

Sekundärprävention der Alkoholabhängigkeit: Motivationsarbeit

U. John, C. Veltrup, M. Driessen

Medizinische Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie

Zusammenfassung. Grundlage sekundärpräventiver Maßnahmen bei Alkoholabhängigen ist die Motivationsarbeit. Als Argumente für ihre Notwendigkeit werden dargestellt: Subgruppen und Verläufe der Alkoholabhängigkeit, psychologische Faktoren im Wandel gesundheitsbezogenen Verhaltens, das Netzwerk der Hilfen. Das Fazit umfaßt ein sekundärpräventives Behandlungssystem in der medizinischen Primärversorgung.

Schlüsselwörter: Alkoholabhängigkeit, Sekundärprävention, Motivationsarbeit, Verlauf

Abstract. Secondary preventive measures in alcohol dependents are based on motivational work. Arguments for its necessity are presented: subgroups and development of alcohol dependence, psychological factors in the change of health behavior, the network of help. As a conclusion a secondary preventive treatment system in primary health care is proposed.

Key words: Alcohol dependence, secondary prevention, motivational work, development.

Die Alkoholabhängigkeit stellt ein psychosomatisches Krankheitsgeschehen mit einer oft langjährigen Entwicklung der Chronifizierung dar. Ein "qualitativer Sprung" von Gesundheit zu Krankheit läßt sich empirisch kaum belegen. Der Alkoholkonsum wird allmählich über den Alkoholmißbrauch zur Alkoholabhängigkeit. Demzufolge sollte ihr Vollbild, das als Synonym der Alkoholkrankheit zu verstehen ist, mit einer für Therapeuten zufriedenstellenden Behandlungsmotivation der Patienten nicht abgewartet werden. Vielmehr sind präventive Interventionen durchzuführen. In der Entwicklung einer Abhängigkeit sind möglichst frühzeitig Maßnahmen mit dem langfristigen Ziel der Abstinenz zu er-

greifen. Drei Orte sekundärpräventiver Intervention lassen sich hervorheben: Familie, Arbeitsplatz, medizinische Primärversorgung. Dieser Beitrag ist auf die medizinische Primärversorgung fokussiert.

Studien zur Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in Allgemeinkrankenhäusern Deutschlands, weiterer europäischer Länder sowie den USA weisen Quoten von 10 bis 20% untersuchter Patienten als alkoholabhängig aus (John et al., i. Dr.). Männer im Alter von 30 bis 50 Jahren bilden dabei eine Kerngruppe. Bei ihnen beträgt die Prävalenzrate mehr als 20%. Obwohl die stationäre Primärversorgung Ansatzmöglichkeiten zu gezielten Frühinterventionen bietet, unterbleiben diese zumeist. Unter vielen denkbaren Gründen ist Personal- bzw. Zeitmangel bei den Mitarbeitern auf den Stationen hervorzuheben, zumal die Problematik eines Substanzmißbrauchs besonderer Zuwendung bedarf. Zudem bestehen nicht selten Unsicherheiten im Umgang mit der Problematik, ärztliche und pflegerische Mitarbeiter sind in der Regel unzureichend ausgebildet (vgl. John 1994a). Die Alkoholabhängigkeit ist häufig durch gleichzeitig bestehende somatische Erkrankungen "maskiert", die überwiegend Folgen des Alkoholmißbrauchs sein dürften.

Sekundärpräventive Ansätze sind in der Regel kurz, die Spannweite der Interventionsmöglichkeiten umfaßt angefangen von einer schriftlichen Information, möglichst mit Handlungsanweisung zum Vorgehen bei Erlangung von Abstinenz, den ärztlichen Ratschlag, maximal einstündige Kurzberatung, länger dauernde Beratungen, bis zu dreiwöchiger stationärer Motivationstherapie (John 1994b). Motivationsarbeit stellt für all diese Interventionsformen eine Grundlage dar. Es gibt in Deutschland bisher erst vereinzelte Ansätze zur Motivationsarbeit, sie werden unter inadäquaten Kostenregelungen vor allem in psychiatrischen Kliniken realisiert und sind in der ambulanten oder stationären medizinischen Primärversorgung kaum bekannt. Ziel des Bei-

