

Ganzheitlicher Ansatz der Alkoholsucht

J. Besson

Einleitung

Exzessiver Alkoholkonsum bildet eines der wichtigsten Gesundheitsprobleme in der Schweiz. Alkohol als psychoaktive Substanz kann zu verschiedenen Konsumverhaltensmustern führen (Konsum als Genussmittel, Risikokonsum, Missbrauch, schliesslich Abhängigkeit). Dies führt zu direkten und indirekten schädlichen Folgen bei den Patienten selbst sowie deren Umgebung. Alle Gesellschaftsschichten sind mehr oder weniger stark betroffen und reagieren darauf gemäss ihrem jeweiligen Weltbild. Seit vielen Jahren sind demzufolge in der Schweiz unzählige Institutionen entstanden, die das Problem mit sehr unterschiedlichen Ansätzen anzugehen versuchen, ambulant oder stationär, medizinisch oder sozial orientiert, auf freiwilliger Arbeit basierend oder professionell.

Die Ärzte sind bei der Betreuung von Patienten mit Alkoholproblemen lange zurückhaltend geblieben. Lange Zeit haben sie sich vor allem auf die Behandlung der somatischen Folgen exzessiven Alkoholkonsums beschränkt und hatten diesen Patienten gegenüber, mit denen eine therapeutische Beziehung oft nur schwer aufgebaut werden kann, ein Gefühl der Ohnmacht und des Alleingelassenseins. Sie neigten daher dazu, diese Patienten in die Ecke der sozialen Problemfälle abzuschieben, oft nicht ohne sie moralisch zu verurteilen.

In den letzten Jahren haben nun jedoch neue Erkenntnisse das Interesse der Ärzteschaft für Alkoholprobleme vermehrt geweckt: Erkenntnisse der Neurowissenschaften über die Wirkungsmechanismen des Alkohols auf das Gehirn, die Entwicklung neuer Wirkstoffe, die das Verlangen nach Alkohol beeinflussen, neue epidemiologische Daten zur psychiatrischen Komorbidität, und neue, auf Motivation beruhende psychotherapeutische Methoden. Hinzu kommt das Bewusstsein für die Kosten der Medizin und den hohen alkoholbedingten Anteil. Das hat dazu geführt, dass man daran gegangen ist, auch die Rolle der Mediziner in dieser neuen multidisziplinären Wissenschaft, die man «Alkoholkrankheit» nennt, besser zu definieren.

Klinische Alkoholkrankheit

Fünf Ebenen in der Diagnostik

Sagt man «Alkoholiker», hat man damit noch nicht viel ausgesagt. Der Patient muss in all seinen Aspekten charakterisiert werden, die für eine gesamtheitliche klinische Beurteilung wichtig sind:

- Somatische Ebene: Einfluss des Alkohols auf die Gesundheit.
- Psychiatrische Ebene: Missbrauch? Abhängigkeit? Primäre oder sekundäre psychiatrische Begleiterkrankungen wie Depression, Angstzustände usw.?
- Motivationsebene: In welchem Stadium des Wandlungsprozesses steht der Patient?
- Krise: Warum sucht der Patient den Arzt gerade jetzt auf? Gibt es einen Bereich in seinem familiären, beruflichen, sozialen System, in dem der Patient sein Gleichgewicht verloren hat und der als Ansatz für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung nutzbar gemacht werden könnte?
- Ressourcen: Welches sind die gesunden Anteile, auf die man sich in der Behandlung stützen können (Wohnung, Finanzen usw.)?

Um die Abklärung dieser fünf Ebenen zu erleichtern, haben wir einen kurzen Fragebogen entwickelt, ein «Rapid Addiction Profile». Dieser enthält für jede der genannten Ebenen einen Score von 1 bis 4. Damit wird es für den Praktiker leichter, sich ein Urteil darüber zu bilden, wo in der Behandlung die Prioritäten zu setzen sind.

