

Der «schwierige» Alkoholpatient

Claudine Aeschbach

Ambulatorien für Abhängigkeitserkrankungen, Basel-Landschaft

Quintessenz

- Patienten mit Alkoholkrankheit sind eine sehr heterogene und damit anspruchsvolle Gruppe, sowohl in Bezug auf die sozialen als auch die Persönlichkeitsstrukturen und die psychiatrischen Komorbiditäten.
- Aggressionen und Frustrationen auf Seiten des Behandlungsteams müssen bewusst gemacht und angesprochen werden.
- Die erfolgreiche Behandlung dieser Patienten bedingt den Aufbau einer mehrjährigen therapeutischen Beziehung.
- Das somatische Spital ist eine wichtige, nicht stigmatisierende Anlaufstelle für die Entzugsbehandlung und -prävention.
- Die Vermittlung des Kontakts zu Suchttherapeuten in der Akutphase und eine gesicherte, zeitlich nahe am Spitalaustritt beginnende Anschlussbehandlung sind zentral für einen Behandlungserfolg.

Die Idealvorstellung vieler Ärzte von einem Patienten beinhaltet, dass sich der Patient krank fühlt, dass er freiwillig Hilfe in Anspruch nimmt und überzeugt ist, dass der Arzt ihm diese Hilfe geben kann. Der Arzt stellt sich vor und wünscht sich, dass seine Patienten bereit sind zu einem Arbeitsbündnis, also «kooperativ» sind. Der Behandler hat die Vorstellung, dass der Patient selbst kein eigenes Verschulden an seiner Krankheit hat, sondern diese wird als Schicksalsschlag empfunden. Der Arzt wünscht sich einen Patienten, mit dem er die Ansichten über die Entstehung und Behandlung der Erkrankung teilen kann.

Alle diese Wunschvorstellungen treffen bei einem Patienten mit Alkoholkrankheit jedoch nicht zu! Im Gegenteil, es besteht eine tiefgreifende Konfusion in der Arztrolle, der sich der behandelnde Arzt stellen muss. Dies auch aus dem Grund, weil die Alkohol- oder verallgemeinert jede Suchtkrankheit als selbstzerstörerischer Prozess nicht wirklich einfühlbar ist.

Die Abhängigkeit ist eine der emotional ergreifendsten Krankheiten, weil sie die Autonomie der betroffenen Person zeitweise ausser Kraft setzt und daher oft eine massive Abwehrhaltung auslöst. Zudem hilft die Einsicht in die Krankheit nur begrenzt, diese zu überwinden. Es kommt deshalb nicht selten vor, dass sehr differenzierte, intelligente und gut strukturierte Menschen davon betroffen sind.



Claudine Aeschbach

Die Autorin hat keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Definition der Sucht

Die WHO definiert die Sucht als psychischen oder/und körperlichen Zustand, der auf einer Wechselwirkung zwischen Individuum und Suchtmittel beruht. Das Verhalten eines abhängigen Menschen beinhaltet immer einen Zwang, die Substanz kontinuierlich oder periodisch zu konsumieren, um deren positive psychische Effekte zu spüren und/oder die Unannehmlichkeit der Abwesenheit der Substanz zu vermeiden. Die unangenehmen Entzugserscheinungen können sowohl auf der körperlichen als auch, viel schwieriger fassbar, auf der psychischen Ebene auftreten.

Betroffene Patientengruppen


Patienten, die ein Problem mit Suchtmitteln haben, sind psychiatrisch gesehen keine einheitliche Gruppe, weder in Bezug auf innere wie auch auf äussere Faktoren. Das Spektrum reicht von psychotisch (realitätsfern) bis neurotisch, von sozial integriert bis total desintegriert. Das bedeutet, dass die sogenannten «Ich-Leistungen» der Patienten enorm verschieden sind. Unter Ich-Leistungen versteht man die Summe der psychischen Fähigkeiten, die zu einem autonomen, erwachsenen Leben befähigen. Generell wird dabei von einer intakten Arbeits-, Liebes- und Beziehungsfähigkeit ausgegangen. Die spezielle Fragestellung nach der vorhandenen Ich-Leistung richtig zu erfassen, ist eine der ersten Aufgaben des erfolgreichen Psychotherapeuten. Dieser muss sich auch bewusst sein, dass die Wechselwirkungen mit der Umwelt (namentlich Familie, Arbeitssituation und allenfalls der Justiz) bei keiner anderen Krankheit derart ausgeprägt sind.

