

Behandlung des akuten und protrahierten Entzugssyndroms unter ambulant/tagesklinischen Bedingungen

psychomed 8/3, 151-153 (1996)
Volker Kielstein

Nach Unterbrechung der Alkoholfuhr bei Alkoholabhängigen stellt sich ein akutes Alkoholentzugssyndrom ein. Es dauert drei bis sieben Tage und spielt sich auf einem Kontinuum ab, welches von leichter bis schwerer vegetativer Entzugssymptomatik über Prädelir bis zum Vollbild des Delirium tremens mit psychomotorischer Unruhe, Desorientiertheit und optischen Halluzinationen reicht. Ein reines Entzugsdelir ist relativ selten. Nach Atanassow entsteht die Gefahr eines Delirs meist dann, wenn zu der Entzugssituation noch eine körperliche Erkrankung wie Knochenbruch, Pneumonie, gastrointestinale Blutung, Pankreatitis etc. hinzu kommt. Auch Victor und Adams beschreiben die gefährlichen Assoziationen zwischen Infektionen, Verletzungen etc. und Alkoholentzug. Sie beschreiben einen Gipfel von Entzugsanfällen zwischen 13 und 24 Stunden nach relativer oder absoluter Abstinenz, weiterhin einen Gipfel von deliranten Symptomen zwei bis vier Tage danach. Innerhalb eines ambulanten oder teilstationären Settings kann der Gefahr eines Delirs, welches in jedem Fall einer stationären Intervention bedarf, vorgebeugt werden, indem Kontraindikationen und Vorsichtsregeln beachtet werden.

Der ambulante Entzug sollte nicht versucht werden:

- bei schweren Entzugserscheinungen, besonders wenn bereits flüchtige Halluzinationen aufgetreten sind, wenn aus der Vorgeschichte epileptische Anfälle oder Delirien bekannt sind,
- bei gleichzeitig bestehenden ernsthaften körperlichen Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus, Knochenfraktur),
- wenn täglich sehr große Mengen Alkohol getrunken wurden (z. B. 0,7 Liter Schnaps oder 15 halbe Liter Bier und mehr), Frauen können schon bei geringeren Mengen im gefährdeten Bereich liegen,
- wenn größere Tablettenmengen (z. B. 10 bis 15 Schlaftabletten) täglich genommen werden, in Kombination mit Alkohol genügen bereits geringere Mengen,
- wenn der Patient durch die Willensentscheidung zur Abstinenz überfordert ist,
- wenn bereits ambulante Entgiftungsversuche gescheitert sind; 60 bis 70 Prozent der Patienten sind für ambulant/tagesklinische Entgiftung geeignet.

Folgende Regeln haben sich bewährt:

- tägliche Wiedervorstellung für 10 bis 14 Tage, dabei täglich Einzelkonsultationen und Gruppentherapie („Entgiftungsgruppe“),
- 5 – 7 Tage lang Carbamazepin (Finlepsin®) 1-1-2 Tabletten à 200 mg, dann innerhalb von 3 – 4 Tagen abbauen,
- Einbeziehung der Bezugsperson (Aufklärung über mögliche Komplikationen, Überwachen der Tabletteneinnahme),
- der Patient darf nachts nicht allein gelassen werden (z. B. unvorhergesehene psychiatrische Probleme),

- die Telefonnummer des dringlichen Hausbesuchsdienstes muss mitgegeben werden,
- Fahruntauglichkeit während des Entzugs ist zu beachten.

Bei strenger Einhaltung der Regeln habe ich in den letzten drei Jahren keinen epileptischen Anfall und kein Delir bei unseren ambulant/tagesklinisch entgifteten Patienten beobachtet. Die Effektivität der Carbamazepinbehandlung (evtl. Kombination mit Nitrazepam-Radedorm®) z.B. wird in einer Arbeit von Morgner und Kühne 1994 bestätigt. Sie beobachteten bei 40 Entzügen keinen epileptischen Anfall.

Die folgende Tabelle zeigt Kriterien, die die Entscheidung zwischen ambulanter, tagesklinischer und stationärer Entgiftung erleichtern. Dabei haben die Faktoren „soziale Stabilität“, „Fähigkeit, einen Behandlungsvertrag einzuhalten“ und „Motivation“ eine besondere Bedeutung.

Bei der Behandlung des Entzugssyndroms spielen psychologische Faktoren eine große Rolle. Die Anwesenheit eines Partners, das Verständnis der gleichermaßen betroffenen in der Gruppe wirken sich symptomreduzierend aus, „talk down“, das beruhigende Gespräch, ist hilfreich. Leichte bis mittelschwere körperliche Aktivität wirkt sich ebenfalls positiv aus, da die entzugsbedingten Stresssubstanzen in den Muskelstoffwechsel gehen.

Das protrahierte Entzugssyndrom (PES)

Nach Abklingen des akuten Entzugssyndroms wird häufig ein protrahiertes Entzugssyndrom (Kryspin-Exner) beobachtet. Es dauert 4 – 6 Wochen und ist ein Komplex von psychoorganischen, vegetativen und psychoreaktiven Veränderungen.

