

Alkoholismus und Neuropsychologie : Klinische Bedeutung neuropsychologischer Diagnostik bei diskreten Störungen

Autor(en): **Wolfensberger-Baumgartner, Tess**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **27 (2001)**

Heft 3

PDF erstellt am: **18.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-799978>

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.

Alkoholismus und Neuropsychologie

neuropsychologischer Diagnostik bei

Diskrete neuropsychologische Störungen bekommen eine immer grössere Bedeutung in der Alkoholismustherapie. Im Beitrag werden die Auswirkungen von Hirnfunktionsstörungen auf die Therapie erläutert.

TESS WOLFENBERGER-
BAUMGARTNER *

Die Forel Klinik behandelt Menschen mit substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen – hauptsächlich alkohol-, medikamenten- und tabakabhängige Frauen und Männer. Das Therapiekonzept beruht auf einem biopsychosozialen Ansatz. Das heisst, dass in der Behandlung der PatientInnen mehrere Faktoren eine Rolle spielen: die Abhängigkeitserkrankung an sich, die Persönlichkeit der PatientInnen, ihr aktueller psycho-physischer Gesundheitszustand, ihr soziales Umfeld (Arbeit, Wohnen, usw.) sowie ihr persönliches Beziehungsnetz.

Bei der Behandlung steht die psychotherapeutische Arbeit im Vordergrund; es wird bei den PatientInnen also Psychotherapiefähigkeit vorausgesetzt. Dies bedingt, dass die PatientInnen den

Wunsch zur Veränderung der eigenen Lebensgestaltung mitbringen oder dafür motivierbar sind. Ausserdem müssen sie über Introspektionsfähigkeit, genügend Frustrationstoleranz und emotionale Ansprechbarkeit verfügen. Bezogen auf den kognitiven Zustand bedeutet das, dass die PatientInnen der Forel Klinik über ein gewisses Mass an Flexibilität des Denkens, über erhaltene Gedächtnisfunktionen, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit verfügen sollten. Die Forel Klinik nimmt deshalb keine PatientInnen auf, die eine schwere kognitive Beeinträchtigung aufweisen, weil diese vom Therapieangebot überfordert wären¹.

Alkohol und Hirnleistungsstörungen

Es ist allgemein bekannt, dass Alkohol nicht nur die inneren Organe, wie z.B. Leber und Bauchspeicheldrüse, sondern auch das Nervensystem und insbesondere das Gehirn schädigt. In bildgebenden Verfahren zeigen sich bei untersuchten AlkoholikerInnen diffuse Veränderungen in der Grosshirnrinde, und es werden gehäuft Kleinhirnatrophien nachgewiesen. Nun kann eine Hirnfunktionsstörung aber auch dann vorliegen, wenn keine hirnorganische Schädigung im bildgebenden Verfahren erkennbar ist. Bisher sprach man dann von sogenannten «funktionellen» Folgeschäden – dies in Abgrenzung zu den «organischen» Schäden, die sich mit den heutigen bildgebenden Verfahren dokumentieren lassen. Unabhängig von den dahinter liegenden Ursachen können neuropsychologische Untersuchungen mehr oder weniger spezifisch Funktionsstörungen des Gehirns erfassen.

Modernste bildgebende Untersuchungsverfahren zeigen, dass Alkohol die Aktivität der Nervenzellen im Gehirn ganz allgemein herabsetzt, besonders

aber im Stirnhirn, das für die Einschätzung von Situationen und die Impulskontrolle zuständig ist, sowie in den oberen Schläfenlappen und in anderen Hirnbezirken, welche für die Gedächtnisfunktionen von Bedeutung sind³. Dies dürfte erklären, weshalb Menschen unter Alkoholeinfluss oft unangemessen handeln und sich an Ereignisse häufig nicht erinnern, selbst wenn (noch) gar keine massivere Hirnschädigung vorliegt.