Was macht den Umgang mit Suchtpatienten besonders schwierig?

Das Suchtmittel befindet sich – wenn auch nicht physisch vorhanden – im therapeutischen Raum wie ein Damoklesschwert, wie eine Fluchtmöglichkeit. Der Therapeut ist in einer eigentlichen Rivalität mit dem Suchtmittel, indem sich der Patient bewusst oder unbewusst fragen kann: «Wer hilft mir besser?» Beim Therapeuten wird auch immer eine gewisse Unsicherheit darüber bestehen, ob der Patient «nicht will oder nicht kann». Wenn der Therapeut sich bemüht, die Kontrolle über den Konsum des Suchtmittels (Menge, Zeitpunkt) für den Patienten zu übernehmen, wird ihm das in den seltensten Fällen

gelingen. Der Patient wird dann seine Energie darin investieren, dem Therapeuten die Kontrolle wieder zu entziehen. Ein frustrierendes und destruktives Spiel!

Der Therapeut muss sich auch bewusst sein, dass in der Suchtkrankheit sehr viel Aggression steckt, oft in der Form von Entwertung des Umfelds (Arzt, Partner, Arbeitskollegen etc.) oder der Selbstentwertung. Die Entwertung anderer Menschen muss der Therapeut verstehen als Abwehr der Selbstentwertung, und er muss dies in einem geeigneten Moment mit dem Patienten so ansprechen.

Tabelle 1  illustriert die wichtigsten Fixpunkte in der Therapie. Der Therapeut muss sich bewusst sein, dass diese Fixpunkte durch die stark diskontinuierlichen Ich-Leistungen von Suchtpatienten determiniert sind. Die Ich-Leistungen werden einerseits durch den aktuellen Intoxikations- und Abhängigkeitsgrad beeinflusst, das heisst durch die neurobiologischen Auswirkungen des Konsums, aber auch durch die stützende Umgebung bzw. das zum Konsum verführende Umfeld und die Vorerfahrungen mit dem Suchtmittel. Sucht ist eine «gelernte Fehlerfahrung», die wieder «verlernt» werden muss, indem dem Patienten seine individuellen Lernerfahrungen mit dem Suchtmittel bewusst werden.

Welche Gefühle löst der Patient im Arzt aus?

Die Chronizität einer Suchterkrankung, das «Mitansehen-Müssen» dieser nicht einfühlbaren Selbstzerstörung kann beim Arzt zu Ohnmacht und in der Folge zu Wut führen, die dann zu einer reaktiven Entwertung des Patienten bzw. zu anderen aggressiven Gefühlen gegenüber dem Patienten führen kann. Dieser eigenen Aggression muss sich der Arzt bewusst sein, denn sie zerstört jede heilsame Beziehung zum Patienten. Das heisst aber nicht, dass der Arzt alle Wünsche des süchtigen Patienten erfüllen muss. Im Gegenteil, es ist angesagt, seine Selbstdestruktivität mit Worten oder auch Handeln im Rahmen

Tabelle 1

Wichtige Fixpunkte in der Therapie.

Äussere Realität	– Autonomiefähigkeit – Beziehungsfähigkeit – Konfliktfähigkeit
Innere Realität	– Selbstbild (reales Ich vs. ideales Ich) – Liebesfähigkeit (reales Objekt vs. ideales Objekt) – Frustrationstoleranz (reale Umwelt vs. ideale Umwelt)

Tabelle 2

Psychiatrische Komorbiditäten bei Alkoholkrankheit.

Psychiatrische Erkrankung	Häufigkeit
Depression	33–67%
Bipolare Erkrankung	60–80%
Schizophrenie	50–60%
Persönlichkeitsstörung	30–70%

→ Keine der beiden Erkrankungen ist «wichtiger».

→ Es gibt keine chronologisch richtige Behandlungsabfolge.

der gesetzlichen Möglichkeiten einzuschränken und damit dem Patienten zu signalisieren, dass der Arzt kein Komplize seines selbstzerstörerischen Teils sein kann. Als Arzt gilt es jedoch immer zu bedenken, dass der abhängige Patient auch lebenswerte Anteile hat, dass die Sucht nur ein Teil seines Wesens ist und dass man als Therapeut neugierig sein muss, die anderen, lebenswerten Teile kennenzulernen.

