

Frühdiagnostik und Kurzintervention beim beginnenden Alkoholismus

Lutz G. Schmidt

Mißbrauch und Abhängigkeit von Alkohol ist in den westlichen Ländern, abgesehen von der Nikotinabhängigkeit, die häufigste seelische Störung (6, 21). So haben nach epidemiologischen Erhebungen in Deutschland zirka 13 Prozent der erwachsenen Bevölkerung im Laufe ihres Lebens irgendwann einmal alkoholbezogene Probleme, wobei die Raten für Männer (21 Prozent) weitaus höher sind als für Frauen (5 Prozent). Die gesundheits- und gesellschaftspolitischen Dimensionen exzessiven Trinkens sind entsprechend immens. So ist das Alkoholembryopathiesyndrom bei uns inzwischen die häufigste Ursache geistiger Behinderung (1); Alkoholismus ist der häufigste Grund für Mangelernährungszustände beim Erwachsenen (24). 25 Prozent aller Arbeitsunfälle gehen auf Alkohol zurück; an etwa 20 Prozent aller tödlichen Autounfälle ist Alkohol beteiligt (7). Zwar hat mäßiger Alkoholkonsum bezüglich koronarer Herzerkrankungen einen protektiven Effekt (20), schwerer Mißbrauch erhöht wiederum in Zusammenhang mit oft begleitendem Tabakkonsum exzessiv das Risiko für Karzinomerkrankungen von Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf und Ösophagus, für Leberzirrhose (22), die Kardiomyopathie oder die Hypertonie, so daß die Lebenserwartung insgesamt um 10 bis 15 Jahre verkürzt ist. Beeinträchtigungen ergeben sich ferner durch alkoholbedingte dementielle Syndrome, deren Anteil an allen Demenzerkrankungen auf etwa zehn Prozent geschätzt wird (25). Deshalb sterben bei uns 30 000 bis 40 000 Menschen jährlich an den Folgen übermäßigen Alkoholkonsums. Im amerikanischen Gesundheitswesen werden inzwischen 15 Prozent des Budgets durch Alkoholranke in Anspruch genommen (16); die direkten und indirekten volkswirtschaftlichen Folgekosten durch Arbeitsunfälle,

Die gesundheits- und gesellschaftspolitische Dimension des Alkoholismus ist immens. Deshalb müssen die therapeutischen Chancen, die speziell primärversorgende Ärzte im Kontakt mit Alkoholkranken haben, auch konsequent genutzt werden. Techniken der Frühdiagnostik und Kurzintervention haben sich besonders bei Patienten mit weniger schweren und chronischen Alkoholproblemen als wirksame Maßnahmen zur Verminderung psychischer und körperlicher Schäden erwiesen. Bei komorbiden Störungen (wie Angsterkrankungen und Depressionen) sollte ein nervenärztlicher Rat eingeholt werden. Aus der Umsetzung dieser Maßnahmen ist eine Reduzierung der durch Alkohol bedingten Kosten für die Gesellschaft zu erwarten.

Unfallfolgen, Frühberentung, Behandlungskosten für Folgeerkrankungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen dürften sich, nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, bei uns auf 30 bis 80 Milliarden Mark pro Jahr belaufen (8).

Bedeutung des niedergelassenen Arztes

In dieser Situation kommt dem niedergelassenen Arzt nach Untersuchungen der WHO (22, 23) eine zentrale Rolle zu. Wenn im folgenden vom beginnenden Alkoholismus gesprochen wird, ist dabei der Über-

gangsbereich exzessiven Trinkens zwischen „schädlichem Gebrauch von Alkohol“ (als diagnostische Kategorie F10.1 der ICD-10) und „Alkoholabhängigkeit“ (F10.2) gemeint, wie er für den Bereich des „primary health care“ typisch ist. Im amerikanischen Schrifttum wird auch häufig von sogenanntem „problematischen Trinken“ gesprochen, da die epidemiologische Forschung gezeigt hat, daß große Teile der Bevölkerung gelegentlich isolierte und zeitlich begrenzte Probleme mit dem Alkoholtrinken haben (ohne daß diese Probleme bereits den Kriterien für eine operationalisierte Diagnose entsprechen). Nach Studien der WHO sind immerhin sechs Prozent der Patienten in deutschen Allgemeinarztpraxen alkoholabhängig (Ein-Monats-Prävalenz), dazu kommen noch vier Prozent mit der Diagnose „schädlicher Gebrauch“/ Mißbrauch (14). Da drei von vier Abhängigkeitskranken mindestens einmal pro Jahr einen niedergelassenen Arzt aufsuchen, bedeutet dies, daß die Kontaktdichte zirka 15mal höher ist als in Suchtberatungsstellen. Anders ausgedrückt heißt das, daß 70 Prozent aller Kontakte mit Suchtkranken in Arztpraxen und nicht beim Suchtberater stattfinden (26), was die Bedeutung der Frühdiagnostik und -behandlung alkoholinduzierter Störungen im primärärztlichen Bereich unterstreicht.