Drei therapeutische Achsen

Die Alkoholkrankheit ist ein Beispiel für den bio-psycho-sozialen Ansatz:

- Die **biologische** Achse: Diese umfasst selbstverständlich die Behandlung der somatischen Folgen exzessiven Alkoholkonsums. Speziell soll erwähnt werden, wie wichtig der richtige Einsatz von Markern (DST) in der Patientennachsorge ist. Eine interessante Diskussion ergibt sich auch um die Indikationskriterien für eine Lebertransplantation. Die biologische Achse umfasst auch die Psychopharmaka: Wir verfügen nun über Guidelines für die Behandlung beim Entzug. Es stehen

Korrespondenz
Prof. Dr. med. J. Besson
Division d'abus de substances
Centre Saint-Martin
Rue Saint-Martin 7
CH-1003 Lausanne

Jacques.Besson@inst.hospvd.ch

zwei Medikamente zur Aufrechterhaltung der Abstinenz zur Verfügung, darunter das Acamprosat, das vor allem in Europa untersucht worden ist und bei dem sich in der Schweizer Studie die Kombinationsbehandlung mit Disulfiram als besonders vielversprechend erwiesen hat.

- Die **psychologische** Achse: Darunter fällt die Erfassung und Therapie der psychiatrischen Komorbidität. Sie orientiert sich an kognitiv verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Man kann diese mit Motivationstherapie ergänzen, die versucht, mit dem Patienten dort in eine Beziehung zu treten, wo er ist und wo er uns verstehen kann. Die klassischen psychotherapeutischen Methoden (systemische Familientherapie) können ebenfalls angewendet werden, aber sie müssen manchmal an die spezielle Situation in der Alkoholproblematik angepasst werden (psychodynamischer Ansatz).
- Die **sozialpädagogische** Achse: Diese umfasst ambulante und stationäre Massnahmen mit dem Ziel, den alkoholabhängigen Patienten wieder zu einem Platz in der Gesellschaft zu verhelfen. Die Behandlung an sich ist kein Ziel, wenn der Patient damit nicht eine gewisse Autonomie und einen ihm angemessenen Platz in der Gesellschaft findet. Eine Abstimmung medizinischer und legaler Massnahmen bei Patienten, die mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind (Fahren in angetrunkenem Zustand, Gewalt in der Familie usw.) ist sinnvoll. Gerade Übertretungen beim Strassenverkehrsgesetz können eine sehr günstige Gelegenheit sein, einen Spezialisten für Alkoholprobleme beizuziehen und mit einer Kurzintervention das Risikoverhalten zu verändern.

Ein Netzwerk aufbauen

Aus all dem wird klar: Die Probleme sind vielfältig und das Spektrum von Kompetenzen, die es braucht, um darauf zu antworten, ist breit. Die Patienten mit Alkoholproblemen sind sehr verschiedenartig. Keiner der Fachleute wird allein all diesen komplexen Aspekten gerecht werden können. Da ist der Arzt keine Ausnahme, er muss sich mit Partnern aus anderen Fachbereichen zusammentun, um seinen Patienten stets den Bedürfnissen entsprechend betreuen zu können.

Speziell die Zeit während einer Hospitalisation in einem allgemeinen oder psychiatrischen Krankenhaus kann Gelegenheit bieten für eine Intervention durch Alkoholfachleute; es kann diese Krisensituation dazu genutzt werden, die Gewohnheiten des Patienten in Frage zu stellen. Die «Unité multidisciplinaire d'alcoologie de Lausanne» hat den Wert einer integrierten Sprechstunde gezeigt, welche die Patientenachsorge in das lokale Netz in der Gemeinde

einzubetten versucht. Sie ist nun in der «Division d'abus de substances» das Behandlungszentrum für Patienten mit Alkoholproblemen geworden. Angegliedert ist sie dem «Département universitaire de médecine et santé communautaire.» Sie ist nach wie vor daran, einen medizinisch-psycho-sozialen Ansatz quer durch die beteiligten Institutionen hindurch zu entwickeln, dies im Bestreben nach einer möglichst kontinuierlichen, vom ärztlichen Grundversorger koordinierten Betreuung. In dieses Netz können auch Partner aus dem juristischen Bereich integriert sein, beispielsweise Friedensrichter, die oft Vormundschaftsangelegenheiten oder unterstützende Plazierungsmassnahmen wahrzunehmen haben. Schliesslich arbeitet man auch mit Abstinentenorganisationen wie dem Blauen Kreuz und anonymen Alkoholikern zusammen, die für manche Patienten eine Beziehungsmöglichkeit bieten und eine wertvolle therapeutische Unterstützung sein können.