Was kann den Arzt und andere involvierte Helfer aggressiv machen?


Aggressionsauslösend sind namentlich die Hilflosigkeit, das Problem therapeutisch auf eine einfache Art positiv beeinflussen zu können, und die Unehrllichkeit des Patienten.

Der Arzt soll seine Hilflosigkeit wenn möglich ansprechen, zum Beispiel in dieser Form: «Wissen Sie, Frau A, jetzt sind Sie zum x-ten Mal bei uns, und ich habe das Gefühl, wir können Ihnen gar nicht helfen ... ich mache mir grosse Sorgen um Sie ...»

Die Unehrllichkeit sollte nicht persönlich genommen werden, und auch diese sollte indirekt angesprochen werden, zum Beispiel in der Form: «Ich kann mir vorstellen, dass es nicht einfach ist, mit mir über Ihren Alkoholkonsum zu sprechen. Vielleicht schämen Sie sich ja, weil Sie wieder ein wenig (= Verdünnung, Abschwächung) die Kontrolle über Ihren Alkoholkonsum verloren haben. Aber trotzdem wäre es für uns beide sehr wichtig zu wissen, wie viel Sie in der letzten Zeit getrunken haben.» Dabei soll der Arzt die Ursachen der Verleugnung verstehen und offensichtliche Widersprüche ansprechen, aber auf keinen Fall in eine inquisitorische Verfolgerrolle kommen. Es bringt nichts zu versuchen, dem Patienten etwas zu beweisen!

Auch die Bagatellisierungstendenz, die der Suchtkrankheit innewohnt, ist vom Arzt anzusprechen. Hilfreich sind Sätze wie: «Wenn ich so darüber nachdenke, kann ich mir nicht vorstellen, dass Sie es bei einem Glas bewenden liessen. Aber es scheint sehr schwierig zu sein, im Nachhinein noch genau zu wissen, was denn genau passiert ist ...».


Rolle der psychiatrischen Komorbiditäten

Tabelle 2  listet die Häufigkeit der wichtigsten psychiatrischen Komorbiditäten auf. Für die Behandlung der Alkoholkrankheit ist es allerdings unwichtig zu definieren, was primär bzw. sekundär ist, das heisst, es ergeben sich keine chronologisch richtigen Behandlungsabfolgen. Es ist auch wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Diagnose einer Depression erst nach 4–6 Wochen der Abstinenz resp. aus der Lebenslinie und der Anamnese möglich ist. Alkohol macht depressiv und wirkt – als scheinbares Paradoxon – in der richtigen Dosis und zum richtigen Zeitpunkt zugeführt auch antidepressiv!

Bei der bipolaren Störung, der weitaus häufigsten Komorbidität, kann sowohl in depressiven als auch manischen Phasen ein völlig unkontrollierter Alkoholkonsum die Folge sein. Vor allem in manischen Phasen, in denen

die Steuerungsfähigkeit herabgesetzt und der Realitätsbezug eingeschränkt sind, ist die Kombination mit einer Alkoholkrankheit extrem gefährlich, und die Patienten sind in diesen Phasen sehr unangenehm in ihrem Verhalten.

Was soll in einer ambulanten Therapie geschehen?

Ziel einer ambulanten Therapie ist das Herstellen eines stabilen Arbeitsbündnisses zwischen Therapeut und Patient durch eine therapeutische Beziehung, wobei der Zeithorizont zum Aufbau einer stabilen Beziehung etwa zwei Jahre beträgt. In den ersten drei Monaten geht es vor allem darum, den Patienten aufzurichten, aufzustellen, Entwertungsgefühle zu korrigieren, ihn eigentlich «narzisstisch zu füttern». In der Regel kann eine Konfrontation mit der Realität (Suchtproblematik, Interaktionen mit dem Umfeld etc.) frühestens nach drei Monaten dieser narzisstischen Fütterung erfolgen. Für die weitere Betreuung hat sich das sogenannte transtheoretische Modell von Prochaska und Di Clemente (Abb. 1 ) bewährt.

Tipps zum Umgang mit Aggressionen

Offene Aggression muss offen begrenzt werden! Es kann nicht angehen, dass Patienten die Behandlungsräume, die Schutzräume sind, oder die Behandler, welche die Aufgabe haben, für die Patienten dazusein, bedrohen. Da gilt es, sofort und entschieden zu intervenieren. Oft beobachtet man, dass sich die Patienten gar nicht bewusst sind, was sie in ihrer Umgebung auslösen. Eine offene Besprechung kann dabei viel helfen.

