

- University of Michigan News and Information Services: January 25, 1992.
- 7 National Institute on Drug Abuse. *Drug Abuse Warning Network: Annual Emergency Room Data - 1990*. Rockville, Md.: DHHS Publication No. (ADM) 90-1839, 1991.
 - 8 National Institute on Drug Abuse. *Drug Abuse Warning Network: Annual Medical Examiner Data - 1990*. Rockville, Md.: DHHS Publication No. (ADM) 90-1840, 1991.
 - 9 Kozel, N. J., R. A. Crider und E. H. Adams. »National Surveillance of Cocaine Use and Related Consequences«. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 31 (20). May 28, 1982, Centers for Disease Control, DHHS Publication No. (CDC) 82-8017, 1982.
 - 10 Blanken, A. L. »Evolution of a National Data Base for Drug Abuse Treatment Clients«. *Epidemiologic Trends in Drug Abuse*, Proceedings of the Community Epidemiology Work Group - June 1989, National Institute on Drug Abuse, Division of Epidemiology and Prevention Research, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857.
 - 11 National Institute on Drug Abuse. *Ethnography: A Research Tool for Policymakers in the Drug & Alcohol Fields*. Hg. C. Akins und G. Beschner. Rockville, Md.: DHHS Publication No. (ADM) 80-946, 1980.
 - 12 National Institute on Drug Abuse. *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*. Hg. E. Y. Lambert. Rockville, Md.: DHHS Publication No. (ADM) 90-1678, 1990.
 - 13 Glantz, M. und R. Pickens. *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington D.C.: American Psychological Association, 1992.
 - 14 National Institute on Drug Abuse. *Drug Abuse Prevention Intervention Research: Methodological Issues*. Hg. C. G. Leukefeld und W. J. Bukoski. Rockville, Md.: DHHS Publication No. (ADM) 91-1761, 1991.

The author wishes to thank Mary Gore for her invaluable assistance in preparing the graphics in this manuscript.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Nicholas J. Kozel
 Division of Epidemiology and Prevention Research
 National Institute of Drug Abuse
 Parklawn Building, Room 19-A-65
 5600 Fishers Lane, Rockville
 Maryland 20857, USA

Erweiterte Entzugsbehandlung für alkoholabhängige Patienten in einer psychiatrischen Klinik

Clemens Veltrup und Martin Driessen

Einleitung

Die Behandlungsorganisation für Suchtkranke in den europäischen Ländern ist sehr unterschiedlich. Für die Bundesrepublik Deutschland gilt, daß das professionelle Unterstützungssystem für abhängigkeitskranke Menschen stark nach Kostenträger- und Verwaltungsgesichtspunkten gegliedert ist.

Inhaltlich stellt sich die »Behandlungskette« durchaus als ein Schmuckstück mit bunten Perlen der Polypragmasie dar. Um so verwunderlicher scheint es, daß viele Alkoholabhängige sich nicht an diese Kette legen lassen wollen. Als Gründe werden u. a. immer wieder massive Krankheitsabwehr und ausgeprägte motivationale Beeinträchtigungen bei Alkoholikern angegeben. Sie begleiten den Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung und -konsolidierung und verstärken in hohem Maße die psychischen, sozialen und körperlichen Auswirkungen der Krankheit selbst. John

(1990) versteht unter Abwehr den psychischen Schutz des Alkoholikers zur Aufrechterhaltung seines alkoholischen Lebenssystems. Sie ist Ausdruck der kognitiven Verarbeitung bedrohlicher Informationen im Zusammenhang mit dem Trinkverhalten und den Konsequenzen des Trinkens und wirkt damit stark einschränkend auf die Bereitschaft zur Verhaltensänderung.

Es wäre allerdings verkürzt, nur intrapsychische Faktoren für die Nichtinanspruchnahme von Hilfe verantwortlich zu machen. Es sind auch strukturelle Defizite im präventiven und rehabilitativen Netzwerk für Gefährdete bzw. Abhängige festzustellen. Vor allem die Bedeutung der stationären Entzugsbehandlung für gezielte therapeutische Interventionsmaßnahmen zur Reduktion von Krankheitsabwehr und zur Motivierung wird von vielen professionellen Helfern unterschätzt und ihr Stellenwert im Behandlungssystem über die Empfehlungsvereinbarung zwi-

schen den Kranken- und Rentenversicherungsträgern aus dem Jahre 1978 stark eingeschränkt.

