Der Umgang mit dem Rauchen in der stationären Alkoholismusbehandlung

Autor(en): **Duffner, Axel**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **28 (2002)**

Heft [1]

PDF erstellt am: **28.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800767

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Der Umgang mit dem Rauchen in der stationären Alkoholismusbehandlung

Die Doppelabhängigkeit von Alkohol und Nikotin steht zunehmend im Brennpunkt des forschungsmässigen und klinischen Interesses. Im Beitrag werden Elemente eines klinischen Interventionsprogramms dargestellt.

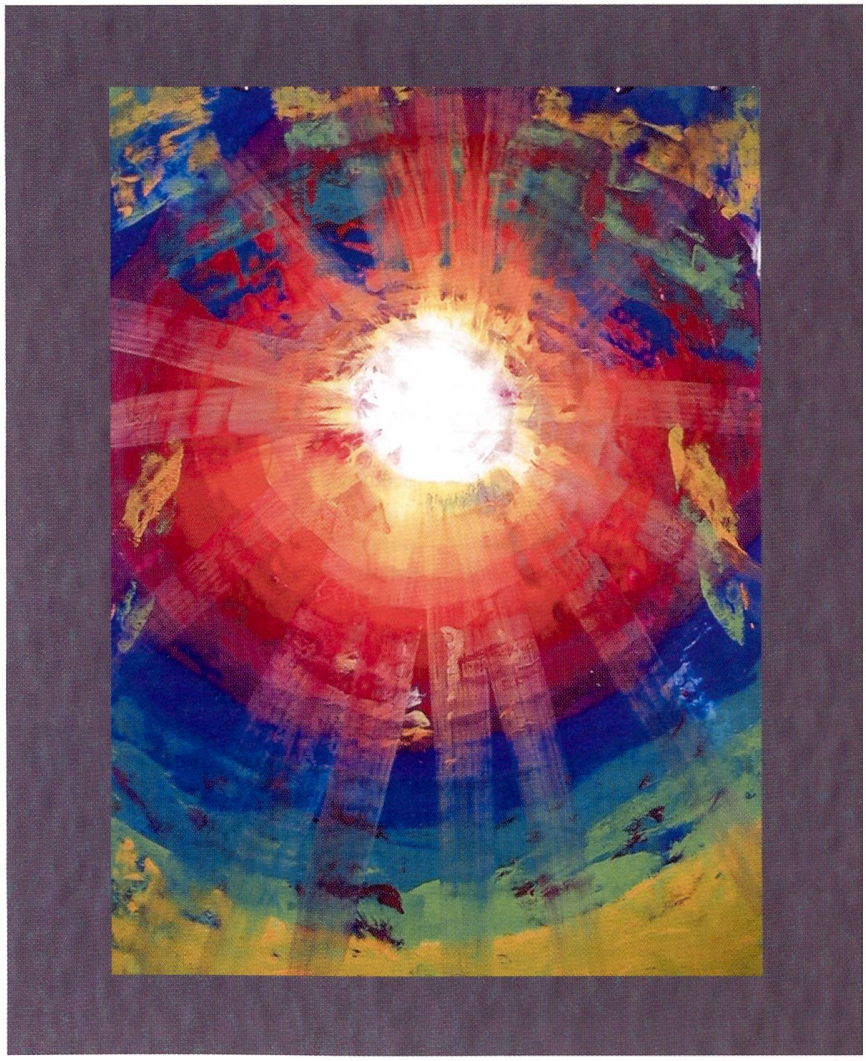
AXEL DUFFNER*

In denen letzten Jahren hat die Diskussion über das Rauchen in breiten Kreisen unserer Gesellschaft zugenommen. In regelmässigen Abständen berichten die Medien über die Auswirkungen des starken Rauchens und weisen auf die vielfältigsten Entwöhnungsmethoden hin. Mit zunehmenden, v.a. restriktiven Massnahmen versuchen die Regierungen weltweit, das Rauchen einzudämmen. Besondere Anstrengungen unternimmt die WHO, um das Problem des Rauchens mit ihren für die Zukunft gravierenden Folgen für die Gesundheit der Weltbevölkerung bewusster zu machen.