Nachhaltige Schädigungen

Durch langanhaltenden Alkoholkonsum werden die genannten Hirnregionen nicht nur in ihrer Aktivität herabgesetzt, sondern nachhaltig geschädigt. Die direkte toxische Wirkung des Alkohols kann denn auch, wie man weiss, schwere geistige Abbauerscheinungen nach sich ziehen. Diese zeigen sich in Form von schweren hirnorganischen Störungen, beispielsweise einer Alkoholischen Demenz oder eines Amnestischen Syndroms. Insgesamt leiden aber nur etwa 10 Prozent aller alkoholabhängigen PatientInnen unter einer solch schweren Schädigung². Da bei solchen PatientInnen der geistige Abbau ein Mass angenommen hat, das eine psychotherapeutische Behandlung nicht mehr erlaubt, kommen diese Kranken nicht zu einer Behandlung in die Forel Klinik.

Die restlichen 90 Prozent der Alkoholabhängigen weisen keine klinisch einfach diagnostizierbare, organisch bedingte Störung auf. Man geht aber davon aus, dass diese PatientInnen bei einem fortgesetzten chronischen Alkoholmissbrauch schliesslich eine solche Schädigung geschiedt häufig schleichend. Dabei spielen unterschiedlichste Faktoren eine noch nicht klar definierte, aber bedeutsame Rolle: einerseits das Trinkverhalten (Häufigkeit, Dauer und

* Tess Wolfensberger-Baumgartner ist dipl. Psych. IAP/Psychotherapeutin SPV. Sie arbeitet seit 7 Jahren als Psychotherapeutin in der Forel Klinik und befasst sich theoretisch und praktisch mit dem Thema Neuropsychologie und Alkoholismus. Die Autorin pflegt eine enge Zusammenarbeit mit der Neuropsychologischen Abteilung der Neurologischen Klinik des Universitätsspitals, Zürich. Sie ist Mitinitiantin des Arbeitskreises Neuropsychologie in der Suchtarbeit. Kontaktadresse: Forel Klinik, 8548 Ellikon, Tel. 052 369 11 11

– Klinische Bedeutung diskreten Störungen

Menge, wobei diese nicht direkt mit dem Ausmass der kognitiven Beeinträchtigungen übereinstimmen müssen); andererseits genetische Disposition, alkoholische Familiengeschichte, Alter, Geschlecht und medizinische Probleme des Patienten⁴.

Diskrete Störungen

Wie bereits erwähnt, zeigen 90 Prozent der alkoholabhängigen PatientInnen keine klinisch offensichtliche organische Schädigung. Früher nahm man an, dass diese PatientInnen keine kognitiven Defizite hätten. Untersuchungen der letzten 20 Jahre an abstinenten Langzeitalkoholabhängigen zeigten aber, dass bis 75 Prozent dieser PatientInnen bei genauerer neuropsychologischer Untersuchung Beeinträchtigungen der kognitiven Hirnfunktionen aufweisen^{3,4}. Solche diskreten Störungen sind in einer ärztlichen (neurologischen) Untersuchung oder im psychotherapeutischen Gespräch nicht auf Anhieb zu erfassen, da die PatientInnen keine offensichtlichen klinischen

Symptome zeigen. Hingegen lassen sich mit neuropsychologischen Untersuchungen subtile Beeinträchtigungen nachweisen. Diese können in leicht eingeschränkter Aufmerksamkeit, verlangsamter Verarbeitung von Informationen und in reduzierten visuospatialen Fähigkeiten bestehen oder sich in vermindertem Abstraktions- und Problemlösungsvermögen sowie in einer diskreten Lern- und Gedächtnisschwäche zeigen⁵.

Psychotherapie und diskrete neuropsychologische Beeinträchtigungen

Man geht häufig davon aus, dass Beziehungsprobleme der Alkoholkranken und ihre Schwierigkeiten am Arbeitsplatz durch das Trinkverhalten an sich verursacht sind. Man schliesst daraus, dass diese sich durch Abstinenz allein beheben lassen. Heute weiss man, dass die genannten Schwierigkeiten nicht nur mit dem Alkoholkonsum und seinen direkten Auswirkungen (Trunkenheit, Enthemmung, usw.),

sondern auch mit dessen funktionellen Folgeschäden zu tun haben. Im Lebensalltag können diskrete Hirnleistungsstörungen die Lebensbewahrung beeinflussen, sie können sich beispielsweise in der Beziehungsgestaltung manifestieren oder die Arbeitsintegration erschweren. Selbstverständlich beeinflussen sie somit auch die Therapiefähigkeit.