Beschreibung des Behandlungsprogramms an der Klinik für Psychiatrie in Lübeck

An der Klinik für Psychiatrie der medizinischen Universität zu Lübeck (Direktor: Prof. Dr. H. Dilling) wurde ein Behandlungssystem für Alkoholabhängige aufgebaut, welches wohnortnah, niedrighellig und individuenzentriert eine adäquate Unterstützung von Alkoholkranken gewährleisten soll.

Kernstück dieses Systems ist die stationäre Entzugsbehandlung, die zwei Phasen umfaßt. Im Entzug I findet die Behandlung der Entzugssymptomatik und der somatischen Folgeerkrankungen statt. Die mittlere Behandlungsdauer in diesem Therapiearm beträgt 7 Tage. Sofern kein vorbereitendes Erstgespräch vor der Aufnahme stattgefunden hat, wird während dieser Therapiephase eine Beratung durchgeführt. Bei Erfüllung der Indikationskriterien (als Ausschlußkriterien sind v. a. das Vorhandensein einer akuten psychotischen Phase sowie akute Suizidalität erwähnenswert) werden die Patienten auf die Möglichkeit hingewiesen, an einem strukturierten zweiten Abschnitt ihrer Entzugsbehandlung teilzunehmen (Entzug II).

Der Entzug II findet unter geschlossenen Gruppenbedingungen als dreiwöchige Maßnahme statt. Es nehmen jeweils zwischen 8 und 10 PatientInnen teil. Dieser Behandlungsabschnitt soll v. a. die Entwicklung eines adäquaten Problemverständnisses bezüglich der Alkoholproblematik fördern und, damit eng verbunden, die Entscheidung zur Aufrechterhaltung von Abstinenz sichern. Es sollen notwendige psychosoziale Veränderungen geplant werden und die Bereitschaft, weiterführende suchtspezifische Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen, wird aufgebaut.

Bei der Arbeit am Krankheitsverständnis greifen wir auf verhaltenstheoretische Überlegungen zur Entwicklung, Aufrechterhaltung und Chronifizierung des problematischen Trinkverhaltens, wie sie von Schneider (1985) zusammenfassend dargestellt wurden, zurück. Die Gruppenbehandlung orientiert sich an dem »Interaktionellen Problemlöseverfahren in Gruppen« (Grawe, Dziewas und Wedel, 1980), welches sich in der mittelfristigen Therapie Alkoholabhängiger bewährt hat (Schwoon, Veltrup und Gehlen, 1988).

Ein wichtiger Behandlungsschwerpunkt ist die Bearbeitung aktueller innerer und äußerer Lebensbe-

dingungen, die, in enger Beziehung mit chronischen intrapsychischen oder interpersonellen Konflikten stehend, Rückfälle auslösen können. In Anlehnung an Marlatt und Gordon (1985) werden Übungen zum allgemeinen Streßmanagement angeboten und ein Training zur Erhöhung der Rückfallbewältigungskompetenz durchgeführt. Zu diesem Therapie-schwerpunkt gehört auch die Beurlaubung der Patienten am Wochenende zur Auseinandersetzung mit der alltäglichen Lebenssituation.

Das Therapieprogramm ist stark strukturiert und umfaßt tägliche gruppentherapeutische Sitzungen, Informationsveranstaltungen zu den Auswirkungen des überhöhten Alkoholkonsums, Werktherapie, autogenes Training, das Kennenlernen verschiedener Selbsthilfegruppen sowie sozialarbeiterische Betreuung.

Beschreibung der Stichprobe

Bei den behandelten Patienten wurde die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit nach den Kriterien der ICD-10 (Dilling, Mombour und Schmidt, 1991) gestellt. Alle konsekutiv zur erweiterten Entzugsbehandlung aufgenommenen Patienten wurden in die Untersuchung einbezogen. Bislang liegen die Ergebnisse von 145 Patienten vor. Außerdem wurden 56 Patienten untersucht, denen während ihrer körperlichen Entgiftungsphase ein Beratungsgespräch angeboten wurde. Es handelt sich um Patienten, bei denen sich die Indikation für die Teilnahme an der Motivationstherapie ergab, die allerdings aus verschiedenen Gründen die Teilnahme am Entzug II ablehnten, sich aber bereiterklärten, an der katamnesticen Studie teilzunehmen. Wir haben es mit einer Subgruppe entzugsbehandelter Patienten zu tun, die sich nur wenig von den Probanden unterscheidet, die an der Motivationsbehandlung teilgenommen haben. Dies wird auch durch den Vergleich der soziodemographischen Daten und alkoholismusrelevanten Variablen insofern gestützt, als daß sich keine signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. *Tabelle 1* und *Tabelle 2*).

