästhesie und zur Therapie von Alkoholabhängigen verwendet. 1963 wurde diese Substanz als Somsanit in Deutschland eingeführt und seit vielen Jahren ist sie als Alcover® zuerst in Italien und später auch in anderen Ländern wie auch Österreich zugelassen. In manchen Ländern aus Osteuropa wird der Wirkstoff bei allen Alkoholentzügen in parenteraler Form verwendet.

Da vor etwa zehn Jahren in den USA nachgewiesen wurde, dass der Wirkstoff auch bei Kokain-Abhängigen im Entzug wirksam ist, haben Polytoxikomane (vor allem Anabolika- und Kokainmissbrauchende) begonnen, GHB zur Sedierung dazuzunehmen und haben es aber wie alle anderen Substanzen auch missbraucht. Dieser Missbrauch wurde dann auch in Europa beobachtet und im Narkotik-Board der UNO diskutiert. Es wurde im Bezug auf Missbrauch deutlich geringer eingeschätzt als Benzodiazepine und Hypnotika.

Cochrane Review

In einer Cochrane Analyse publizierten 2010 Leone M. A. et al. die Rolle von GHB in der Entzugsbehandlung wie auch in der Rückfallprophylaxe. 50 mg GHB/kg KG aufgeteilt auf drei Tagesdosen sind in der Entzugsbehandlung wirksam. GHB ist in der Rückfallprophylaxe besser wirksam als Naltrexon und Disulfiram, es gibt in dieser Dosierung keine wesentlichen Nebenwirkungen. Die Abgabe muss jedoch in einem strikten medizinischen Setting erfolgen, weil sonst die Entwicklung einer Abhängigkeit droht.

Situation in Österreich

2002 publizierte Nimmerrichter eine Studie zum Thema GHB im Entzug von Alkoholkranken, wobei diese Studie im Anton Proksch Institut durchgeführt wurde. GHB hat sich im Entzug gut bewährt und für die Leber aber auch für die kognitiven Leistungen als deutlich

besser als die normale Entzugsmedikation dargestellt. Korninger publizierte 2003 eine Anwendungsstudie von GHB in einem Unfallspital und beschrieb deutlich bessere Verläufe des Entzuges.

Erfahrungsbericht

In unserer Ambulanz für Alkoholgefährdete verwenden wir seit 2002 an mehr als 1500 Alkoholabhängigen Alcover® sowohl zu Entzugsbehandlung als auch zur Rückfallprophylaxe.

Im Typ-III- und -IV nach Lesch hat sich GHB bewährt.

Bei Typ-I-Patienten nach Lesch ist Alcover® zu wenig wirksam und deshalb setzen wir Benzodiazepine ein. Auch für die Rückfallprophylaxe ist es in dieser Gruppe nicht geeignet.

Typ-II-Patienten nach Lesch missbrauchen alle Substanzen mit Suchtpotential wie auch Benzodiazepine, Hypnotika aber auch GHB. Diese Patienten glauben, dass ihnen ein Medikament mehr Selbstsicherheit geben kann, und dass es ihnen hilft, mit ihren psychosozialen Schwierigkeiten besser zu Rande zu kommen. Da dies natürlich nicht funktionieren kann, dürfen in dieser Gruppe keine Medikamente mit Suchtpotential verwendet werden.

Typ-III- und Typ-IV-Patienten nach Lesch sollten mit GHB entzogen werden, wobei in Typ IV eine Kombination mit Carbamazepin zu empfehlen ist. Da diese Gruppen von Alkoholkranken auch oft Benzodiazepine missbrauchen, ist für den Benzodiazepinentzug GHB viel zu wenig wirksam. Wir haben gelernt, dass nach einer Dosierung von 10 ml Alcover® der Patient bereits nach 20 Minuten eine wesentliche Besserung seines Alkoholentzuges beschreibt. Spürt er keine positive Wirkung, soll man GHB nicht in der Dosis erhöhen, sondern durch Benzodiazepine ersetzen. Mit großer Wahrscheinlichkeit liegt ein zusätzlicher Missbrauch von Benzodiazepinen vor. Im Typ III nach Lesch kann mit GHB der Schweregrad und die Dauer eines Rückfalles deutlich reduziert werden. Der Patient wird angewiesen, bei einem Rückfall drei Tage Alcover® 4 mal täglich

7,5 ml einzunehmen und es dann wieder abzusetzen.

Bei Typ-IV-Patienten verwenden wir GHB als Substitution für Alkohol und unter kontrollierten Bedingungen kommt es ganz selten zu Dosissteigerungen. Die Nebenwirkungen von GHB sind deutlich geringer als die Nebenwirkungen von großen Dosen Alkohol.

Zusammenfassung

Wie in dem Cochrane Review ausgeführt und durch eigene Studien wie auch durch die Praxis belegt, ist Alcover® (GHB) ein gut steuerbares Entzugsmedikament für die Typen III und IV nach Lesch und in diesen Untergruppen stellt Alcover® auch eine deutliche Bereicherung in der Rückfallprophylaxe dar. Bei richtigem Einsatz und unter kontrollierten Bedingungen ist das Suchtpotential niedriger einzuschätzen als das Suchtpotential von Benzodiazepinen.

Eine slow-release Tablette mit GHB wird zurzeit in einem weltweiten Forschungsprogramm in den Indikationen Entzug und Rückfallprophylaxe untersucht. *FB*

Strukturiertes Interview für zeitsparende und richtige Behandlung Alkoholabhängiger:

www.LAT-online.at

Vorteile:

- Sicherheit für das therapeutische Handeln;
- Bessere Ergebnisse in der Therapie von Alkoholismus und Lebererkrankungen;
- 1 x 20 Minuten erspart später viel Zeit.

Verbesserung des Klimas zwischen Arzt und Patient

*Univ.-Prof. Dr. Otto Lesch
Präsident der Österreichischen
Gesellschaft für Suchtmedizin
MedUni Wien
Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Währingergürtel 18–20, 1090 Wien*