Das protrahierte Entzugssyndrom ist auf vier Ursachen zurückzuführen:

1. Leichte Störbarkeit des vegetativen Nervensystems infolge jahrelanger Alkoholintoxikation-, emotionale Labilität, Hyperhidrosis, Schlafstörungen, Inappetenz.
2. Organische Hirnschädigung – Konzentration, Aufmerksamkeit, Denkfähigkeit, Merkfähigkeit.
3. Verminderung der Fähigkeit, intrapsychische Spannungen und Stimmungen auszugleichen – Angst, Depression, Reizbarkeit, Unruhe.
4. Demaskierung ursprünglich vorhandener Persönlichkeitsstörungen nach Absetzen des Alkohols.

Es besteht die Gefahr, dass das protrahierte Entzugssyndrom einen Rückfall in süchtiges Verhalten bewirkt. Die Beschwerden, die das protrahierte Entzugssyndrom ausmachen, haben eine große Ähnlichkeit mit den Zielsymptomen des Kavapräparates Antares 120. Weiterhin sind sie nahezu identisch mit den Symptomen, die Skinner von der Addiction Research Foundation in Toronto statistisch als signifikant unterscheidend zwischen Problemtrinkern und Normalpersonen fand.

Der bekannte österreichische Alkoholismusforscher Kryspin-Exner erprobte bereits 1974 Kavain beim protrahierten Alkoholentzugssyndrom. Die Substanz eignet sich nicht nur wegen der tranquilisierenden Wirkung, sondern auch, weil sie das Vigilanzniveau nicht beeinträchtigte, weil sie die verminderte Konzentrationsleistung durch Alkohol nicht potenzierte (im Gegensatz zu den Benzodiazepinen) und weil sie kein Suchtpotential besaß.

Die Studie

1993/94 habe ich eine Pilotstudie an 78 tagesklinisch behandelten Alkoholkranken durchgeführt. Die Patienten hatten vor Beginn der tagesklinischen Behandlung häufiger ambulant als stationär das akute Entzugssyndrom (s. o.) überwunden. Danach befanden sie sich für fünf bis sechs Wochen (die Zeit des protrahierten Entzugssyndroms) in tagesklinischer Behandlung und hatten anschließend für sechs bis 12 Monate, teilweise auch

länger, die Möglichkeit, eine wöchentlich stattfindende ambulante Gruppentherapie zu besuchen. Diese Behandlungsstrategie wurde aufgrund von Forschungsergebnissen über ambulante Therapie von Alkoholkranken und deren Verbesserung durch die tagesklinische Vorbehandlung (Kielstein 1982) entwickelt. In dieser Forschung hatte es sich gezeigt, dass sich durch die tagesklinische Vorbehandlung die Therapieergebnisse ambulanter Therapie entscheidend verbessern ließen.

- **Rückgang der Therapieabbrüche innerhalb von drei Monaten von über 50 Prozent auf weniger als 25 Prozent,**
- **Zunahme der globalen Besserungsrate aller Patienten, die Kontakt zur Einrichtung hatten, von 31 auf knapp 60 Prozent,**
- **deutliche Verbesserung der üblicherweise schlechteren Behandlungsprognosen von Arbeitern und Hilfsarbeitern.**

Zurück zu den 78 tagesklinischen Patienten, die nach Überwindung des akuten Entzugssyndroms die Möglichkeit hatten, vier Wochen lang das Kava-Präparat Antares 120 zur Dämpfung des protrahierten Entzugssyndroms zu erhalten. 51 Patienten entschieden sich, wegen ihrer Beschwerden Antares 120 in der Dosierung von 3 x 1 Tablette zu nehmen. Die Patienten, die eine medikamentöse Unterstützung mit Antares 120 nicht wünschten (N = 27), bildeten die Kontrollgruppe.

Der durchschnittliche GGT-Wert war in der Antares- und in der Kontrollgruppe deutlich pathologisch (2,45 umol/l in der Antaresgruppe, 3,04 umol/l in der Kontrollgruppe). Das belegt, dass es sich hier um eine Klientel handelt, bei der bereits eine deutliche Leberschädigung eingetreten ist und welche man nicht als eine Ansammlung von „Bagatellfällen“ ansehen kann.

Die Therapieabbruchquote innerhalb von fünf Wochen lag in beiden Gruppen bei 15 Prozent (Antaresgruppe 15,68, Kontrollgruppe 14,81 Prozent).

Die Erfassung der Beschwerden erfolgte anhand des modifizierten Fragebogens nach Skinner, der mit seinen 22 Items die wichtigsten der bei Alkoholabhängigen vorkommenden Beschwerden enthielt.