Soziodemographische Merkmale

Es handelt sich um eine Stichprobe von Alkoholikern mit deutlichen sozialen Beeinträchtigungen (vgl. Schwoon, Veltrup und Gehlen, 1989). Ergänzend zu den in *Tabelle 1* dargestellten Daten sei hinzugefügt, daß insgesamt 24,4% der Patienten ledig sind, von den in einer festen Partnerschaft lebenden sind 71,6%

**Tabelle 1: Darstellung der Stichprobe
Soziodemographische Merkmale**

	Erweiterter Entzug n = 145	Normaler Entzug n = 56
Durchschnittsalter	40,5 Jahre	42,5 Jahre
Männer	68,3 %	66,1 %
Hauptschulabschluß	62,8 %	57,1 %
Arbeitslosigkeit	39,3 %	33,9 %
Feste Partnerschaft	42,8 %	58,9 %
Ohne festen Wohnsitz	6,9 %	5,4 %

verheiratet. 12,9% der Patienten sind berentet. Bei den Arbeitslosen liegt die mittlere Arbeitslosigkeitsdauer bei 28,5 Monaten. 40,8% der Arbeitslosen sind dies länger als 1 Jahr. 9,5% der Patienten leben bei den Eltern bzw. einem Elternteil.

Bei den Daten zur Beschreibung abhängigkeitsbezogener Merkmale (Tabelle 2) handelt es sich um Selbstaussagen der Patienten aus einer Fragebogenerhebung.

**Tabelle 2: Darstellung der Stichprobe
Suchtspezifische Merkmale**

	Erweiterter Entzug n = 145	Normaler Entzug n = 56
Mittlere Dauer des vermehrten Trinkens	8,7 Jahre	9,6 Jahre
Mittlere Dauer der Alkoholabhängigkeit	5,5 Jahre	5,8 Jahre
Stationäre Entzugsbehandlung in der Vorgeschichte	54,5%	55,3%
Angabe über Folgeerkrankungen	35,9%	21,4%

12,4% der Patienten geben Gelegenheitsanfälle im Entzug und/oder Delirentwicklung in der Vorgeschichte an. 28,9% der Gesamtstichprobe beschreiben das Vorliegen einer Lebererkrankung.

Bei den suchtspezifischen Vorbehandlungen handelt es sich vor allem um körperliche Entgiftungen.

Durchführung der katamnesticen Befragungen

Die Patienten wurden im Verlauf des ersten Jahres nach Abschluß der Behandlung dreimal im Abstand

von 4 Monaten mittels eines standardisierten Interviews nachuntersucht.

7 Patienten (3,5%) verstarben im Untersuchungszeitraum, davon 2 (28,6%) durch Suizid. 15 Patienten (7,5%) waren im Nachbefragungszeitraum nicht auffindbar, weitere 19 (9,5%) verweigerten die Befragung.

Psychosoziale Veränderungen im katamnesticen Zeitraum

Als eine wichtige Dimension der Motivierungsarbeit haben wir die Veränderungsmotivation beschrieben, die in diesem Zusammenhang die Bereitschaft und Fähigkeit umfaßt, notwendige Veränderungen in beeinträchtigten Lebensbereichen in Gang zu setzen.

Tatsächlich berichten ehemalige Patienten auch von einer Vielzahl subjektiv erlebter Veränderungen nach Beendigung ihres Krankenhausaufenthaltes. Die meisten Veränderungen (63,7%) in den ersten 4 Monaten werden im Bereich Freizeitgestaltung angegeben. Hier berichten 31,7% der Patienten aus der erweiterten Entzugsbehandlung von mehr Freizeitaktivitäten als vor der Therapie, während dies nur von 21,4% der Patienten aus dem »normalen Entzug« angegeben wird.

Als psychosoziale Verbesserung in den ersten 4 Monaten findet sich bei 13% der ehemals partnerlosen Patienten aus dem erweiterten Entzugsprogramm eine neue Partnerschaft, hingegen nur bei 7,2% aus der Entgiftungsphase. Während 17,5% ehemals arbeitslose Patienten nach Abschluß der zweiphasigen Therapie eine neue Arbeit fanden, gelang dies keinem einzigen aus dem »normalen« Entzugsprogramm. Auch fanden 5 von den 10 zur Zeit vor der Therapie wohnungslosen Patienten aus der erweiterten Entzugsbehandlung eine Wohnung, während dies keinem wohnungslosen Patienten des Entzug I gelang.