Ausblick

Was für Entwicklungen sind in der Alkoholologie in den nächsten Jahren zu erwarten?

Annäherung der Alkohol- und Drogenproblematik:

Schon heute kann man bei den Jungen einen gleichzeitigen Alkohol- und Cannabismissbrauch beobachten, der neue Probleme in der Prävention und Betreuung mit sich bringt, so zum Beispiel im Strassenverkehr. Die Verbindung von Alkohol mit harten Drogen wie Kokain stellt ganz schwierige Probleme wegen Behandlungsresistenz. Dies geht bis auf die neurobiologische Ebene: es wird im Gehirn eine neue Substanz gebildet, ein Aethylhomolog von Kokain. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sind eine häufige Komplikation der Methadon-Substitutionsbehandlung. Dies macht eine spezifische Betreuung nötig, wenn man verhindern will, dass bloss die eine Abhängigkeit durch eine andere ersetzt wird. Alkohol kann sehr gefährlich sein bei gleichzeitiger Einnahme moderner Drogen wie GHB (Gamma-Hydroxybutyrat). Es kann dabei durch Potenzierung zu gefährlichen, potentiell tödlichen Atemdepressionen kommen. Schliesslich muss auch darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen von Polytoxikomanie immer häufiger Alkohol zusammen mit Benzodiazepinen beobachtet werden. Diese Situation rechtfertigt es, in einem integrierten multidisziplinären, suchtmmedizinischen Projekt koordiniert gegen den Missbrauch verschiedener psychoaktiver Substanzen vorzugehen. Die im Jahr 2000 erfolgte Gründung des «Collège romand de médecine de l'addiction» und der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmmedizin (am 10. November in Bern) zeugen davon.

Entwicklung der ärztlichen Ausbildung in Suchtmedizin: Dieses schwierige Gebiet der Medizin sollte durch ein Angebot für eine auf die Bedürfnisse von praktizierenden Ärzten zugeschnittenen Ausbildung unterstützt werden. Hier darf auf die Bemühungen der Schweizerischen Gesellschaft für Alkoholkrankheit hingewiesen werden, ebenso auf das nationale Programm «Alles im Griff?», schliesslich auch auf das Bundesamt für Gesundheit, welches im Rahmen verschiedener Projekte wie «MedRo

Tox» in der Westschweiz fachspezifische und fächerübergreifende Ausbildung für den praktizierenden Arzt unterstützt. Die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin macht sich zurzeit Überlegungen über einen für alle Spezialarzttitel gültigen Zusatztitel. Ein solcher Zusatztitel würde die Zusammengehörigkeit sämtlicher mit der Problematik beschäftigten Ärzte fördern und würde ihnen mehr Gewicht bei den verschiedenen, namentlich finanziellen Entscheidungsträgern verleihen.

Entwicklung der Behandlungskette für Alkoholpatienten: Angesichts der Bedeutung der mit Alkohol zusammenhängenden Probleme in unserer Gesellschaft allgemein und der Medizin im speziellen überrascht es, wie wenig finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Gegenwärtig ist im Gegenteil sogar die bisherige Finanzierung von spezialisierten Institutionen durch das Bundesamt für Sozialversicherung gefährdet. Es ist daher dringend, über eine schweizerische Alkoholpolitik nachzudenken, welche die Bedürfnisse der Bevölkerung an Prävention, Repression, Behandlung und Risikominderung berücksichtigt, so wie dies im Bereich der illegalen Drogen erfolgreich geschehen ist. Wenn sich die Frage stellt «Was für eine Behandlung, wann, für welchen Patienten?», sollten die Ärzte die Alkoholpatienten richtig in ein koordiniertes Betreuungsnetz, das diesen Patienten die Rückkehr zu ihrer Autonomie und einem gesunden Leben in der Gesellschaft ermöglicht, einweisen können.