Indikationskriterien für verschiedene Formen der Entgiftung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen

Ambulante Therapie	Tagesklinik	Stationäre Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • soziale Stabilität 		<ul style="list-style-type: none"> • soziale Instabilität
<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit, Behandlungsvertrag einzuhalten 		<ul style="list-style-type: none"> • Vertragsschwierigkeiten
<ul style="list-style-type: none"> • starke Motivation 	60 bis 70 %	<ul style="list-style-type: none"> • schwache Motivation
<ul style="list-style-type: none"> • relativ geringe Trink- bzw. Substanzmengen 		<ul style="list-style-type: none"> • große Trink- bzw. Substanzmengen
<ul style="list-style-type: none"> • körperlich/psychiatrisch relativ ungestört 		<ul style="list-style-type: none"> • körperlich/psychiatrisch relativ stark gestört
<ul style="list-style-type: none"> • vorhandene oder zu erwartende Entzugserscheinung gering 		<ul style="list-style-type: none"> • schwere vorhandene oder zu erwartende Entzugserscheinungen

Die Untersuchungen zeigten überraschende Befunde:

1. Die medikamentöse Unterstützung mit Antares 120 wurde hauptsächlich von Patienten gewählt, die erhöhte Beschwerdescores hatten. Dies widerspricht dem Vorurteil, dass hauptsächlich bequeme und weniger motivierte Patienten eine medikamentöse Behandlung bevorzugen.

2. Bei den Mittelwertvergleichstests verbessern sich ausschließlich in der Antares-120-Gruppe folgende Befindensitems signifikant:

- Herzklopfen, -jagen, -stolpern,
- Verlangen nach Alkohol,
- vermehrtes Schwitzen, innere Unruhe.

Am deutlichsten war der Unterschied beim Item „Verlangen nach Alkohol“. Diese direkte Wirkung von Kavaextrakt auf das Alkoholverlangen ist nach meiner Information bisher nicht bekannt gewesen.

3. Der Behandlungserfolg wurde vom Arzt in 88 Prozent der Fälle als gut (76,2 Prozent) oder sehr gut (11,9 Prozent) beurteilt. Die Patienten beurteilten den Behandlungserfolg in 83,3 Prozent der Fälle als gut (69,0 Prozent) oder sehr gut (14,3 Prozent).

4. Unerwünschte Wirkungen wurden elfmal beobachtet. Es handelt sich in abfallender Häufigkeit um leichteren bis mittleren Kopfdruck, Übelkeit und Hautjucken. Zum Studienabbruch haben diese Beschwerden in keinem Fall geführt.

5. Unter Antares 120 wurde keine Beeinträchtigung der Vigilanz beobachtet.

6. Nach Ablauf der vierwöchigen Behandlung gab es in keinem Fall Probleme, die dazu veranlassten, Antares 120 abzusetzen.

Ausgehend von den genannten Untersuchungsergebnissen, wird in meiner Tagesklinik bei Patienten mit stärkeren Beschwerden i.S. eines protrahierten Entzugssyndroms häufig das Kava-Präparat verordnet.

Zusammenfassung

Der Alkoholentzug kann, so belegen die referierten Erfahrungen und Untersuchungen, unter ambulant/tagesklinischen Bedingungen gut durchgeführt werden, wenn man Kontraindikationen beachtet und Behandlungsregeln einhält (s. d.). Wichtig sind weiterhin eine medikamentöse Behandlung der Entzugserscheinungen mit Carbamazepin, Einzel- und Gruppentherapie und die Einbeziehung der Angehörigen. 60 bis 70 Prozent aller anfallenden Patienten können auf diese Weise entgiftet werden. Dies führt in einer Versorgungsregion zu einer deutlichen Entlastung der Krankenhäuser, die Entzugsbehandlungen durchführen.

Das protrahierte Entzugssyndrom (Kryspin-Exner), welches nach Abklingen des Entzugssyndroms auftreten kann und etwa vier Wochen andauert, wird im tagesklinischen Setting gut aufgefangen. Bewährt hat sich die Behandlung stärkerer Beschwerden i.S. eines protrahierten Syndroms mit Antares 120, welches nicht nur die vegetativen Symptome, sondern besonders auch das Alkoholverlangen reduziert.

Diese überraschende und hochsignifikante Wirkung von Antares 120 auf das Alkoholverlangen stellt das Präparat in gewisser Weise in die Reihe moderner Anticravingsubstanzen (z.B. Gammaaminobuttersäure-Campral oder der Opiatantagonist Nemexin), die in den letzten Jahren klinisch geprüft wurden und die im Zusammenhang mit psychosozialen Behandlungsprogrammen eine Verbesserung der Therapie von Alkoholkranken erwarten lassen.

Im Gegensatz zu Behandlungsideologien, die medikamentöse Unterstützung in der Phase des Entzugs, des protrahierten Entzugs (Kryspin-Exner) und in Phasen gesteigerten Alkoholverlangens ablehnen, scheint sich in der letzten Zeit die Auffassung zu etablieren,

dass gezielte und eng umschriebene pharmakologische Interventionen im Verbund mit Psychotherapie sehr hilfreich sein können.