trages ist daher, Chancen aufzuzeigen, die Kontakte mit Alkoholmißbrauchern oder -abhängigen in der medizinischen Primärversorgung für eine sekundärpräventive Intervention und Effektivierung der Gesundheitsversorgung bieten. Es werden Argumente für Motivationsarbeit sowie, als Fazit, die Struktur eines sekundärpräventiven Programms dargestellt.

Motivationsarbeit besteht aus Interventionen mit dem Ziel der Änderung von Verhalten und psychologischen Einstellungen zugunsten eines abstinenzbezogenen Lebensstils. Dazu gehört die Erlangung einer Selbstwahrnehmung als alkoholkrank mit der Konsequenz abstinenter Lebens. Das aktuelle Ziel gemäßigten Trinkens auf seiten des Patienten wird zunächst akzeptiert. Das Therapieziel auf seiten der Therapeuten besteht in Abstinenz. Unsere empirischen Ergebnisse zeigen, daß erneuter Alkoholmißbrauch bei vorhandenem Vorsatz zu Abstinenz oder mäßigem Trinken ein erhebliches Potential für die längerfristige Intention zu dauerhafter Abstinenz birgt (John, 1989). Die Interventionen sind gerichtet an Mißbraucher oder Abhängige von psychotropen Substanzen und sollen an einem oder mehreren von drei Elementen ansetzen, auch wenn diese nur rudimentär vorhanden sind: Änderungsmotivation, Behandlungsmotivation, Abstinenzmotivation. Die Änderungsmotivation bezeichnet die Absicht, am eigenen Leben etwas zu ändern. Sie beinhaltet z. B., daß ein Patient meint, etwas gegen seine Leberschädigung oder Depression tun zu müssen. Über diesen Weg läßt sich ein Zusammenhang mit dem Alkoholmißbrauch erarbeiten. Die Motivation, an einer Behandlung teilzunehmen, bildet das zweite Element, das Gespräche über die Abhängigkeit ermöglicht. Sie ist nicht auf eine Therapie der Alkoholabhängigkeit begrenzt und setzt keine Abstinenzmotivation voraus. Diese ist das entscheidende Ziel, das erarbeitet werden soll.

Subgruppen Alkoholabhängiger

In Forschung und Praxis wurden in Deutschland Alkoholabhängige zu sehr als homogene Gruppe betrachtet. Gerade mit der Konsequenz differenzierter Therapieansätze sind jedoch Subgruppen Alkoholabhängiger nach folgenden Kriterien zu unterscheiden: z. B. Alter des Einsetzens der Alkoholabhängigkeit, soziale Kriterien (z. B. soziale Merkmale vor Einsetzen der Abhängigkeit, sozialer Abstieg), psychiatrische Komorbidität, Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfen (John 1985a). Wegen der Vielzahl potentieller

Wirkfaktoren besteht bisher keine befriedigende Typologie (vgl. Lesch, 1985). Es sollten vorzüglich Merkmale von Patientengruppen beschrieben werden, die zu spezifischen therapeutischen Konsequenzen führen. Bei Alkoholabhängigen in Entzugsbehandlung in psychiatrischen Krankenhäusern handelt es sich um Patientengruppen mit ungünstigeren sozialen und therapiebezogenen Merkmalen als bei Entwöhnungsbehandlungen (John 1985b, vgl. Wienberg 1992). Diese Behandlungen sind Rehabilitationsmaßnahmen und werden in der Regel von Rentenversicherungsträgern auf Antrag finanziert. Sekundärpräventive Ansätze vervollständigen das Versorgungssystem. Dies legen Untersuchungen von Alkoholmißbrauchern und -abhängigen nahe, die keine formelle Hilfe in Anspruch nahmen (Sobell et al. 1992).