Die Zuteilung auf die verschiedenen Abteilungen der Forel Klinik orientiert sich nebst anderen Kriterien am körperlichen Zustand, der kognitiven Beeinträchtigung und dem psychosozialen Funktionsniveau (GAF) der PatientInnen⁵. Auf der Kurzzeitabteilung werden höchstens leicht beeinträchtigte PatientInnen aufgenommen. Auf dieser Abteilung wird mit tiefenpsychologisch ausgerichteter Psychotherapie, im weitesten Sinne also psychodynamisch, gearbeitet. Diese Behandlung setzt einen nicht geringen Grad an Selbstverantwortung und Autonomie voraus. Auf der Flexiblen Abteilung, die leicht bis höchstens mittelgradig beeinträchtigte PatientInnen aufnimmt, wird vorwiegend mit verhaltenstherapeutischen Elementen gearbeitet. Hier ist die psychotherapeutische Arbeit pragmatisch und den Möglichkeiten der Patienten angepasst¹.

Anpassung des Therapieangebotes

Es versteht sich von selbst, dass PatientInnen mit kognitiven Einschränkungen kaum von einer tiefenpsychologisch, einsichtsorientierten Therapie profitieren können, die Selbstreflexion voraussetzt. Solche PatientInnen dürften eher einer verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung zugänglich sein, die geringere Ansprüche an die Einsichtsfähigkeit stellt³. Nun hat sich allerdings gezeigt, dass auch die klar strukturierte und zielgerichtete

- **Neuropsychologie:** Neuropsychologie ist ein Spezialgebiet innerhalb der Psychologie. NeuropsychologInnen befassen sich mit den Zusammenhängen zwischen dem Gehirn, den psychischen Funktionen (Bewusstsein, Erleben, etc.) und dem Verhalten.
- **Diskrete neuropsychologische Störung:** Leichte Beeinträchtigung von höheren Hirnfunktionen, wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen, Exekutivfunktionen (Umstellvermögen, Erfassen von Zusammenhängen, etc.). Diese müssen klinisch nicht ohne weiteres erkennbar sein, können aber in einer differenzierten neuropsychologischen Untersuchung erfasst werden.
- **Bildgebende Verfahren:** Bildgebende Verfahren wie die Computertomographie (CT), die strukturelle oder funktionelle Magnetresonanztomographie (MRI/fMRI) oder die Positronen-Emission-Tomographie (PET) erlauben es, die Struktur des Hirns beim lebenden Menschen sichtbar zu machen und dynamische Veränderungen zu beobachten.
- **Arbeitskreis Neuropsychologie in der Suchtarbeit:** Seit Sommer 2000 trifft sich eine Gruppe von MedizinerInnen und PsychologInnen aus dem stationären und ambulanten Bereich der Alkoholismusbehandlung regelmässig zu Austausch und Weiterbildung. Info: Forel Klinik (Tess Wolfensberger) 052 369 11 11 oder Winterthurer Fachstelle für Alkoholismus (Peter Eggli) 052 267 66 15.



Arbeit mit verhaltenstherapeutischen Elementen rasch eine Überforderung darstellen kann. So zeigten sich in der Forel Klinik Schwierigkeiten bei der Durchführung von einzelnen Therapieangeboten. Das Soziale Kompetenztraining beispielsweise konnte nicht – wie in «Gruppentraining sozialer Kompetenzen» beschrieben⁶ – einfach übernommen werden. Einige der PatientInnen verhielten sich äußerst passiv und schienen überfordert, obwohl die Teilnahme mit ihnen individuell besprochen wurde. Es war eine mehrfache Überarbeitung und Vereinfachung des Trainings nötig. Möglicherweise ist dabei der Schweregrad der (diskreten) neuropsychologischen Beeinträchtigung das entscheidende Kriterium und dürfte für die Indikation und Methodenwahl der psychotherapeutischen Behandlung von Alkoholabhängigen relevant sein.