Möglicherweise nutzen niedergelassene Ärzte die damit verbundenen therapeutischen Chancen jedoch nicht konsequent. So unterziehen sich viele Abhängige erst dann einer Suchtbehandlung, wenn ihre Erkrankung bereits weit fortgeschritten ist. Ein Hinweis darauf sind Beobachtungen unserer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierten Klinischen Forschergruppe „Abhängigkeitserkrankungen“, wonach Männer zehn Jahre nach Beginn ihrer Abhängigkeit (definiert anhand des

Psychiatrische Klinik und Poliklinik (Direktor: Prof. Dr. med. H. Helmchen), Freie Universität Berlin

ersten Kontrollverlustes im Alter von durchschnittlich 30 Jahren) sich in ihre erste Entzugsbehandlung (im Alter von durchschnittlich 40 Jahren) begeben (Grafik). Frauen waren hingegen bei Antritt ihrer ersten Entzugsbehandlung im Durchschnitt 44 Jahre alt, was bedeutet, daß im Schnitt sieben Jahre seit Beginn ihrer Abhängigkeit verstrichen waren. Ferner ist zu ersehen, daß Männer zentrale Verlaufsmarkierungen und -stadien der Alkoholabhängigkeit, wie den ersten Rausch, Beginn des vermehrten Trinkens, Zeitpunkt des ersten Kontrollverlustes, des ersten Auftretens vegetativer Entzugssymptome oder des Toleranzbruches (jeweils statistisch signifikant), früher durchlaufen als Frauen. Dies ist wohl zunächst Ausdruck gesellschaftlicher Faktoren, daß heißt einer sozialen Ablehnung exzessiven Trinkens von Frauen.

Inzwischen gibt es viele gute Hinweise, daß alkoholbedingte Störungen auch in der Praxis von Ärzten verlässlich erkannt und effektiv behandelt werden können, so daß bei Anwendung dieser Kenntnisse auch mit einer Reduzierung der durch Alkohol verursachten Kosten für unsere Gesellschaft gerechnet werden kann (16).