Es gibt jedoch bei abhängigen Patienten, insbesondere wenn es sich um eine Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung handelt, ein Ausmass an Destruktivität, die

sich in bestimmten Momenten nicht ausreichend begrenzen lässt. In diesen Situationen müssen Ärzte, insbesondere Entscheidungsträger, das Team und sich selbst schützen. Nicht selten lösen solche Patienten massive Konflikte in Teams aus, die ein gemeinsames Arbeiten massiv erschweren. Diese Dynamiken muss man sich vor Augen halten und besonnen damit umgehen.

Versteckte Aggressionen, die wiederum oft den Behandelnden treffen, sollte man ebenfalls ansprechen, sofern man sie bei sich wahrnimmt. Dabei geht es um die Reflexion des eigenen Ärgers, eventuell gemeinsam mit dem Patienten, und um die Suche, wo der Ursprung des Ärgers liegen könnte. Die Ohnmacht und Aggression, die der Patient beim behandelnden Arzt auslöst, sollte man nach Möglichkeit aushalten und nicht an den Patienten zurückgeben. Auch sollten Irritationen über Widersprüche und Ambivalenzen der Patienten so bald als möglich angesprochen werden. Hier ist es hilfreich, die Art der Mitteilung und Kommunikation gut und sorgfältig vorzubereiten.

Rolle des akut-somatischen Spitals in der Behandlung von abhängigen Patienten

Das akut-somatische Spital ist für einen Alkoholpatienten ein schützender Ort in einer Krise. Das Spital bietet einen Raum, in dem der Patient regredieren kann, das heisst, wo er von seinen üblichen Pflichten als Erwachsener entbunden und wo er vor weiterer Selbstschädigung geschützt ist – ein Raum zum Innehalten und Nachdenken. Die mit der Intoxikation einhergehenden körperlichen Gesundheitsschäden können untersucht, diagnostiziert und behandelt werden. Komplikationen wie ein Delir oder ein schweres Entzugssyndrom mit beispielsweise einer hypertensiven Krise oder einer Epilepsie können präventiv angegangen werden. Die Angehörigen können erst einmal aufatmen. Das Spital ist weniger stigmatisierend als die psychiatrische Klinik, und wenn ein Patient sich an die Rahmenbedingungen halten kann, ist das Spital ein guter Ort für diese Phase der Krankheit. Die längerfristige Bedeutung eines Spitalaufenthalts für einen Suchtkranken sollte jedoch nicht überschätzt werden. Im Spital findet wenig Therapie im eigentlichen Sinne statt, dafür ist die Zeit zu knapp und der Rahmen ungeeignet.

Ärzte im akut-somatischen Spital sind oft enttäuscht, dass bestimmte Patienten immer wieder mit den gleichen Problemen eintreten und sich nichts an ihrem Verhalten verändert (siehe Fallbeispiel). Aus der Sicht der Psychotherapeutin ist das nicht weiter erstaunlich: Sucht ist ein vorwiegend psychisches Problem und muss auf dieser Ebene therapiert werden. Erst wenn der Patient innerlich bereit ist, eine Verhaltensänderung anzugehen, wird sich etwas ändern. Und dies kann, wie bereits erwähnt, länger dauern. Wichtig im akut-somatischen Spital ist aber, dass dem Patienten immer wieder eine neue Chance gegeben wird, dass er – sei es direkt oder indirekt (etwa im kollegialen Gespräch) – nicht stigmatisiert oder gar abgesperrt wird. Man darf und soll die Patienten, die aus eigenem Antrieb in die stationäre Behandlung kommen, auch dafür loben.