Nachklinische Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen

Als ein wichtiges Ziel der Behandlung sehen wir die nachklinische Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen an. Für die Patienten der erweiterten Entzugsbehandlung besteht die Möglichkeit, ihren Antrag auf Gewährung einer Entwöhnungstherapie während der stationären Behandlung abzuschließen. Auch lernen die Patienten während ihrer Behandlung verschiedene Selbsthilforganisationen kennen.

Tabelle 3. Nachklinische Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungstherapie

Erhebungszeitraum (nach Behandlungsende)	Erweiterter	Normaler
	Entzug n = 145	Entzug n = 56
bis 4. Monat	2,8 %	0 %
4. – 8. Monat	3,5 %	8,9 %
8. – 12. Monat	4,1 %	3,5 %

Bezüglich der Inanspruchnahme einer Entwöhnungstherapie ergibt sich zwischen den zwei Behandlungsgruppen kein signifikanter Unterschied. Es ist nicht auszuschließen, daß ein Teil der Patienten des erweiterten Entzuges die Kurzbehandlung als Ersatz für eine stationäre Entwöhnungstherapie nutzt.

Auch beanspruchen die Patienten der erweiterten Entzugsbehandlung das Angebot der Selbsthilfegruppen deutlich weniger, als dies z. B. von Küfner und Feuerlein (1989) berichtet wird.

Tabelle 4. Regelmäßige Inanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe nach Behandlungsabschluß

Erhebungszeitraum (nach Behandlungsende)	Erweiterter	Normaler
	Entzug n = 145	Entzug n = 56
bis 4. Monat	18,6 %	8,9 %
4. – 8. Monat	9,6 %	10,7 %
8. – 12. Monat	8,9 %	7,1 %

Nur in den ersten 4 Monaten ergibt sich ein tendenzieller Unterschied in Abhängigkeit von den Behandlungsbedingungen. Neben der regelmäßigen Teilnahme berichten weitere 15,9% der Probanden der erweiterten Entzugsbehandlung in den ersten 4 Monaten von gelegentlichen Besuchen in Selbsthilfegruppen. Regelmäßige Kontakte zum Hausarzt hatten in den ersten 4 Monaten insgesamt 51,7%, ohne daß sich ein Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zeigt.

Nachklinisches Trinkverhalten

Tabelle 5 zeigt die Quote abstinent lebender Patienten bezogen auf die Gesamtstichprobe (konservative Erfolgsbemessung).

Ein signifikanter Unterschied ergibt sich nur beim Vergleich der Abstinenzquote im Katamnesezeitraum II (χ^2 $p = .03$), tendenziell auch im ersten

Tabelle 5. Abstinenz nach Abschluß der stationären Behandlung

Erhebungszeitraum (nach Behandlungsende)	Erweiterter	Normaler
	Entzug n = 145	Entzug n = 56
bis 4. Monat	40,7 %	23,2 %
4. – 8. Monat	38,6 %	19,6 %
8. – 12. Monat	31,7 %	19,6 %

Untersuchungszeitraum (χ^2 $p = .10$), aber nicht mehr im Vergleich der beiden Behandlungsgruppen zwischen dem 9. und 12. Monat. Die ersten 8 Monate lebten 24,8% der Patienten der umfassenden Entzugsbehandlung abstinent, aber nur 12,5% der Patienten aus dem Entzug I. Durchgängig, d. h. ein Jahr abstinent lebten von den Entzug-II-Patienten 20,7%, aber nur 7,1% der Patienten aus der körperlichen Entgiftungsbehandlung. Diese Unterschiede sind nicht signifikant.

Analyse von Rückfällen

Ein Schwerpunkt der katamnestischen Untersuchung war die Analyse von Rezidiven. Wiederum ergeben sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zwischen den beiden Behandlungsbedingungen. Insgesamt 51,7% der Patienten, von denen umfassende Rückfalldaten erhoben werden konnten, sind in der eigenen Wohnung rückfällig geworden, 11,3% in einem Restaurant oder Lokal, 7,5% in der Wohnung von Freunden und nur 1,9% am Arbeitsplatz. 38,3% der rückfälligen Patienten trinken gleich wieder regelmäßig.

Zusammenfassung und Diskussion

Die stationäre Motivierungsarbeit bei Alkoholabhängigen trägt dazu bei, Bereitschaft und Kompetenz zur Aufrechterhaltung von Abstinenz deutlich zu erhöhen. Die Patienten der erweiterten Entzugsbehandlung unternehmen mehr Anstrengungen, beeinträchtigte Lebensbereiche neu zu organisieren. Die Bereitschaft, weiterführende stationäre Behandlungen (Entwöhnungstherapien) in Anspruch zu nehmen sowie regelmäßig Selbsthilfegruppen zu besuchen, ist gering ausgeprägt. Um die Behandlungsbereitschaft von Alkoholikern noch besser zu fördern, bedarf es eines funktionierenden differenzierten Unterstützungssystems für Abhängige.