Quintessenz

- Die Alkoholologie betrifft den Arzt, weil Alkoholprobleme in der ärztlichen Praxis häufig vorkommen.
- Die Diagnostik von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit wird durch einen ganzheitlichen Ansatz vervollständigt, der 5 Ebenen einbezieht (die somatische Ebene, die psychiatrische Ebene, die Motivationsebene, die Krise, die Ressourcen).
- Die Behandlung folgt 3 Achsen:
 - der biologisch-psychopharmakologischen,
 - der psychologischen und (in angepasster Weise) psychotherapeutischen,
 - der sozialpädagogischen.
- Der Arzt steht den Alkoholproblemen gegenüber nicht allein da: Er kann sich ein Netz aufbauen. Darüber hinaus kann er in Zukunft von den neuen Vereinigungen profitieren (Schweizerische Gesellschaft für Alkoholologie, Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin).

Praktische Ratschläge

Schweizerische Gesellschaft für Alkoholkrankheit:

Prof. Dr. med. J. Besson, Präsident
Adresse:
SGA
c/o Ammann Partner AG
Thunstrasse 20
CH-3074 Muri-Bern
Tel. 031 950 29 22, Fax 031 950 29 29

Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin:

Dr. med. R. Hämmig, Präsident
Adresse:
Dr. med. R. Hämmig
Universitäre Psychiatrische Dienste / DSGP
Murtenstrasse 21
Postfach 52
CH-3010 Bern
Tel. 031 632 46 39, Fax 021 632 46 04

Collège romand de médecine de l'addiction: <http://www.romandieaddiction.ch>

Literatur

- 1 Prochaska Jo, Di Clemente CC, Narcoz JC. In search of how people change; applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47: 1102-14.
- 2 Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors. New York, Guilford Press, 1991.
- 3 Bonjour M, Schnyder C, Yersin B. Multidisciplinarité et coordination du réseau de soins. *Praxis* 1999;88: 1726-30.
- 4 Steinglass P, Bennett LA, Wohin SJ, Reiss D. The alcoholic family. New York; Basic books: 1987.
- 5 Besson J, Aeby F, Kasas A. Combined efficacy of acamprosate and disulfiram in the treatment of alcoholism: a controlled study. *Alcohol Clin Exp Res* 22:573-9.
- 6 Hingson R, McGovern T, Howland J, Heeren T, Winter M, Zaccos R, et al. Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: The saving lives program. *Am J Public Health* 1996;86: 791-7.

Fragebogen RAP (RAPID ADDICTION PROFILE)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____
 Datum: _____ Interviewabschluss: _____ Interviewer: _____

I. Somatische Ebene

- 1 ☐ Guter Allgemeinzustand, negative Serologie (HIV, Hepatitis B und C)
- 2 ☐ Positive Serologie, leicht verminderter Allgemeinzustand, Zahnprobleme, Hygieneprobleme, Abszesse ohne Komplikationen
- 3 ☐ Aktuelle HIV-Tripeltherapie, chronische Hepatitis, somatische Begleiterkrankungen (Diabetes etc.), Abszesse mit Komplikationen
- 4 ☐ AIDS (Erkrankung), Endokarditis, Pankreatitis, schwere neurologische Störung

II. Psychiatrische Ebene

- 1 ☐ Keine anderen Krankheitsdiagnosen ausser Missbrauch und Abhängigkeit gemäss ICD 10, DSM IV
- 2 ☐ Diagnose auf Achse II nach DSM IV (Persönlichkeitsstörung), Polytoxikomanie
- 3 ☐ Diagnose eines Syndroms auf Achse I nach DSM IV (z.B. bipolare Störung, Schizophrenie, manifeste Depression)
- 4 ☐ Mehrere akute oder invalidisierende psychiatrische Diagnosen

III. Motivationsebene

- 1 ☐ Kollaborativer Patient, problembewusst, motiviert für die Behandlung
- 2 ☐ Kollaborativer Patient, teilweise problembewusst, der Behandlung gegenüber ambivalent
- 3 ☐ Patient kommt auf Druck Dritter zur Behandlung, teilweise Verleugnen der persönlichen Probleme, steht der Behandlung zurückhaltend gegenüber
- 4 ☐ Ablehnender Patient, kommt zwangsweise, Verleugnung des Problems, sieht den Sinn der Behandlung nicht ein

IV. Krisenebene

- 1 ☐ Unterstützender Partner, Familie setzt klare Grenzen, bestimmter, aber verständnisvoller Arbeitgeber
- 2 ☐ Familie mit unklarer Einstellung, Partner ebenfalls abhängig, kollaborativer Arbeitgeber
- 3 ☐ Ablehnende Familie, Partner unter Drogen, im Bereich Arbeitsleben keine Ansatzpunkte
- 4 ☐ Gewalt in Ehe und Familie, akute Krise in der Umgebung des Patienten