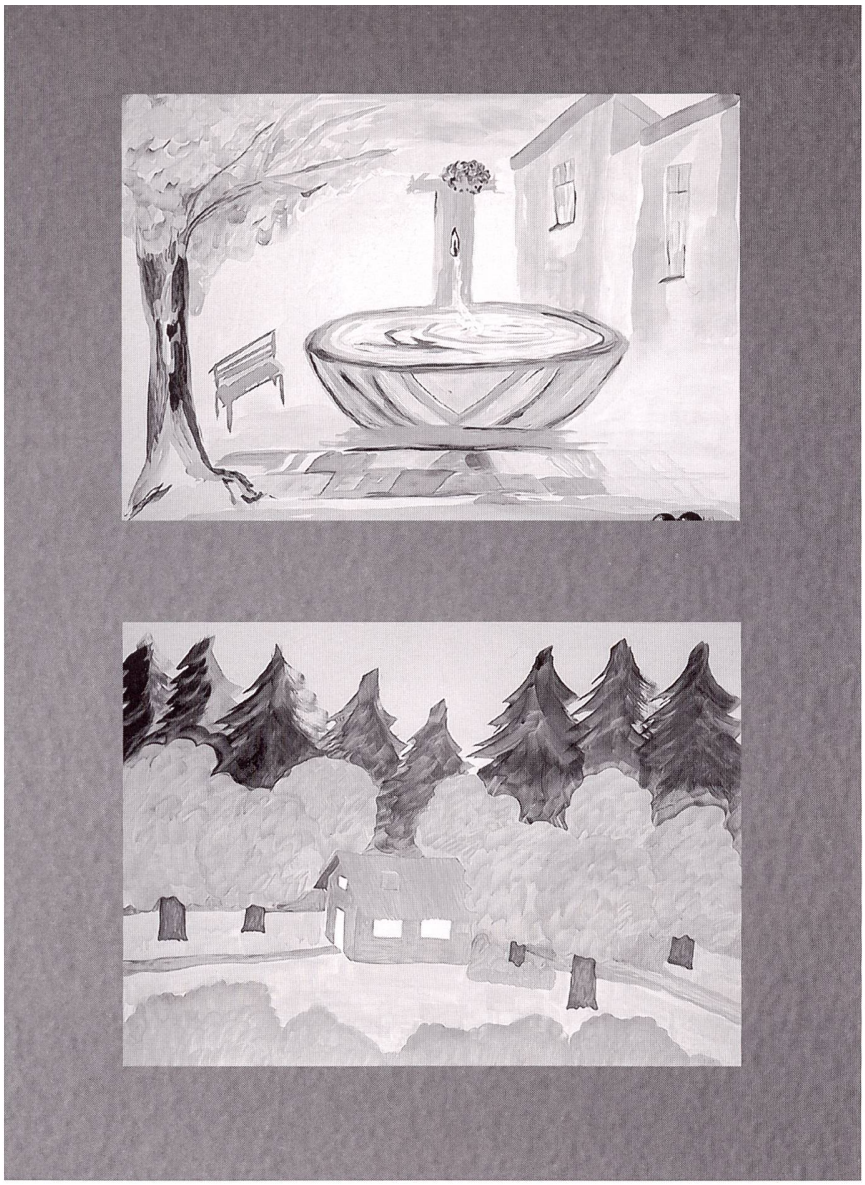
In der Schweiz liegt der Anteil der RaucherInnen trotz allen Bemühungen um Reduktion immer noch bei ca. 32 Prozent: Der Anteil beträgt bei Männern 37 Prozent, bei Frauen 26 Prozent. Der Grossteil davon (um 85 Prozent) raucht täglich, die Hälfte mehr als 20 Zigaretten, was einem starken und abhängigen Konsumverhalten entspricht. Bei ca. 67 Prozent der Rauchenden muss von einer Nikotinabhängigkeit ausgegangen werden; mehr als die Hälfte davon sind sogar stark abhängig.