Der Stellenwert der Rezidivprophylaxe in unserem

stationären Behandlungsprogramm ist zu groß. Watzl (1991) hat zu Recht den therapeutischen Wert vor allem für die ambulante Arbeit betont.

Es ist sinnvoll, die in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Modelle zur Motivierungsarbeit im Rahmen der Entzugsbehandlung vergleichend zu betrachten, um bestehende Schwierigkeiten zu erörtern und effektivitätsfördernde Grundbedingungen herauszuarbeiten, und so zu einer neuen Form der qualifizierten Akutbehandlung zu kommen. Dabei belegen die vorliegenden Ergebnisse sehr deutlich, daß eine umfassende Entzugsbehandlung wesentlich mehr leistet als eine rein somatische Entgiftung. Gesundheitspolitisch muß erreicht werden, daß die Trennung zwischen Entzug und Entwöhnung aufgegeben wird. Psychologische Motivierungsarbeit sollte in der stationären Akutbehandlung von Alkoholabhängigen ein fest verankertes Therapieelement sein.

Literaturverzeichnis

- Dilling, H., W. Mombour und M. H. Schmidt: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Huber 1991
- Grawe, K., H. Dzierwas und S. Wedel: Interaktionelle Problemlösegruppen. In: K. Grawe (Hrsg.): Verhaltenstherapie in Gruppen (S. 266–306). München: Urban & Schwarzenberg 1980.
- John, U.: Psychische Abwehr Alkoholabhängiger: Erklärungsansätze, empirische Bestimmung und Behandlung. In: D. Schwoon und M. Krausz (Hrsg.): Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie (S. 61–68). Stuttgart: Enke 1990.
- Küfner, H. und W. Feuerlein: In-Patient Treatment for Alcoholism. Berlin: Springer 1989.
- Marlatt, G. A. und J. R. Gordon: Relapse Prevention. New York: Guilford 1985.
- Schneider, R.: Suchtverhalten aus lerntheoretischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Süchtiges Verhalten. Grenzen und Grauzonen im Alltag (S. 48–65). Hamm: Hoheneck 1985.
- Schwoon, D. R., C. Veltrup, und A. Gehlen: Mittelfristige Alkoholismustherapie in geschlossenen und offenen Gruppen: Daten zum Therapieprozeß und zum Therapieergebnis. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 11, 57–72, 1988.
- Schwoon, D. R., C. Veltrup und A. Gehlen: Ein mehrstufiges Behandlungsprogramm für Alkohol Kranke: Inanspruchnahme und Behandlungsergebnisse. Psychiatrische Praxis, 16, 161–170, 1989
- Watzl, H.: Überlegungen zur Verhaltenstherapie der Alkoholabhängigkeit – Vorurteile, Probleme, Lösungsversuche. Verhaltenstherapie, 1, 301–306, 1991

Korrespondenzanschrift

C. Veltrup
Klinik für Psychiatrie der
Medizinischen Universität Lübeck
(Direktor: Prof. Dr. H. Dilling)
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck

Dokumentations- und Katamnesesystem für suchtkranke Maßregelpatienten in Westfalen-Lippe – Systemdarstellung und erste Ergebnisse

Klaus Schmitz

Wesentlicher Kritikpunkt einer Vielzahl von Katamnesen aus den letzten 20 Jahren ist die fehlende Vergleichbarkeit. Bereits 1985 hat die DGS diesem Mangel mit der Herausgabe von Standards entgegenzuwirken versucht. 1990/91 wurden diese Standards von einer Arbeitsgruppe überarbeitet.

Auf der Grundlage der damals noch in Überarbeitung befindlichen Dokumentationsstandards II erarbeiteten wir eine Katamnesestudie nach dem Modulsystem (siehe Abbildung 1).

Dieses gestattet, Daten eines Patienten zu bestimm-

ten thematischen Paketen (hier Module genannt) zusammenzufügen und bei unterschiedlichen Untersuchungen, die nach der gleichen Systematik durchgeführt werden, mit anderen zu vergleichen, ohne die anderen Module zwingend miterfassen zu müssen.

Die Dokumentationsstandards II beschreiben jeweils pro Modul den Minimalstandard, der aus wissenschaftlichen Erwägungen gefordert werden muß. Zusätzliche Daten sind innerhalb eines Moduls möglich, aber auch als Zusatzmodul, wie wir das mit dem Modul II (Unterbringungsdaten) unserer Studie prak-