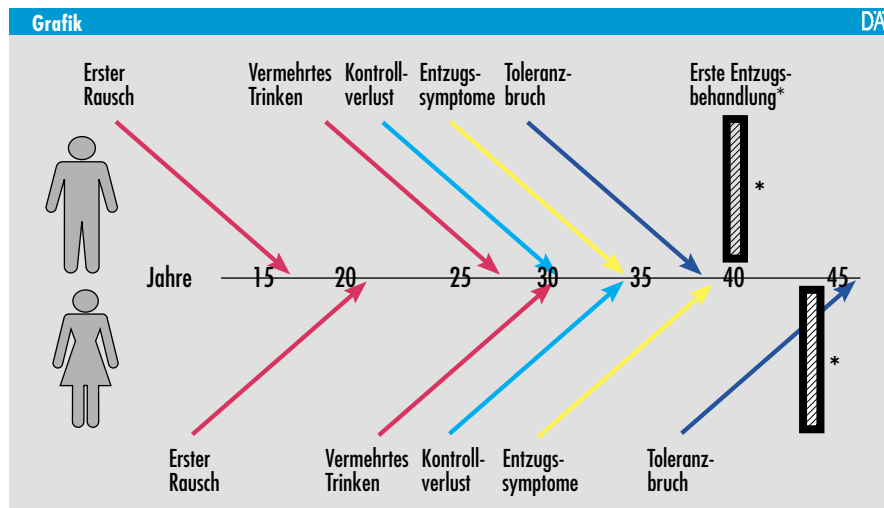
Frühdagnostik

Der niedergelassene Arzt muß kein Suchtexperte sein, um alkoholbedingte Gesundheitsprobleme zu identifizieren, er muß jedoch einige Hindernisse kennen. Typisch für Alkoholranke oder Alkoholismusgefährdete in der Sprechstunde ist zunächst die Unspezifität der Beschwerden. So wird über psychische Veränderungen (Depressivität, Nervosität, Streß, abnehmende Belastungsfähigkeit, Müdigkeit oder Energielosigkeit) und/oder körperliche Beschwerden (Magenschmerzen, Übelkeit, plötzliche Schweißausbrüche, Schwindel oder Schlafstörungen) geklagt (18). Diese Beschwerden können Hinweise auf negative Folgen exzessiven Trinkens im seelischen oder körperlichen Bereich (was die Definition für den „schädlichen Gebrauch“ beziehungsweise Mißbrauch ist) oder bereits Ausdruck blander Entzugssymptome

sein, womit der Übergang zur körperlichen Abhängigkeit überschritten ist.

Charakteristisch ist ferner, daß Patienten diese Beschwerden zunächst nicht kausal auf ihren Alkohol-

Viele Ärzte reagieren auf Schilderungen ihrer Patienten mit Unsicherheit. Sind sie noch darauf eingestellt, Extremformen des Alkoholismus zu erkennen, gilt dies nicht in gleicher Weise für weniger ausgepräg-



Entwicklung der Alkoholabhängigkeit (retrospektiv erhoben) bei Alkoholkranken der Psychiatrischen Klinik der FU Berlin, die sich erstmals in eine stationäre Entzugsbehandlung begeben hatten (161 Männer, 59 Frauen). Die Pfeile markieren das Lebensjahr, in dem das Merkmal bei den Patienten das erste Mal aufgetreten war (im Durchschnitt). Die von Männern beziehungsweise Frauen angegebene Häufigkeit der Merkmale war (in Prozent): erster Rausch: 88/76; vermehrtes Trinken: 97/100; Kontrollverlust: 100/100; Entzugssymptome: 66/59; Toleranzbruch: 13/3.

konsum zurückführen, sondern sie als Grund und nicht als Folge vermehrten Trinkens ansehen. Diese Kausalitätsumkehr ist die erste Komponente eines komplexen, suchtspezifischen Verleugnungsprozesses. Die zweite ist, daß Alkoholranke ihren Alkoholkonsum zwar nicht generell verleugnen, Mengen und Trinkstil jedoch bagatellisieren*). Drittens wehren sie sich gegen die Erkenntnis des Abhängigwerdens oder -gewordenseins. Dabei erleben die Abhängigen selbst und auch Laien die Unfähigkeit zur Abstinenz oder den Kontrollverlust nicht als krankhaft, sondern als Ausdruck einer schlechten Gewohnheit, von Charakterschwäche oder moralischen Versagens.

*) Zur „Grenzwert-Diskussion“: Richtwerte, welche Menge Alkohol süchtig macht, kann es aufgrund großer individueller Unterschiede hinsichtlich der Ethanol sensitivität nicht geben. Die WHO gibt an, daß langandauernder Konsum von täglich 60 g Alkohol für Männer (dies entspricht einer Flasche [0,7 l] Wein oder 1,5 l Bier) und von 40 g für Frauen mit dem Risiko gesundheitlicher Schäden (psychisch und physisch) verbunden ist (23). Die britische Ärztesellschaft (BMA) hat vor kurzem bekräftigt, das Männer nicht mehr als 30 g pro Tag und Frauen nicht mehr als 20 g in Hinblick auf einen risikoarmen Gebrauch trinken sollten (5a).

te Fälle oder heimliche Formen (oft in höherem Alter). Sodann müssen sie ihr eigenes Unbehagen überwinden, um den Patienten gegenüber das Thema Alkohol ansprechen zu können; sie haben ihre Skepsis zurückzunehmen, was die Beurteilung der Therapiechancen angeht; nicht zuletzt müssen sie tiefsitzende Vorurteile bezüglich der vermeintlichen „Ursachen“ des Alkoholismus aufgeben.