Formen von Abhängigkeitsverläufen

Neben der Typologie, die schwerpunktmäßig eine Querschnittbetrachtung beinhaltet, sind Alkoholabhängige im Längsschnitt, nach Verläufen differenzierbar. Drei prototypische Verlaufsformen sind zu unterscheiden: 1. möglichst lebenslange Abstinenz, mit oder ohne Inanspruchnahme formeller Hilfe. 2. Intermittierende Verläufe, die besonders häufig in psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern auffallen: Die Abhängigen alternieren zwischen Phasen des Alkoholkonsums und der Abstinenz. Therapieziele können bei diesen Patienten z. B. zunächst in der Verlängerung von Abstinenz- und Verkürzung von Trinkphasen bestehen, mit dem langfristigen Ziel lebenslanger Abstinenz. 3. Der ungünstigste Fall eines Abhängigkeitsverlaufes ist der Substanzmißbrauch ohne Abstinenzphasen. Wir verfügen über keine Daten zur jeweiligen Häufigkeit der drei Verlaufsformen. Aus der Praxis läßt sich sagen, daß die zweite und dritte besonders oft in Therapieeinrichtungen der Primärversorgung anzutreffen sind (vgl. Wienberg, 1992). Die Notwendigkeit der Betrachtung von langfristigen Längsschnittperspektiven, d. h. Krankheitsentwicklungen über mindestens zwei Jahre, wurde insbesondere durch Studien zum sogenannten natürlichen Verlauf der Abhängigkeit deutlich gemacht (Sobell et al., 1993).

Phasen von Abhängigkeitsverläufen

Ausgehend von sozialpsychologischen Theorien und klinischer Erfahrung lassen sich drei Phasen

im Wandel zu Abstinenz unterscheiden: 1. Substanzmißbrauch konsonant, 2. Substanzmißbrauch dissonant, 3. Abstinenz konsonant. In der ersten Phase besteht eine Entscheidung für den Substanzkonsum, im Sinne des Wandels handelt es *sich um* ein Stadium vor der Absicht zur Veränderung (Vor Absicht). In der zweiten Phase entstehen Zweifel am Konsum, Entscheidungsunsicherheiten hinsichtlich seiner Beendigung bei den Betroffenen, aber auch erste Versuche zur Abstinenz. Die Absicht zur Abstinenz bildet sich heraus (Absichtsbildung). In der dritten Phase besteht die Entscheidung, alkoholfrei zu leben, d. h. persönliche Argumente für die Abstinenz wiegen schwerer als die Argumente gegen sie. Kognitiv oder auch bereits praktisch wird für abstinentes Leben gehandelt (Handlung), z. B. mit dem Aufsuchen einer Beratung (vgl. John, 1994b, Prochaska & Di Clemente, 1992). Diese Phasen können mehrfach durchlebt werden.

Wandel gesundheitsbezogenen Verhaltens

Grundsätzlich sind bei dem Wandel zu gesundheitsbezogenem Verhalten drei Merkmalsbereiche zu berücksichtigen: 1. Personenmerkmale, 2. soziale Beziehungen, 3. Verlaufsaspekte. Alle drei Merkmale interagieren. Einzelne psychologische Modelle erklären die drei Merkmalsbereiche teilweise und zeigen Möglichkeiten für Interventionen. U. a. handelt es sich um entscheidungstheoretische Ansätze, Theorien zu Tendenzen der Menschen, ihren Selbstwert zu schützen, sowie zu Einstellungen und Verhalten. Besonders fruchtbar für die wissenschaftliche Arbeit sowie die Beratungs- und Therapiepraxis erscheint ein Modell, das auf der Theorie zu Einstellungen und Verhalten von Ajzen & Fishbein (1980) basiert (vgl. Schwarzer 1992). Es umfaßt u. a. Einstellungen der Abhängigen zu Alkoholikern im allgemeinen und Einstellungen zum eigenen Trinken, z. B. wieweit Konsequenzen des eigenen Alkoholkonsums als lebensbedrohend wahrgenommen werden. Solche Einstellungen gehen mit Normen im sozialen Netzwerk des Betroffenen, gemäß seiner eigenen Wahrnehmung, sowie bisherigen Erfahrungen mit Versuchen zur Abstinenz einher: Wenn die betroffene Person erste ernsthafte Versuche zum abstinenten Leben unternommen hat, wenn sie bei ihren engsten Angehörigen eine strikte Forderung, ohne Alkoholkonsum zu leben, und bei sich selber viele Argumente dafür wahrnimmt, ist die Intention zur Abstinenz hoch (John 1990).