Zusammenhang von Rauchen und Alkoholkonsum

Die Kombination von Alkohol und Rauchen, beziehungsweise der starke oder abhängige Gebrauch dieser psychotropen Substanzen stellt eine noch viel grössere Gefahr für die Gesundheit dar. Zudem rauchen AlkoholikerInnen deutlich mehr und stärker als die Durchschnittsbevölkerung und sind stärker vom Nikotin abhängig. In letzter Zeit hat sich die Literatur und die Presse diesem Thema in beschränktem Masse angenommen. Im Folgenden werden einige Erklärungsmodelle genannt, die den starken Zusammenhang zwischen Alkohol und Nikotin zu dokumentieren versuchen. Es handelt sich dabei sowohl um neurobio-



* Axel Duffner, Facharzt MH für Psychiatrie und Psychotherapie, 1995-2001 Oberarzt der Forel Klinik und Verantwortlicher für das klinikinterne Nichtraucherkonzept, seit April 2001 in eigener Praxis in Winterthur. Stadthausstr. 79, 8400 Winterthur, 052 202 43 41, aduprax@bleuwin.ch.



logische als auch um psychologische Erklärungsmodelle:

- das beiden Süchten zugrundeliegende dopaminerge Neurotransmittersystem
- Alkohol kann zum konditionierenden Stimulus für den Nikotinkonsum werden und umgekehrt
- Alkohol beeinflusst den Nikotinstoffwechsel
- mehrschichtige Beeinflussung beider Substanzen untereinander in ihren sedierenden und/oder aktivierenden Wirkungsweisen
- aus lerntheoretischer Sicht haben beide Substanzen ähnliche funktionale Bedeutung in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Sucht. Der Konsum beider Substanzen kann die soziale Integration erleichtern
- beide Substanzen können zur Veränderung unangenehmer körperlicher und/oder psychischer Symptome im Sinne einer Selbstmedikation benützt werden

Situation in der Forel Klinik

Bei fast 100 Prozent der PatientInnen der Forel Klinik besteht eine Alkoholabhängigkeitsdiagnose. Die Nikotinabhängigkeitsrate betrug zuletzt (1999) 69,6 Prozent. Wir gehen davon aus, dass 2/3 der rauchenden Patientinnen mehr als 25 Zigaretten täglich rauchen, 1/3 zwischen 10 und 15 Zigaretten und nur ca. 10 Prozent weniger als 10 Zigaretten pro Tag. Zur Erhebung des Nikotinabhängikeitsgrades kann der Fagerström test (Fagerström Test for Nicotine Dependence, FTND) angewendet werden. Die PatientInnen erreichen eine durchschnittlichen Wert von knapp 7 Punkten, was einer starken Abhängigkeit entspricht.

Die oben genannten Faktoren weisen auf eine besonders stark abhängige Klientel hin. Aus der Literatur und aus unseren eigenen Erfahrungen wissen wir, dass gerade Alkoholkranke seltener mit dem Rauchen aufhören und eine höhere Rückfallquote aufweisen.

Viele unserer PatientInnen wollen nicht gleichzeitig beide Süchte «aufgeben müssen» – wohl nicht zuletzt aus Angst, depressiv(er) zu werden, gegenüber Ängsten schutzloser zu sein, aggressiver zu reagieren oder Schlafstörungen zu entwickeln bzw. zu verstärken, ganz zu schweigen vom Vermeiden drohender Entzuggsymptome. Im Verlauf der letzten elf Jahre wurde das Rauchverhalten der PatientInnen vertieft beobachtet und ein spezifisches Behandlungskonzept etabliert. Dabei zeigten sich einige deutliche und beunruhigende Phänomene:

- ca. 71 Prozent der PatientInnen sind nikotinabhängig; bei den Männern liegt die Quote bei 72 Prozent, bei den Frauen bei 54 Prozent (bis 1996; heute: 65,8 %)
- In der Flexiblen (Männer-) Abteilung (frühere Langzeitabteilung) liegt die Raucherrate bei 80.3 Prozent
- In der Kurzzeitabteilung mit mittlerer Aufenthaltsdauer (frühere Mittelzeittherapieabteilung) und gemischt-geschlechtlichem Klientel liegt der RaucherInnenanteil bei 65.1 Prozent
- In der Kurzzeitabteilung mit kürzerer Aufenthaltsdauer und gemischt-geschlechtlichem Klientel bei 62.2 Prozent
- seit 1996 ist der Frauenanteil markant gestiegen, er beträgt heute 65.8 Prozent gegenüber 54 Prozent vor 1996
- 1996 rauchten erst ca. 45 Prozent, 1997 schon 61 Prozent, 1998 waren es knapp 71 Prozent
- 1995 und 1996 zeigten des spezifische Kientel der jungen Erwachsenen (v.a. blockierte adoleszentäre Entwicklungen) einen Raucheranteil von 88 bzw. 90 Prozent