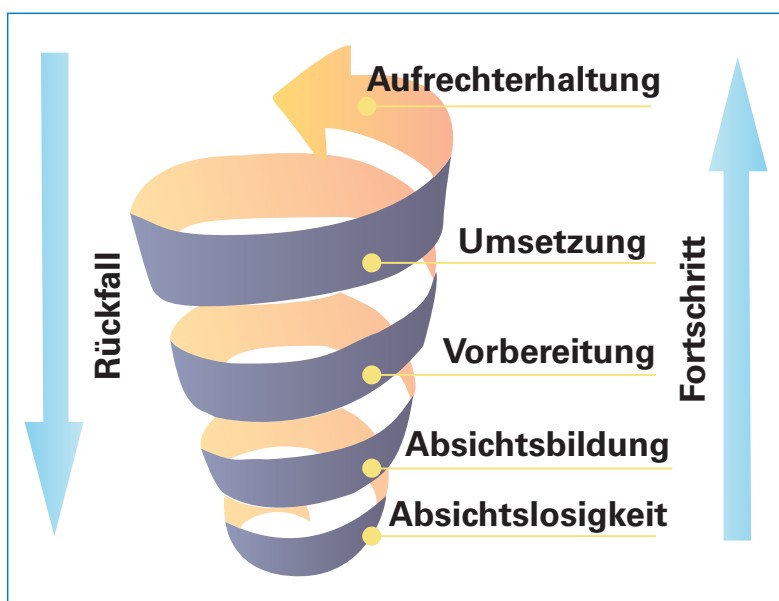


Abbildung 1

Betreuung gemäss dem transtheoretischen Modell von Prochaska und Di Clemente.

Adhärenz an die ambulante Behandlung nach einem Konsilium

Durchschnittlich führt unsere Stelle in den beiden Kantonsspitalern Bruderholz und Liestal rund 100 Konsilien pro Jahr durch. Im Jahr 2010 machten wir eine Untersuchung, wie viele Patienten nach einem Konsilium durch unsere Stelle eine ambulante spezifische Behandlung begannen. Es zeigte sich, dass rund 50% der konsiliarisch untersuchten und beratenen Patienten auch mindestens einen Termin an unserem Ambulatorium wahrnahmen. Die Adhärenz war umso stärker, je schneller die ambulante Konsultation nach dem Spitalaufenthalt erfolgte. Es ist also wichtig, dem Patienten noch im Spital einen konkreten Termin zu geben, möglichst am Tag nach dem Austritt oder zumindest innerhalb der ersten Woche.

Zusammenfassung

Die Rolle des akut-somatischen Spitals in der Behandlungskette der suchtkranken Patienten ist eminent wichtig, jedoch oft frustrierend. Das Spital ist der rettende Schutzraum in einer akuten, manchmal lebensbedrohenden Krise. Die Zeit der Hospitalisation sollte genutzt werden, um eine ambulante Nachbehandlung an einer professionellen Suchtfachstelle einzuleiten oder wieder aufzunehmen. Sucht ist eine chronische Krankheit, die aufgrund des Ausmasses an nicht einfühlbarer Selbstzerstörung für die Behandler und das Umfeld oft nur schwer auszuhalten ist. Dennoch ist die Prognose auch bei schwer Suchtkranken als gut zu bezeichnen, sofern ein Behandlungssetting zustande kommt.

Korrespondenz:

Dr. med. Claudine Aeschbach
 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
 Leitende Ärztin
 Ambulatorien für Abhängigkeitserkrankungen
 Wiedenhubstrasse 55
 CH-4410 Liestal
[claudine.aeschbach\[at\]pbl.ch](mailto:claudine.aeschbach[at]pbl.ch)

Fallbeispiel

Eine 45-jährige Patientin hat ein bekanntes Alkoholproblem. Im Dezember 2011 wurde sie wegen eines Myokardinfarkts einer invasiven kardiologischen Untersuchung und Therapie unterzogen. Sie hatte bereits mehrere sogenannte «akzidentelle» Entzüge, und man musste auch einmal einen fürsorglichen Freiheitsentzug aussprechen. Sie lebt in einer schwierigen sozialen Situation, man vermutet eine Depression und die Patientin hat keine Krankheitseinsicht.

Bei diesem Fallbeispiel ist die Ambivalenz der Patientin offensichtlich: Sie zerstört sich einerseits durch das Suchtverhalten, meldet sich aber bei Thoraxschmerzen, da sie wahrscheinlich Angst vor einem bleibenden Schaden oder sogar dem Tod hat. Durch ihr zerstörerisches Verhalten in der Sucht scheint sie aber gleichzeitig den Tod zu suchen. Bei dieser Patientin sollte im akut-somatischen Spital ein Entzug durchgeführt werden; danach sollte sie wenn immer möglich in eine ambulante Therapie vermittelt werden, wenn sie eine spezifische stationäre Therapie ablehnt.