Ziel der Gesprächsführung (mittels der Technik des „motivational interviewing“ [17]) ist es, den Patienten Hilfestellung bei der Selbstexploration zu geben, damit sie die Vor- und Nachteile exzessiven Trinkens („pros and cons“) individuell abwägen. So sollte der Arzt für sie und ihre Situation Empathie erkennen lassen, da Abhängigkeit mit dem Gefühl der Schuld und Selbstabwertung einhergeht. Er sollte konfrontierendes Argumentieren vermeiden und mit den Widerständen der Patienten elastisch, nicht rechthaberisch umgehen. Schließlich sollte er die Diskrepanz zwischen aktuellen Verhaltensweisen und wichtigen Zielen der Patienten aufzeigen helfen. Vor allem selbstmotivierende

Äußerungen der Patienten sind vom Arzt in dem Sinne zu fördern, daß sie selbst die notwendigen Änderungen des Trinkverhaltens und Lebensstils bewirken können.

Auch können Fragen aus Screening-Interviews weiterhelfen, die aber manchmal nur einen begrenzten Wert haben, da sie nur auf einen Teil sogenannter Problemtrinker zutreffen. Beispielsweise eruieren die CAGE-Fragen (10), ob der Patient schon einmal:

▷ (erfolglos) versucht hat, seinen Alkoholkonsum zu verringern (cut down),

▷ sich geärgert hat, weil sein Trinkverhalten von anderen kritisiert wurde (annoyed),

▷ sich schlecht oder schuldig fühlte wegen des Alkoholtrinkens (guilt),

▷ schon morgens als erstes Alkohol trank, um „in die Gänge“ zu kommen (eye opener).

Eine ähnliche Funktion haben die MALT-Fragen des Münchner Alkolismus-Tests (11), für die eine gewisse kulturspezifische Färbung typisch sein soll (23).

Dabei sind im Gespräch mit dem Alkoholkranken einige Gesprächsfallen zu vermeiden, so die:

▷ „Frage-Antwort-Falle“: ein autoritärer Gesprächstil, bei dem der Patient zuletzt nur noch Ja-Nein-Antworten gibt, was sehr unproduktiv ist,

▷ „Konfrontations-Verleugnungsfalle“: in der der Arzt dem Patienten nahebringen will, daß dieser zuviel trinkt oder Probleme habe, worauf dieser lakonisch entgegnet wird, daß er Menschen kenne, die noch mehr trinken, oder daß schließlich viele Menschen Probleme hätten,

▷ „Experten-Falle“: in der der Arzt immer mehr seines Wissens aktualisieren muß, der Patient aber immer passiver wird,

▷ „Etikettierungs-Falle“: in der der Arzt versucht ist, dem Patienten eine Diagnose („Alkoholiker“) aufzuzukroyieren, die dieser dann nur um so vehementer bekämpfen wird,

▷ „Fokussierungs-Falle“: die darin besteht, daß der Arzt unmittelbar auf die Abhängigkeit zu sprechen kommen will, der Patient aber zunächst seine Lebensprobleme erläutern möchte.

Zur weiteren Klärung ist die Rekonstruktion eines typischen Trinktages hilfreich, um die Gesamttrinkmenge zu ermitteln und nach dem Abhängigkeitssyndrom zu fahnden. Dazu eignen sich beispielsweise Fragen (modifiziert nach CIDI [27] und [22]), ob es vorkommt, daß

▷ der Patient sich nach einem Gelage nicht erinnern konnte, was geschah, während er trank („Filmriß“, „blackout“),

▷ Alkohol schon hastig getrunken wurde, um die Wirkung zu beschleunigen,

▷ mehr Alkohol getrunken werden mußte, um denselben Effekt zu erzielen,

▷ sich Gedanken an Alkohol immer wieder aufdrängen,

▷ schon zu Tageszeiten getrunken werden mußte, an denen sonst nicht getrunken wurde,

▷ schon versucht wurde, den Alkoholkonsum einzuschränken, was aber nicht gelang,

▷ der Patient nach dem Beginn des Trinkens nicht mehr aufhören kann

▷ oder erst aufhört, wenn er/sie vollständig betrunken ist,

▷ wegen Alkohol oder dessen Nachwirkungen öfter Arbeit, Schule oder Kinder vernachlässigt wurden,

▷ die Hände nach exzessivem Trinken am nächsten Morgen zittern,

▷ jemals trotz körperlicher Krankheiten weitergetrunken wurde im Wissen, daß sich diese durch das Trinken verschlimmern.