Das Nichtrauchertraining in der Forel Klinik – Vorgeschichte

Im Jahresbericht von 1990 nahm der damalige Chefarzt Dr. med.G. Sondheimer erstmals unter dem Titel *«der exzessive Tabakkonsum in einer Suchtklinik und gezielte Einschränkungsmöglichkeiten»* Stellung und initiierte innerhalb der Klinik eine rege Diskussion, die zwiespältig aufgenommen wurde, da von vielen – PatientInnen und TherapeutInnen – ein gleichzeitiges Angehen des Alkohol- und Tabakproblems als Überforderung angesehen wird, auch wenn es eigentlich nicht um ein allgemeines Rauchverbot, sondern

vielmehr um eine Einschränkung des exzessiven Rauchens durch Verhaltenssensibilisierung und durch Errichtung grösserer rauchfreier Klinikzonen geht. 1991 wurde einerseits die Möglichkeit zum Rauchen innerhalb der Klinik stark eingeschränkt, andererseits wurde ein Nichtrauchertraining angeboten. Dieses fand alle 3 bis 4 Monate statt, dauerte 9 Sitzungen, die abends nach dem klinikinternen Therapieprogramm stattfanden. Der Verlauf der Veranstaltung war schwierig. Mögliche Gründe waren die dauernd niedrigen TeilnehmerInnenzahlen (als negatives motivierendes Element) sowie die marginalisierte Gewichtung im Gesamtbehandlungskonzept (Randstundenveranstaltung, ungenügende Integration innerhalb der Klinik). So wurde das Nichtrauchertraining 1994 vorübergehend eingestellt. Im Jahresbericht von 1994 forderte Dr. Sondheimer jedoch «als notwendige therapeutische Konsequenz aus der Übersterblichkeit Alkohol- und Tabakabhängiger hat eine Rehabilitationsklinik modernen Zuschnitts für Abhängigkeitsstörungen verschiedener Art neben den bisher erfassten Alkohol- und Medikamentenabhängigkeiten auch die Tabakabhängigkeit miteinzubeziehen». Daraus entstand 1995 das Nichtraucherkonzept, das mit wenigen Veränderungen bis heute Bestand hat.

Aktueller Stand des Nichtraucherkonzepts in der Forel Klinik

Nachfolgend einige Punkte, welche die aktuelle Situation in Bezug auf den Nikotinkonsum und dessen Behandlung in der Forel Klinik beschreiben:

- Klinikinternes Rauchverbot in sämtlichen Räumlichkeiten (Rauchen im Freien erlaubt)
- Rauchverbot während allen therapeutischen Veranstaltungen
- Rauchkontrollen in den PatientInnenzimmern
- Früherfassung des Problems mit Einsatz des Fagerströmtests und der CO-Messung mittels Smokerlyzer (Kohlenmonoxidmenge in der ausgeatmeten Luft als Indikator für die Abhängigkeitsstärke)
- Eintritts- und Austrittsfragebögen zur Erfassung der RaucherInnenproblematik (Beeinflussung der Motivation und Klärung der Suchtdynamik sowie Begleitforschung)
- Regelmässig stattfindende Informationsveranstaltungen
- Niederschwellig geführte, freiwillige Nichtrauchersprechstunde, die wöchentlich stattfindet, 90 Minuten dauert und durch keine andere Therapieveranstaltung konkurriert wird
- Abstinenz und Konsumreduktion als gleichwertige Therapieziele
- Individualisierte Behandlungsziele: abstinenzorientiert und/oder Nikotinsubstitution
- Liberale (bei Abstinenz- und/oder Reduktionswilligkeit) Abgabe von Nikotinersatzpräparaten (Pflaster, Kaudepots, Inhaler, Tabletten)
- Abgabe des ursprünglich als Antidepressivum konzipierten Medikamentes Zyban (Buproprion, Dopaminwiederaufnahmehemmer) bei klarer Indikation (v.a. klarer und gefestigter Abstinenzwunsch)
- Auf Wunsch Ohrakupunktur zur Verminderung von Entzugssymptomen
- Erlernen von Entspannungsmethoden (ist Bestandteil der Klinikprogramms)