Klinische Bedeutung und Auswirkungen auf die Behandlung

In der Behandlung von Alkoholabhängigen ist es von zentraler Bedeutung, dass die TherapeutInnen den kognitiven Zustand ihrer PatientInnen kennen; andernfalls besteht die Gefahr, dass sie ihnen nicht gerecht werden. Die Denkweise von PsychotherapeutInnen gibt nämlich traditionellerweise vor, bei Schwierigkeiten während des Therapieverlaufes zuerst an fehlende Motivation- und Kooperationsbereitschaft und an unbewussten Widerstand zu denken. Psychothera-

peutInnen nehmen bei Süchtigen eher ein «Nicht-Wollen» der PatientInnen, als eine Überforderung und ein «Nicht-Können» an. Das Wissen darüber, dass Desinteresse, Zerstreuung und Unzuverlässigkeit, sogar fehlende Krankheitseinsicht und Therapiemotivation möglicherweise durch kognitive Schädigung verursacht sind, entlastet sowohl PatientInnen wie TherapeutInnen. Wenn der Therapieerfolg ausbleibt, müssen weder TherapeutIn noch PatientIn in Frage gestellt werden – wohl aber vielleicht die angewandte Therapiemethode und die angestrebten Therapieziele!

Das Wissen um neuropsychologische Dysfunktionen bedingt eine subtilere therapeutische Vorgehensweise, da nun die begrenzte Belastbarkeit der PatientInnen berücksichtigt werden muss. So kann beispielsweise auf einmal die Länge einer Therapieeinheit, die Einfachheit der Sprache, die Beschränkung auf ein einziges Thema während des PatientInnenkontaktes ausschlaggebend dafür werden, ob überhaupt ein therapeutischer Effekt erzielt wird.

Das Wissen um eine Beeinträchtigung kann motivierend wirken

Aber auch für die PatientInnen ist das Wissen um ihren eigenen kognitiven Zustand wichtig. Die Erfahrung zeigt, dass PatientInnen mit diskreten neuropsychologischen Beeinträchtigungen beeindruckt und besorgt auf den diagnostischen Befund reagieren – und

nicht etwa fatalistisch oder entmutigt (immer vorausgesetzt natürlich, dass ihnen der Befund in geeigneter Weise übermittelt wird). Oftmals hat der Befund motivationsfördernde Wirkung, indem die PatientInnen in der Regel hohes Interesse daran zeigen, wie sie ihren Zustand – beispielsweise die Gedächtnisleistungen – verbessern können. Da Zeit und Abstinenz den Schlüssel für die Erholung der zerebralen Funktion darstellen, wird der Wunsch nach kontrolliertem Trinken vor dem Hintergrund des neuropsychologischen Zustandes anders mit dem Patienten diskutiert werden können, als wenn noch keine Folgeschäden vorliegen. Dies ist mit ein Grund, weshalb eine differenzierte neuropsychologische Untersuchung zur vollständigen Diagnostik von AlkoholpatientInnen gehören sollte. ■

Im Text nicht erwähnte Literatur

- Grant, I.; Adam, K. M.; Reed, R., 1987: Intermediate-duration (subacute) organic mental disorder of alcoholism. In: Grant I. (ed.): Neuropsychological Correlates of Alcoholism. Dc: American Psychiatric Press, Washington. 37

Erwähnte Literatur

- ¹ Meyer, T.; Fehr, M.; Köhler, C.; Lang F.; Peter, B.; Wolfensberger, T., 2000: Therapiekonzept der Forel Klinik. Forel Klinik, 8548 Ellikon a.d.Thur.
- ² Schläpfer, Th. E., 2000: Alkohol und das Gehirn – morphologische und funktionelle Hirnveränderungen in: Therapeutische Umschau, Band 57, 2000, Heft 4, Verlag Hans Huber, Bern
- ³ Parsons, O.; Nixon, S., 1998: Die Neuropsychologische Diagnostik des Alkoholismus: Gegenwärtiger Stand und künftige Perspektiven in: Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Hrsg.: Mann K., Buchkremer G., Gustav Fischer Verlag, Ulm.
- ⁴ Oscar-Berman, M.; Shagrin, B.; Evert, D.; Epstein, C., 1997: Impairments of brain and behavior – the neurological effects of alcohol. Alcohol Health Res World 1997; 21: 65 – 75
- ⁵ Sass, H; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M., 1996: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV, Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen
- ⁶ Hinsch, Pflugsten, 1998: Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Beltz, PsychologieVerlagsUnion