Dem Modell zufolge bilden Einstellungen der Person und Einflüsse aus ihrem sozialen Umfeld also ein Bedingungsgefüge der Intention zur Abstinenz. Solche Resultate ermöglichen sekundärpräventives Handeln: Die Einstellungen und Normen, Argumente im Entscheidungsprozeß werden zum Gegenstand der Beratung in einem Entwicklungsstadium des Alkoholmißbrauchs, in dem Abhängigkeit noch nicht oder erst kurze Zeit besteht.

Netzwerk der Hilfen

Der Begriff der Behandlungskette (Beratung - Therapie - Nachsorge), der in der Vergangenheit einen Fortschritt in der Rehabilitation Alkoholabhängiger darstellte, läßt sich als überholt bezeichnen. Vielmehr ist von einem Netzwerk der Hilfen zu sprechen. Es stellt die Kooperation einer Vielzahl von formellen Angeboten (professionelle, Selbsthilfegruppen) sowie informellen Unterstützungen für Angehörige dar. Das Netzwerk der Hilfen bietet als Fortschritt gegenüber dem Begriff der Behandlungskette die Differenzierung, daß für einzelne Patienten individuelle Abfolgen von Interventionsformen geplant werden können, z. B. Entzugsbehandlung, Selbsthilfegruppe. Diese Abfolgen sind als *individuelle Behandlungsketten* zu bezeichnen (vgl. John 1993a).

Fazit

Mittlerweile 14jährige Erfahrungen mit Motivationsarbeit in einem dreiwöchigen standardisierten stationären Therapieprogramm zeigen ebenso wie empirische Ergebnisse, daß diese Arbeit sinnvoll ist: Patienten, die an dem dreiwöchigen Motivationstherapieprogramm teilnahmen, weisen in den ersten 12 Monaten danach, befragt zu drei Zeitpunkten, eine höhere Abstinenzquote auf als Patienten, die lediglich an einer somatisch-medizinischen Entzugsbehandlung sowie einer zusätzlichen Beratung zur Motivierung teilnahmen (Veltrup 1993, Veltrup & Driessen 1993). Dieses Resultat beruht jedoch nicht auf einer Kontrollgruppenstudie, die Aussagen zur Wirksamkeit erlauben würde. Eine solche Untersuchung wird zur Zeit durchgeführt. Die Motivationstherapie ist Teil eines sekundärpräventiven Modellprogramms in Lübeck, dessen Ziel darin besteht, von einer systematischen Screening-Diagnostik der Alkoholabhängigkeit bis hin zur Behandlung alle Schritte sowie die