Einige Bemerkungen zumKonzept

Nicht zuletzt durch die stark verbesserte klinikinterne Akzeptanz gegenüber dem Programm konnte die Arbeit weitergeführt und ausgebaut werden. In Anlehnung an das Phasenmodell von Prochaska und Di Clemente wird versucht, die PatientInnen «stufengerecht» zu behandeln. Dabei verlangen die maximal divergierenden Haltungen der PatientInnen ein differenziertes Behandlungsangebot.. Ein Hauptaspekt besteht darin, die PatientInnen für Veränderungen zu gewinnen, zu motivieren, zu begeistern, und Veränderungschritte vom konsonanten (veränderungsunwillig), passiven Verhalten in aktives, dissonantes (veränderungswillig) Handeln zu evozieren. Hierbei spielen Mechanismen wie die kognitive Umstrukturierung i.S. eines kognitiven Neubenennens eine grosse Rolle.
Die Nichtrauchersprechstunde ist eine offen geführte Therapieveranstaltung. Sie ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, versucht aber psychodynamische Aspekte der Persönlichkeits-, bzw. Sucht-/Alkoholabhängigkeitsentwicklung zu integrieren. Im Verlaufe der letzen Jahre hat sich schwergewichtig die Nikotinsubstitutionsbehandlung entwickelt, die in der Sprechstunde einen breiten Teil einnimmt. Der Besuch der Nichtrauchersprechstunde ist Schwankungen unterworfen. Positiv wirken sich die regelmässig stattfindenden und obligatorischen Schulungsveranstaltungen über das Rauchen auf die Teilnahmefrequenz aus, die zwischen 10 und 20 Prozent schwankt.

Diskussion

Die Behandlung nikotinabhängiger AlkoholikerInnen ist und bleibt schwierig. Die Erfolgsraten sind derzeit bei beträchtlichem Aufwand noch bescheiden. So muss der Motivationsarbeit höchster Stellenwert zukommen und personelle sowie finanzielle Ressourcen zu Verfügung gestellt werden, da Untersuchungen zeigten, dass viele genesene Alkoholiker sehr starke Raucher (geblieben) sind und Rauchen die häufigste Todesursache bei ehemaligen Patienten von Alkoholrehabilitationszentren ist.
Nach unserem Erachten ist innerhalb eines Konzeptes ein eklektischer Therapieansatz sinnvoll und nötig: Die PatientInnen stehen in ihrem Veränderungsprozess auf verschiedenen Motivationsstufen, die nicht nur mit einem Therapieverfahren angegangen werden sollten. So ist neben einem niederschwelligen Basisangebot für wenig motivierte PatientInnen ein stukturiertes, zeitlich und personell begrenztes Angebot (z.B. 5-Tages-bzw 6 Wochenprogramm als Gruppe in gleicher Motivationsstufe) wünschenswert. Angesichts der Schwere der zu behandelnden Krankheit ist der Einsatz sämtlicher zur Verfügung stehender, wissenschaftlich bestätigter wirksamer Behandlungsstrategien angezeigt. Besonderer Beachtung bedürfen dabei die langzeitabhängigen Männer mit bereits etablierten Folgeschäden und die signifikante Zunahme der nikotinabhängigen Frauen.

Persönliche Schlussbemerkung

Als ehemaliger Leiter und Verantwortlicher für das Nichtraucherkonzept in der Forel Klinik war und ist es mir ein grosses Anliegen nicht nur innerhalb unserer Klinik auf die komorbiditative Verstrickung von Alkohol und Rauchen hinzuweisen und Veränderungen zu initiieren, sondern auch denjenigen ambulanten und stationären Institutionen Anregungen und Hilfestellung anzubieten, die ebenfalls Menschen mit Alkohol- und Nikotinabhängigkeit behandeln. ■