Selbstverständlich sollte bei der körperlichen Untersuchung über das Offensichtliche nicht hinweggesehen werden. Körperliche Schäden, vor allem ein labiler Hypertonus (RR>160) und Lebervererthörungen (insbesondere der γ -GT), des weiteren Zeichen von Pankreatitis, Magen-Darm-Störungen, Hyperurikämie oder ein instabiler Diabetes mellitus können Folgen eines exzessiven Alkoholkonsums sein, ohne daß eine ausgeprägte psychische Abhängigkeit vorliegen muß. Extreme Ausprägungen wiederum, bei denen alkoholisierte Patienten bereits durch einen Foetor alcoholicus, ein gerötetes Gesicht, blutunterlaufene Augen, Hämatome und Schürfwunden (infolge von Unfällen und Verletzungen), in Form von

Brandwunden von Zigaretten auf Intoxikationszustände hinweisen, dürften keine diagnostischen Probleme aufwerfen.

Kurzintervention

Gerade Arbeitsfeld und -weise des niedergelassenen Arztes mit wiederholten Gesprächen und (Kurz-) Kontakten sind gut geeignet, den Patienten bezüglich seines Trinkstils – und auch der Rauchgewohnheiten – nachdenklich zu machen und sukzessiv Verhaltensveränderungen mit Hilfe der Technik der Kurzintervention zu induzieren (19).

Komponenten der Kurzintervention (in der englischsprachigen Literatur mit dem Akronym „FRAMES“ oder „Rahmen“ [5] bezeichnet) sind:

▷ persönliche Risiken (des Trinkens) dem Patienten rückmelden (feedback),

▷ Eigenverantwortlichkeit für Änderung betonen (responsibility),

▷ klaren Ratschlag bezüglich dem Ziel erteilen (advice),

▷ Verhaltensalternativen aufzeigen (menu of behavioral change),

▷ nicht-konfrontative Gesprächsführung anwenden (empathy),

▷ Selbstwirksamkeit des Patienten bekräftigen (self-efficacy).

Dabei sollten mit dem Patienten auch alternative Entspannungsmöglichkeiten („Gegenaktivitäten“) gesucht werden; so könnten zum Beispiel Sport, Autogenes Training, Kinobesuche an die Stelle treten, wenn sonst exzessiv getrunken wurde.

Hilfreich kann auch das Einbeziehen von Angehörigen oder Freunden sein, um die externe Verhaltenskontrolle des Patienten zu unterstützen (9, 12); allerdings ist dies nur ratsam, wenn der Patient dieses Vorgehen selbst akzeptieren lernt, da sonst gegenteilige Effekte auftreten (Zunahme des Trinkens als Protest gegen Bevormundung).

Entsprechend haben empirische Studien gezeigt, daß bereits 10- bis 15minütige konsumbezogene Maßnahmen dieser Art wirksam Alkoholprobleme beheben können (3, 13); sie können zu einer Verminderung der Trinkmenge um 25 bis 45 Prozent und einer signifikanten Reduktion der

γ -GT beitragen. Solche Kurzinterventionen sind oft so wirksam wie intensive Beratungen (vor allem bei Männern).

Ferner sollte im Kontakt mit dem Patienten – gerade bei Mißbrauch und in Frühstadien der Abhängigkeit – zunächst keine unangemessene Forderung nach völliger oder sofortiger Abstinenz erhoben werden; vielmehr kann in diesen Fällen zuerst das „kontrollierte Trinken“, beziehungsweise die Reduktion der täglichen Trinkmenge (harm reduction [15]), mit Hilfe folgender Regeln verantwortlichen Trinkens empfohlen (2) werden:

▷ Löschen Sie Ihren Durst mit nicht-alkoholischen Getränken.

▷ **Wenn Sie Alkohol trinken, trinken Sie:**

– langsam, mäßig, mit kleinen Schlucken, mit Pausen,

– behalten Sie den Überblick, wieviel Sie getrunken haben,

– nicht allein, sondern in Gesellschaft (meiden aber heftig trinkende Freunde),

– nie zwangsläufig zu den immer gleichen Gelegenheiten,

– nie mit leerem Magen, sondern mit den Mahlzeiten,

– hochprozentige Getränke vermischt mit Mineralwasser,

– nicht mehr nach Mitternacht.

▷ **Trinken Sie nicht:**

– wenn Sie ein dringendes Bedürfnis nach Alkohol haben,

– wenn Sie Medikamente (zum Beispiel Schlafmittel) einnehmen,

– wenn andere Sie zu alkoholischen Getränken drängen,

– an zwei Tagen der Woche.