V. Ressourcenebene

- 1 ☐ Bezieht Lohn, hat Wohnung, keine rechtlichen Probleme, aktives soziales Leben
- 2 ☐ Arbeitslos, prekäre Wohnverhältnisse, rechtliche Probleme, reduziertes soziales Leben, berufliche Ausbildung vorhanden
- 3 ☐ Bezieht Sozialhilfe, keine eigene Wohnung, gerichtliches Verfahren, erhebliche Schulden, keine Berufsausbildung vorhanden, kein Sozialleben ausser «Szene»
- 4 ☐ Ohne feste Wohnung, vollständige Randständigkeit, Gewaltdelinquenz

Präsentation

Die Alkoholabhängigen und Toxikomanen sind sehr verschieden. Sie können verschiedenste medizinisch-psychologisch-soziale Probleme verschiedenen Schweregrades aufweisen. Das macht es schwierig, diese Patienten zu untersuchen; sie sind oft nur wenig motiviert und befinden sich in verschiedenen Stadien einer Krise.

Es gibt verschiedene Suchtmessinstrumente. Diese schliessen jedoch selten alle relevanten Ebenen mit ein, speziell nicht transtheoretisch (z.B. motivierend **und** systemisch orientiert). Überdies handelt es sich um Forschungsinstrumente, für die eine spezielle Ausbildung und ein grosser Zeitaufwand nötig ist.

Aus diesen Gründen haben wir dieses mehrdimensionale Suchtprofil erarbeitet, welches die Untersuchung und klinische Bewertung in der praktischen Arbeit erleichtern soll, speziell auch durch Ärzte in der Grundversorgung. Dieses Profil versucht, eine knapp gehaltene Synthese der verschiedenen bei der Betreuung in einem multidisziplinären Netzwerk wichtigen Ebenen zu bieten (somatisch, psychiatrisch, Aspekte der Motivation, Krise, Ressourcen). Mit dem Profil können auch die Prioritäten bei der Betreuung definiert werden.

Fragebogen RAP (RAPID ADDICTION PROFILE)*Wie soll man antworten?*

Die Fragen auf der Vorderseite beziehen sich auf die Schwere von Problemen Ihres Patienten in 5 Ebenen. Um die Fragen zu beantworten, benützt man die Scores, mit denen jede Ebene in 4 Schweregrade eingeteilt werden kann. Die klinischen Beschreibungen sind Beispiele. Wählen sie den Schweregrad so, wie es der Situation ihres Patienten am besten entspricht.

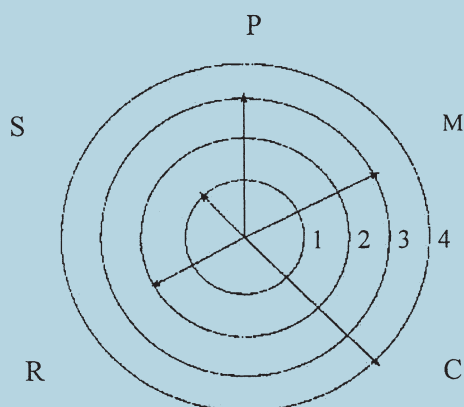
1 = kein Problem, 2 = einige Probleme, 3 = ernsthafte Probleme, 4 = schwere Probleme.

*Beispiele***Somatisch:**

Eine Polytoxikomanie mit einer positiven Hepatitis-C-Serologie wird nur dann als «3» kodiert, wenn die Hepatitis symptomatisch ist oder den Patienten in seiner Funktion behindert.

Psychiatrisch:

Bei der Mehrzahl der Suchtpatienten mit Persönlichkeitsstörungen wird «2» kodiert, wenn eine solche Störung einfach vorhanden ist; man kodiert «3», wenn manifeste Symptome hinzukommen (Angststörung, depressive Störung); man kodiert «4», wenn die Situation zusätzlich durch ein Suizidrisiko kompliziert ist.

Rapid addiction Profile

RAP – Lausanne, février 2001, J. Besson
All rights reserved, Division d'abus de substances