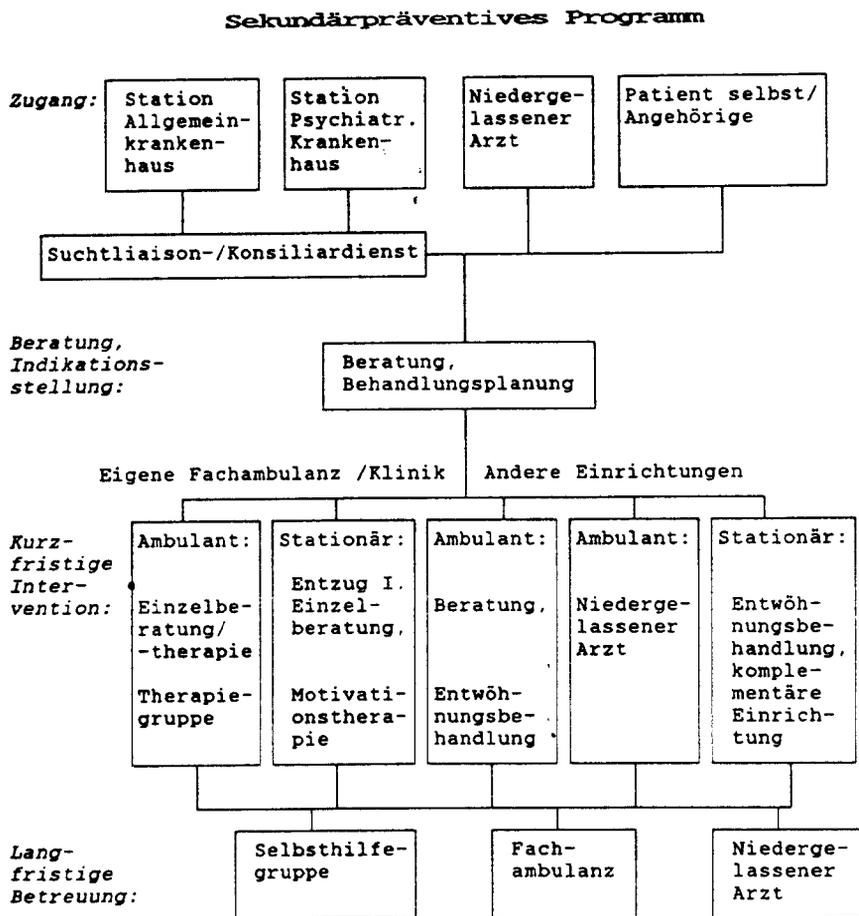


Abb. 1. Sekundärpräventives Programm

entsprechende Kooperation zu vereinigen.

Das sekundärpräventive Programm ist in die psychiatrische Versorgung oder die medizinische Primärversorgung integrierbar (John 1992, John et al., i. Dr.). Zugangswege für eine solche sekundärpräventive Interventionseinheit sind: Stationen im Allgemeinkrankenhaus oder Psychiatrischen Krankenhaus, niedergelassene Ärzte sowie Patienten selber bzw. Angehörige. Die Patienten erhalten eine erste Beratung mit Behandlungsplanung: ein Indikationsgespräch. Nach diesem Indikationsgespräch ergeben sich mehrere Möglichkeiten einer kurzfristigen Intervention, u. a. in der Fachambulanz für Abhängigkeiten Einzelberatung oder -therapie sowie eine Therapiegruppe. Der ambulanten Arbeit sollte zukünftig besonderes Augenmerk zukommen (John 1993b). Stationär ist der somatisch-medizinische Entzug durchzuführen (Entzug I). Angeboten werden Einzelberatung sowie die Teilnahme am

dreiwöchigen stationären Motivationsprogramm (Entzug II), des weiteren Beratung oder Behandlung in einer ambulanten Einrichtung oder bei einem niedergelassenen Arzt sowie, im stationären Fall, die Entwöhnungsbehandlung oder die Überweisung an eine komplementäre Einrichtung. Die langfristige Betreuung wird durch Selbsthilfegruppen, durch die Fachambulanz und durch niedergelassene Ärzte gewährleistet (Abb. 1).

Fünf Schlußfolgerungen sind hervorzuheben:

1. Ergebnisse aus der Forschung zu abhängigkeitspezifischen Fragen ebenso wie aus der Psychologie zeigen die Fruchtbarkeit und Notwendigkeit einer Differenzierung der Alkoholabhängigkeit nach Subgruppen und Verläufen. Sinnvoll und praktikabel ist die Unterteilung nach Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfen.