Im Rahmen eines kontinuierlichen Motivations- und Rückmeldeprozesses, der dem Patienten eine sukzessive Verhaltensumstellung erlaubt (4, 19), kann dem Patienten bei Einhaltung dieser Regeln eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes in Aussicht gestellt werden. Er wird merken, daß er sich besser fühlt, mehr Energie haben wird, sein Gewicht reduzieren kann, er besser schläft, das Gedächtnis sich verbessern wird, er keinen „Kater“ mehr haben wird, er besser arbeiten kann, zuhause und am Arbeitsplatz weniger Probleme haben wird. Sinnvoll in der Umsetzung dieser Maßnahmen ist es, feste Termine zu vereinbaren und dabei auch eine freiwillige Kontrolle des Alkoholspiegels oder der Leberwerte vorzunehmen.

Übergang in eine hausärztliche Langzeitbehandlung

Wenn Alkoholranke die Trinkmenge nicht reduzieren wollen oder können, sollten sie ohne Zurückweisung oder moralische Vorhaltungen hausärztlich weiterbetreut werden, wobei regelmäßiger der Trinkstil mit den daraus resultierenden körperlichen und psychosozialen Folgen zu problematisieren und die Vorteile verantwortlichen Trinkens vor Augen zu führen sind. In diesen Fällen sollte aber auch ein nervenärztliches Konsil eingeholt werden. Immerhin haben bis zu 80 Prozent der Alkoholabhängigen psychiatrische Zusatzdiagnosen, insbesondere Angsterkran-

kungen oder Depressionen (16). Außerdem ist der Patient zur Kontaktaufnahme mit einer örtlichen Beratungsstelle (gemeinnützig oder betrieblich) oder einer Selbsthilfegruppe zu motivieren. Schließlich sollte die Empfehlung zu den bekannten ambulanten oder stationären Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen ergehen.

In der Folgezeit sollte der Arzt nicht resignieren, wenn Abhängigkeitserkrankungen mit Rückfällen einhergehen. Der Verlauf des Alkoholismus ähnelt in der Regel eher dem eines intermittierenden Rheumatismus oder einer schubförmigen Multiplen Sklerose und weniger eines Beinbruchs oder einer Lungenentzündung. Der Gewinn einer kontinuierlichen Langzeitbehandlung ist denn auch eher in einer Schadensminimierung durch trinkmengenvermindernde Maßnahmen als in der Erzielung permanenter Abstinenzhaltungen betreuter Patienten zu sehen (16).

Zitierweise dieses Beitrags:
Dt Ärztebl 1997; 94: A-2905–2908
[Heft 44]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das über den Sonderdruck und über die Internetseiten (unter <http://www.aerzteblatt.de>) erhältlich ist.

Adresse des Verfassers

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych.
Lutz G. Schmidt
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
der Freien Universität Berlin
Eschenallee 3
14050 Berlin

Ankylosierende Spondylitis und entzündliche Darmerkrankungen

Bei Patienten mit einer Spondyloarthropathie sollten immer Veränderungen durch Entzündungen in Dünn- und Dickdarm ausgeschlossen werden. Die belgischen Autoren führten eine Verlaufsbeobachtung bei 123 Patienten mit Spondyloarthropathie durch.

Bei 49 Patienten fanden sich im Rahmen einer Ileokoloskopie akute entzündliche Veränderungen. Die Gelenkbeschwerden gingen in der

Regel zurück, wenn die entzündlichen Veränderungen im Gastrointestinaltrakt endoskopisch und histologisch abgeklungen waren.

Wenn die entzündlichen Veränderungen anhielten, blieben in der Regel auch die Gelenkbeschwerden bestehen.

Sieben Prozent der Patienten entwickelten im weiteren Verlauf eine chronisch entzündliche Darmerkrankung (Colitis ulcerosa oder Morbus

Crohn). Auch ein frühzeitiger Einsatz von Sulfasalazin verhinderte die Entwicklung einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung nicht, auch wenn die Aktivität der Gelenkbeschwerden zurückging. w

De Vos M et al.: Long-term evolution of gut inflammation in patients with spondylarthropathy. *Gastroenterology* 1996; 110: 1696–1703.

Department of Gastroenterology, Rheumatology and Pathology, University Hospital, Gent, Belgium.