

ALKOHOL

Der am weitesten verbreitet und am besten bekannte Alkohol ist Ethanol. Sowohl Methanol als auch andere Alkohole haben im Prinzip ähnliche Wirkungsmechanismen wie Ethanol, nämlich vor allem sedativ-hypnotisch-narkotische, und können ebenfalls zu einer Abhängigkeit führen. Im Folgenden wird Ethanol besprochen, da dieses am häufigsten missbraucht wird und übermäßiger Ethanolkonsum am häufigsten ein Suchtverhalten nach sich zieht.

Laut ICD-10 wird der tägliche Konsum von bis zu 16g reinen Alkohols bei Frauen und 24g reinen Alkohols bei Männern als unbedenklich angesehen, wobei die Grenzwerte für gesundheitsschädliches Trinken 40g Alkohol bei weiblichen und 60g Alkohol bei männlichen Trinkern betragen. Allerdings gelten diese Angaben nur für gesunde Menschen ohne genetische Vorbelastung - Alkoholabhängigkeit in der Familie würde die Grenzwerte nach unten revidieren.

Die Wirkungen von Ethanol sind ausschließlich hemmender Natur. Der Grund für die Tatsache, dass bei AlkoholkonsumentInnen nach Einnahme von steigenden Mengen der Substanz auch erregende Effekte auftreten, ist eine Hemmung von inhibitorischen (=hemmenden) Nervenzellen. Letztendlich überwiegen allerdings die Symptome einer Sedation bis hin zur Narkose. Die ersten Symptome, die durch gesteigerten Alkoholgenuss verursacht werden, sind Gangstörungen, dann kommt eine Einschränkung der Aufmerksamkeit und des Gesichtsfeldes hinzu, weiters sind zielgerichtete Bewegungen beeinträchtigt, z.B.: Gehen auf einer Linie - oftmals Aufforderung bei Lenkerkontrollen der Polizei zur Überprüfung des Alkoholkonsums. In weiterer Folge kommt es zu einer Verlängerung der Reaktionszeit, zu Sprachstörungen, unkontrollierten Augenbewegungen (=Nystagmus), Übelkeit, Erbrechen bis zum Verschwinden von kontrollierten Bewegungen und Reaktionen. Ab ca. 2 ‰ Blutalkohol kommt es sowohl zu einer Eintrübung des Bewusstseins wie auch eine anterograde (=zukünftige) Amnesie auftreten kann. 3‰ Alkohol im Blut führen zum Koma, 4‰ Blutalkohol können eine zentrale Atemlähmung auslösen. Regelmäßige Zufuhr von Ethanol kann zu einer Toleranzentwicklung führen, sodass steigende Alkoholmengen zum Auftreten der vorhergehend beschriebenen Symptome notwendig sind. Der Abbau der zugeführten Alkoholmengen läuft immer mit konstanter Geschwindigkeit ab und beträgt 0,15‰ pro Stunde.

Chronischer Alkoholabusus kann folgende Schädigungen hervorrufen: Ausbildung einer Fettleber, Hepatitis, Leberzirrhose, Bluthochdruck, Zittern, Kardiomyopathien (=Erkrankungen des Herzmuskels), Polyneuropathien (= Erkrankungen der Nervenbahnen), Wernicke-Enzephalopathie (=Schädigung von bestimmten Hirnstrukturen), sowie Ausbildung einer Depression oder Fetales (=kindliches) Alkoholsyndrom bei Alkohol-konsumierenden Schwangeren. Oftmals findet man bei alkoholabhängigen PatientInnen ein gehäuftes Auftreten von affektiven Störungen (Depression, bipolare Erkrankungen), Angststörungen, Schizophrenie, aber auch Persönlichkeitsstörungen sind keine Seltenheit, wie beispielsweise eine Borderline-Störung.

Die Entzugssymptome, die im Rahmen eines Alkoholentzuges vorkommen reichen von Zittern, Übelkeit, Reizbarkeit, Schlafstörungen über häufiges Auftreten von Krampfanfällen, erhöhtem Blutdruck, Wahrnehmungsstörungen bis schließlich ein Delirium tremens eintritt (=Verwirrung, visuelle Halluzinationen, Fieber, Erbrechen, Herzrasen, Pupillenerweiterung, Tod). Die erwähnten Symptome sind umso stärker ausgeprägt je länger der Ethanolabusus betrieben wurde.

Die Behandlung einer Ethanolabhängigkeit wird durch verschiedene Faktoren bestimmt, wie Alter, Geschlecht, Persönlichkeitsstruktur des Patienten/der Patientin, somatische Vorerkrankungen, soziales Umfeld der betroffenen Person, Schweregrad der Vergiftung, Massivität des Entzuges sowie psychiatrische Begleiterkrankungen. In der Phase des akuten Entzuges, der sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden kann, wird die vorherrschende Symptomatik vor allem mit Benzodiazepinen und Clonidin behandelt. Zusätzlich können bei Bedarf und entsprechender Symptomatik auch niedrigpotente, typische Neuroleptika in das Therapiesetting miteinbezogen werden. Nach der Phase des akuten Entzuges, während eines Krankheitsabschnittes, in dem noch immer massives Ethanolverlangen vorherrscht, können folgende Medikamente zur Behandlung der Sucht herangezogen werden: 1.) Naltrexon, ein Opioidrezeptorantagonist, der das Verlangen nach Alkohol vermindert bzw. die Rückfallintensität verringert. Bei PatientInnen, die an einer Opioidabhängigkeit leiden, würde diese Substanz ein Opioidentzugssyndrom induzieren, bei PatientInnen, die nicht Opioid-süchtig sind, hat Naltrexon praktisch keine Wirkung. Durch die Blockade der Wirkung von Endorphinen (=körpereigene Glückshormone), die mitbeteiligt an der Suchtentwicklung bei Alkoholkranken sind, reduziert Naltrexon die psychische

Abhängigkeit vom Alkohol. 2.) Acamprosat, eine Substanz die in seiner Wirkung Ethanol sehr ähnlich ist, da es ebenfalls antagonistisch an bestimmten Rezeptoren wirkt und somit zu einer Hemmung an unterschiedlichen Nervenstrukturen führt ohne eine Eigenwirkung zu besitzen. Auch dieses Pharmakon reduziert das Alkoholverlangen, allerdings können auch einige sehr unangenehme Nebenwirkungen auftreten, z.B.: Durchfälle, Bauchschmerzen, Übelkeit und Juckreiz. 3.) Disulfiram, eine Substanz, die alleine verabreicht keine Wirkung hervorruft, in Kombination mit Alkohol jedoch eine schwere Unverträglichkeitsreaktionen verursacht, die mit folgenden Symptomen einhergeht: starke Hautrötungen an Kopf, Schultern und Brust, Hitzegefühl, Kopfschmerzen, Herzrasen, niedriger Blutdruck bis zum Kreislaufversagen sowie Erhöhung der Atemfrequenz. Dieses sogenannte „Antabus-Syndrom“ beginnt ca. 30 Minuten nach Alkoholeinnahme, dauert einige Stunden und kann bis zu 14 Tage anhalten.