2. Gemäß dem Verlauf ist ein sekundärpräventives Programm mit Motivationsarbeit erforderlich (vgl. John 1993b).
3. Wirkfaktoren der Motivationsarbeit sind besonders die Bearbeitung der Selbstwahrnehmung als alkoholabhängig, Kontinuität der Hilfe sowie knappe Interventionen (Beratung, stationäre Kurzintervention).
4. Das sekundärpräventive Programm ist in ein Netzwerk der Hilfen eingebunden und ermöglicht individuelle Behandlungsketten.
5. Das Programm legt letztlich eine Einsparung von Kosten nahe, insbesondere im Bereich medizinischer Primärversorgung von Folgestörungen der Abhängigkeit.

Literatur

- Ajzen I, Fishbein M (1980) Understanding attitudes and predicting social behavior. Prentice-Hall, Englewood Cliffs
- John U (1985a) Rehabilitation Alkoholabhängiger. Ansätze und Grenzen sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. Lambertus, Freiburg
- John U (1985b) Alkoholiker in Entzugsbehandlung - Alkoholiker in Therapie. Ein Vergleich. Suchtgefahren 31: 47-56
- John U (1989) Kognitive Bedingungen des Wandels zu Abstinenz bei Alkoholabhängigen. In: Watzl H, Cohen R (Hrsg) Rückfall und Rückfallprophylaxe. Springer, Berlin, S. 104-112
- John U (1990) Psychische Abwehr Alkoholabhängiger. Erklärungsansätze, empirische Bestimmung und Behandlung. In: Schwoon D, Krausz M (Hrsg.) Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, S. 61-68
- John U (1992) Qualifizierte stationäre Entzugsbehandlungsmöglichkeiten und Grenzen. In: Münstermann J, Pick P (Hrsg) Sozialmedizinische Beratung der gesetzlichen Krankenversicherung, Reihe B, Nr. 3, S. 37-55
- John U (1993a) Die Alkoholkrankheit: Neue Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. Therapiewoche 43: 1404-1410
- John U (1993b) Einsatzfelder ambulanter Therapie bei Alkoholabhängigen. Das Gesundheitswesen 55: 49-54
- John U (1994a) Screening der Alkoholabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus, ein Beitrag zur klinischen Epidemiologie. Medizinische Universität, Lübeck
- John U (1994b) Sekundärprävention der Alkoholabhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Medizinische Universität, Lübeck
- John U, Veltrup C, Driessen M (in Druck) Alkoholabhängige Patientinnen und Patienten in somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern. In: Jagoda B, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg) Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen. Rheinland, Köln
- Lesch O M (1985) Chronischer Alkoholismus. Typen und ihr Verlauf. Thieme, Stuttgart
- Prochaska J O, C C Di Clemente (1992) The transtheoretical approach. In: Norcross J C, M R Goldfried (eds.) Handbook of psychotherapy integration. Basic Books, New York
- Sobell L C, Sobell M B, Toneatto T (1992) Recovery from alcohol problems without treatment. In: Heather W R, W P, Miller, J Greeley (eds) Self control and the addictive behaviours. Maxwell Mac Millan, New York, p. 198-242
- Schwarzer R (1992) Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Hogrefe, Göttingen
- Sobell L C, Cunningham J A, Sobell M B, Toneatto T (1993) A life span perspective on natural recovery (self-change) from alcohol problems. In: Baer J S, Marlatt G A, Mac Mahon R J (eds) Addictive behaviors across the life span. Sage, Newbury Park, S. 34-66
- Veltrup C (1993) Neues Konzept zur Behandlung Alkoholabhängiger. Stationäre Motivierungstherapie. Therapie Woche 43: 1424-2425
- Veltrup C, Driessen M (1993) Erweiterte Entzugsbehandlung für alkoholabhängige Patienten in einer psychiatrischen Klinik. Sucht 39: 168-172
- Wienberg G (1992) Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik - ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg G (Hrsg) Die vergangene Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Die Arbeit wurde gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit.

PD Dr. Ulrich John,
Medizinische Universität zu Lübeck Klinik für Psychiatrie,
Arbeitsgruppe Substanzmißbrauch und -abhängigkeit
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck