Spital Wattwil

atf alkoholismus therapieforschung schweiz

Autoren summary
Sonja Stutz, Susanne Rösner, Katrin Schläfli und Harald Klingemann (2012)

act-info Patientenmonitoring 2011
Executive-Summary – Alkoholkurzzeittherapie
PSA Wattwil, Spital Wattwil & atf Schweiz

Executive Summary 2011

Eckdaten im Überblick

2011	Eintritte:	162 Patient/innen
	Austritte:	165 Patient/innen
2010	Eintritte:	157 Patient/innen
	Austritte:	151 Patient/innen

Soziodemographische Merkmale bei Eintritt

(Eintritte 2011)

Geschlecht	66% Männer (n=107)
N=162	34% Frauen (n=55)
Durchschnittsalter	47.3 Jahre
N=162	(Männer: 46.2 Jahre,
	Frauen: 49.3 Jahre)
Staatsangehörigkeit	84% Schweizer/innen
N=162	13% EU
	3% andere
Zivilstand	34% ledig
N=157	32% verheiratet
	25% geschieden
	3% verwitwet
	6% getrennt (gerichtlich)

Sozioökonomischer Status bei Eintritt

(Eintritte 2011)

Höchste Ausbildung	64% Berufslehre/-schule
N=162	12% obligatorische oder weiterführende Schule
	8% höhere Fach-/Berufsschule
	7% Fachhochschule oder Universität
	5% Matura, Seminar oder DMS
	4% keine Ausbildung
Erwerbsstatus	26% nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv
N=162	47% Vollzeitarbeit (ab 70%)
	13% Teilzeitarbeit
	8% auf Stellensuche
	6% anderes (z.B. in Ausbildung)
Lebensunterhalt	57% Erwerbseinkommen
N=162	15% Rente (AHV, IV, etc.)
	14% Ersparnisse/PartnerIn
	8% Sozialhilfe/Fürsorge
	4% Arbeitslosenversicherung
Berufliche Stellung	40% nicht erwerbstätig
N=161	17% Kader
	16% Arbeiter/innen
	12% Angestellte/r
	5% selbständig
	4% Vorarbeiter/in
	3% Hilfsarbeiter/Aushilfe
Schulden	78% keine
N=133	16% bis CHF 25'000.–
	6% mehr als CHF 25'000.–

Soziales Umfeld bei Eintritt

(Eintritte 2011)

Partnerschaft	54% haben eine feste Beziehung
N=162 (N=75)	(davon vermuten 13% Suchtprobleme beim Partner/bei der Partnerin)
	39% sind alleinstehend
	61% haben Kinder
Zufriedenheit	67% sind zufrieden mit ihrer Beziehungssituation
N=147, 161, 161	91% sind zufrieden mit ihrem Freundeskreis
	65% sind zufrieden mit ihrer Freizeit

Umstände bei Behandlungsbeginn

(Eintritte 2011)

Hauptzuweiser	30% Eigeninitiative
N=162	28% Familie oder Partner/in
Weitere Zuweiser	Mehrfachantworten möglich
N=154	32% Arztpraxis
	24% Familie
	14% Suchtinstitutionen
	12% Freunde
	11% Spitäler
	7% Arbeitgeber
	5% Sozialdienste
	3% Verurteilung/Massnahme
Hauptproblemsubstanz	99% Alkohol
N=161	1% Heroin
Therapieziel Eintritt	67% definitive Abstinenz
N=161	22% zeitlich begrenzte Abstinenz
	7% kontrollierter Konsum
	4% noch nicht festgelegt

Allgemeiner Gesundheitszustand

(Eintritte 2011)

Physische Gesundheit	43% leiden an körperlichen Suchtfolge-erkrankungen
N=162	15% weisen zudem im letzten Monat eine nicht-suchtbezogene körperliche Erkrankung auf
Psychische Gesundheit	30-Tage-Prävalenz
N=162, 162	40% an psychischen Problemen, nämlich: (Mehrfachangaben)
	13% Depression
	12% Angstzustände
	11% medikamentös behandelte Probleme
	8% kognitive Probleme
	6% Suizidgedanken, 1% Suizidversuche
	1% Schwierigkeiten mit der Gewalt-kontrolle
	Psychische Probleme Lebenszeitprävalenz
	48% psychische Probleme, nämlich: (Mehrfachangaben)
	22% Depression
	19% medikamentös behandelte Probleme
	16% Angstzustände
	13% Suizidgedanken, 9% Suizidversuche
	6% kognitive Probleme
	1% Schwierigkeiten mit der Gewalt-kontrolle
	1% Halluzinationen

Behandlungsverlauf

(Austritte 2011)

Rückfälle während der Therapie

N=164

95% abstinent
5% Rückfälle ≥ 1

Rückfälle Männer

N=108

96% abstinent
3% einen Rückfall
1 Patient: Rückfälle ≥ 3

Rückfälle Frauen

N=56

91% abstinent
9% einen Rückfall

Umstände des Behandlungsabschlusses

(Austritte 2011)

Behandlungsabschluss

N=165

53% planmässig mit Übertritt, davon:
91% ambulant
43% planmässig ohne Übertritt
4% expliziter Abbruch

Nachsorge

N=165

Bei 100% der PatientInnen ist die Nachsorge geregelt:
86% in Alkohol- und Drogenberatungsstelle
10% in Selbsthilfegruppe
4% andere

Therapeutenprognose

N=165

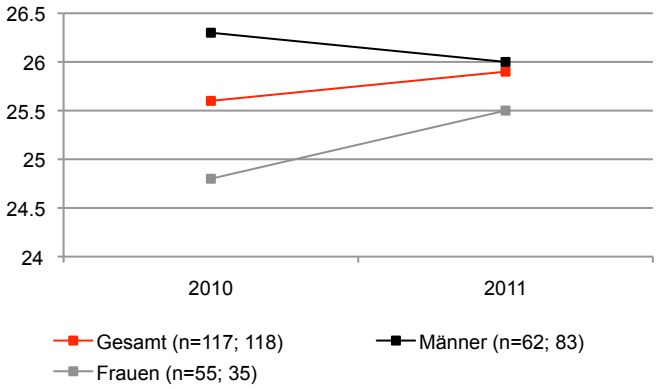
14% sehr gut
60% gut
20% eher ungünstig
6% ungünstig

Ausgewählte Trends

ALKOHOLWERTE «AUDIT»[1]

(Eintritte 2010 und 2011)

Der Gesamtwert des AUDIT lag im aktuellen Berichtsjahr mit 25.9 Punkten etwas höher als 2010. Nach Leitlinien der WHO besteht bei einem Punktwert ab 8 ein Gesundheitsrisiko, bei einem Wert zwischen 16 und 19 ist ein hohes Niveau des problematischen Alkoholkonsums erreicht, welches zumindest eine Beratung des Betreoffenen und evtl. eine Kurzintervention erfodert. Ab einem AUDIT-Score von 20 gilt die höchste Risikostufe mit der Empfehlung einer ausführlichen Diagnostik und Therapie (in Abhängigkeit vom Ergebnis der Alkoholdiagnostik). Bei 90% in die PSA Wattwil eingetretenen Personen liegt der AUDIT-Score über dem Schwellenwert eines problematischen Konsums und bei über 80% dieser Personen ist die höchste Risikostufe nach AUDIT erreicht. Die durchschnittlichen AUDIT-Werte unterscheiden sich bei Männern (26) und Frauen (25.5) kaum. 50% der PatientInnen (Median) wiesen 2011 einen AUDIT-Wert grösser 27 auf, im Vergleich dazu lag der Median 2010 noch bei 26 Punkten. Dieser Anstieg ist insbesondere auf die AUDIT-Werte der weiblichen Patientinnen zurückzuführen. Im Vergleich zum Vorjahr (2010) ist der durchschnittliche AUDIT-Wert der Patientinnen um knapp einen Punkt (0.7) gestiegen. Demgegenüber sank der durchschnittliche AUDIT-Wert der Männer bei Eintritt um 0.3 Punkte. Ob sich bezüglich Konsumverhalten eine Annäherung zwischen den Geschlechtern abzeichnet, kann anhand der zwei Aufzeichnungsjahre noch nicht beantwortet werden.



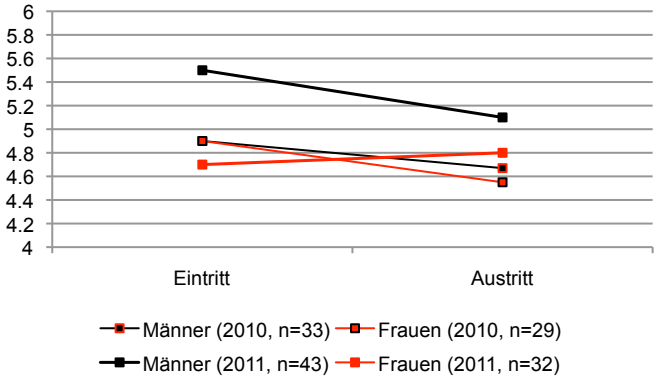
RAUCHERWERTE «FAGERSTRÖM»[2]

(Eintritte/Austritte 2010 und 2011)

Im Jahr 2011 rauchten 76% der Patienten und 78% der Patientinnen. Wie in der Grafik ersichtlich, wiesen Raucher wie Raucherinnen bei Eintritt 2011 in die PSA Wattwil auf der Fagerström-Skala im Durchschnitt eine mittlere Tabakabhängigkeit auf. Im Vergleich zum Vorjahr lag der durchschnittliche Wert gut 0.2 Punkt höher bei 5.1. Auch im Berichtsjahr nahm die Stärke der Nikotinabhängigkeit während des Aufenthaltes insgesamt leicht ab (4.9). Insbesondere bei den Männern zeigt sich 2011 eine Abnahme von gut einem halben Punkt von 5.5 bei Eintritt auf 5 bei Austritt. Demgegenüber stieg der durchschnittliche Fagerström-Wert bei den Patientinnen leicht von 4.7 auf 4.8 bei Austritt.

Eine starke Nikotinabhängigkeit, was einem Fagerströmwert grösser sechs entspricht, berichteten bei Eintritt 2011 rund ein Drittel der Patientinnen (35%) und 51% der Patienten. Bei Austritt erreichten 41% der Frauen und 46% der Männer einen Punktwert ≥ 6.

Insgesamt stellten 2011 vier Patienten während ihres Therapieaufenthaltes das Rauchen ein und zwei Raucherinnen konnten ihren Tabakkonsum reduzieren.



[1] The Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT: Maximale Punktzahl 40, wobei ab 8 Punkten ein Gesundheitsrisiko besteht.

[2] FAGERSTRÖM: Skala von 1 bis 10 (0–5: geringe bis mittlere Abhängigkeit / 6–10: starke bis sehr starke Abhängigkeit)

Psychische Komorbidität: Die Bedeutung von Entstehungsmodellen für Diagnostik und Therapie

Susanne Rösner

Jeder zweite alkoholabhängige Patient entwickelt im Laufe seines Lebens neben der Abhängigkeitserkrankung eine weitere psychische Störung, in der Allgemeinbevölkerung ist „nur" jeder Fünfte von einer psychischen Störung betroffen (Lieb 2007). Damit verdoppelt eine Alkoholabhängigkeit das Risiko weiterer psychischer Erkrankungen. Die aus statistischer Sicht überzufällig häufige Koinzidenz substanzbezogener und anderer psychischer Störungen ist unter anderem aus der pharmakologischen Wirkung des Alkohols ableitbar. So beeinflusst Alkohol eine Vielzahl unterschiedlicher Neurotransmitter-Systeme, unter anderem auch diejenigen Systeme, die an der Vermittlung von Entspannung, Belohnung und Euphorie sowie Stimmung und Impulskontrolle beteiligt sind. Welche dieser Wirkkomponenten des Alkohols im Vordergrund steht, hängt von vielfältigen Faktoren wie biologischen Dispositionen, aber auch Wirkungserwartungen sowie gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen des Trinkens ab. Besonders seine Eigenschaft, aversive Befindlichkeiten wie Spannungszustände und Ängste abzuschwächen sowie seine einfache und praktisch immer gegebene Verfügbarkeit, erklären die hohe Attraktivität des Alkohols als Mittel der Selbstmedikation. Auf längere Sicht jedoch nimmt die alkoholinduzierte Spannungsreduktion dem Betroffenen die Möglichkeit, effektive Strategien der Problembewältigung zu entwickeln. Darüber hinaus tragen neurobiologische und enzymatische Anpassungsprozesse zur Entwicklung von Alkoholtoleranz und zu Symptomen der psychischen und physischen Abhängigkeit bei. So mündet der anfangs als hilfreich erlebte Alkoholkonsum oftmals unweigerlich in einen Kreislauf verstärkter Probleme und gesteigerten Konsums.
Neben der alkoholinduzierten Verstärkung psychischer Symptome und Problembereiche kann der chronische Konsum von Alkohol aber auch dazu führen, dass diese erst entstehen (Hypothese der sekundären Abhängigkeit). So führen Prozesse der Gegenregulierung auf neurobiologischer Ebene dazu, dass durch Alkohol unmittelbar gehemmte Systeme langfristig hochreguliert und umgekehrt durch Alkohol verstärkte Systeme im Laufe des chronischen Konsums abgeschwächt werden. So kann die kontinuierliche Aktivierung des Systems, welches beruhigende Alkoholwirkungen vermittelt dazu führen, dass dieses nach Down-Regulierung Angst und Reizbarkeit auslöst. Neben einer unidirektionalen Kausalbeziehung zwischen Alkoholkonsum und Komorbidität dürfte in vielen Fällen eine interaktive Beeinflussung wirksam werden, bei der sich psychische Störungen und Alkoholwirkungen in einer Art „Teufelskreis" gegenseitig aufschaukeln (Moggi 2005).
Weitere Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass die gemeinsam auftretende Substanzabhängigkeit und Komorbidität durch gemeinsame Faktoren wie genetische Prädispositionen oder Umweltfaktoren bedingt sind. So gibt es Hinweise, wonach die Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und ADHS auf einen bestimmten Phänotyp hinweist, der mit einer besonders schweren Form der Alkoholabhängigkeit assoziiert ist (Johann 2003).

Die psychische Komorbidität der Alkoholabhängigkeit bestimmt nicht nur deren Ätiologie, sondern prägt auch deren Verlauf. Wie eine Reihe klinischer Studien zeigen, wirkt sich psychiatrische Komorbidität negativ auf den Verlauf alkoholbezogener Probleme aus. Dies betrifft sowohl die Schwere der Abhängigkeit im unbehandelten Verlauf als auch das Rückfallrisiko nach Therapie (Übersicht bei Shivani 2002). Eine an der Forel Klinik durchgeführte Untersuchung im Rahmen einer Dissertationsarbeit findet Hinweise, wonach die Progression der alkoholbezogenen Symptomatik bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen schneller verläuft als in der Vergleichsgruppe (Schwemmer 2011). Sowohl die eingangs dargestellten Hypothesen zur Krankheitsentwicklung und die Ergebnisse zum Krankheitsverlauf verdeutlichen die Notwendigkeit, therapeutische Angebote für Patienten mit Doppeldiagnosen integrativ zu gestalten und einerseits die Funktionalität des Alkoholkonsums in Hinblick auf die komorbide Symptomatik in die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung einzubeziehen, andererseits der Behandlung der komorbiden Symptomatik einen adäquaten Stellenwert in der Therapie einzuräumen. Die Berücksichtigung psychischer Komorbidität als Zuteilungskriterien individualisierter Ansätze der Alkoholbehandlung wird dadurch unumgänglich.
Wesentliche Voraussetzung integrativer und individualisierter Behandlungskonzepte ist eine umfassende Diagnostik von Abhängigkeit und Komorbidität sowie die Klärung der Kausalität der Beziehung. Die Anamnese des Verlaufs von Substanzkonsum und psychischer Symptombelastung sowie die Veränderung der Komorbidität in konsumfreien Phasen sind dabei von erheblicher Bedeutung. Die Weiterentwicklung von Screeing-Instrumenten, welche eine differentielle Diagnostik der Komorbidität leisten, aber auch die Entwicklung therapeutischer Ansätze, die Abhängigkeit und psychische Komorbidität integrativ berücksichtigen, werden wesentliche Herausforderungen zukünftiger Entwicklungen in Diagnostik und Therapie der Alkoholabhängigkeit sein.

Literatur:

Lieb R, Isensee B (2002). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: Moggi F (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht (S. 31-62). Bern: Huber 2002.
Moggi F. (2005). Etiological theories on the relationship of mental disorders and substance use disorders. In R. Stohler & W. Rössler (Eds.), Dual diagnosis. (pp. 1-14). Basel: Karger.
Johann M., Bobbe G., Putzhammer A., Wodarz N. (2003): Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit hyperactivity disorder: differences in phenotype with increased severity of the substance disorder, but not in genotype (serotonin transporter and 5-hydroxytryptamine-2c receptor). Alcohol. Clin. Exp. Res. 27, 1527-1534.
Shivani R, Goldsmith R, Anthenelli R. (2002). Alcoholism and psychiatric disorders: Diagnostic challenges. Alcohol Research and Health, 26(2), 90–98.
Schwemmer H. (2011). Doppeldiagnosen in stationärer suchtspezifischer Behandlung: Prävalenz und Zusammenhang mit behandlungsrelevanten Patientenmerkmalen. Medizinischen Fakultät der der Universität Zürich. Unveröffentlichte Dissertation.

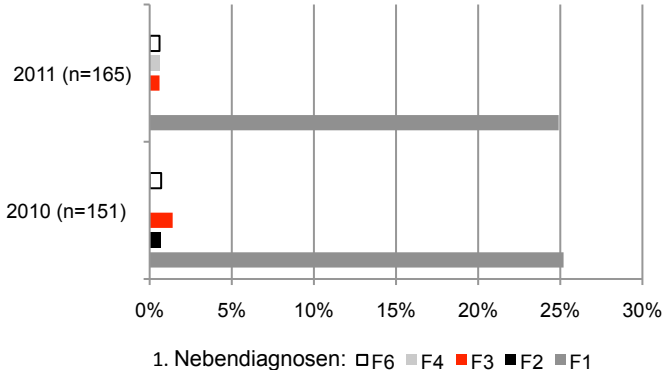
HAUPT- UND NEBENDIAGNOSE

(Eintritte 2010 und 2011)

Seit Einführung der act-info Statistik werden bei Austritt neben den Hauptdiagnosen auch Nebendiagnosen erfasst. Wie für die PSA Wattwil zu erwarten ist, lagen bei Austritt der Patient/innen, mit jeweils einer Ausnahme im Jahre 2010 und 2011, als Hauptdiagnosen ausschliesslich Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) vor.

Wie aus der Grafik ersichtlich wurde 2011 nur bei wenigen Patient/innen komorbide Störungsbilder diagnostiziert, dies betraf drei Personen. Bei einem Viertel aller Patient/innen, die aus der PSA Wattwil austraten, wurde als erste Nebendiagnosen eine F1 Diagnosen gestellt. Am häufigsten sind dies bei rund 20% der Patient/innen Nikotinabhängigkeiten. Die restlichen 5% verteilen sich auf eine zusätzliche Opiat- bzw. Cannabisabhängigkeit. Jeweils bei einer Person wurde eine Persönlichkeitsstörung (F6), eine affektive Störung (F3) und bei einer weiteren eine Angststörung (F4) diagnostiziert oder bestätigt.

Bereits 2010 wurden als erste Nebendiagnose bei gut 25% der Patient/innen eine F1 Diagnose gestellt, wie im Berichtsjahr handelte es sich dabei überwiegend um eine Nikotinabhängigkeit. Der Anteil der Patient/innen, die ein komorbides Störungsbild aufwiesen lag mit 3% leicht höher als 2011 (2%). Neben zwei Personen mit einer affektiven Störungen (F3) wurde 2010 bei je einer Person eine Persönlichkeitsstörung (F6) sowie eine psychotische Störung (F2) diagnostiziert oder bestätigt.



PSYCHISCHE PROBLEME

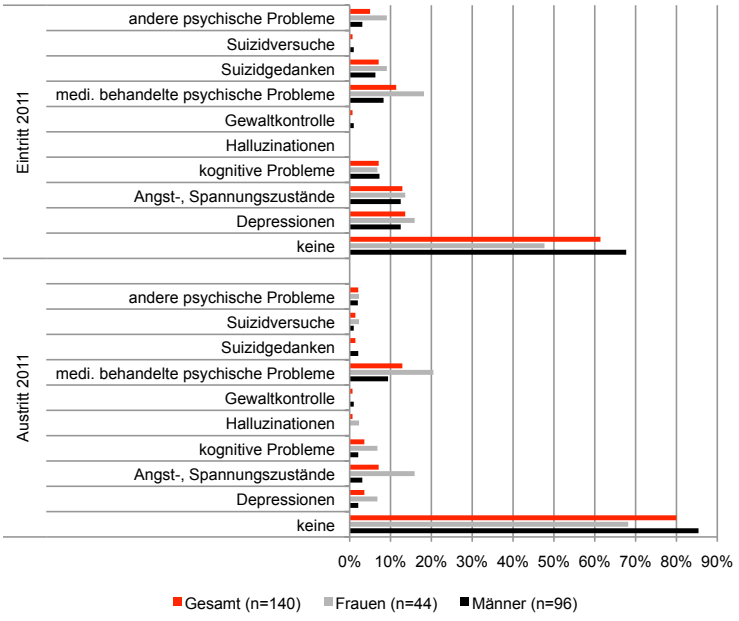
(Eintritte 2011 und Austritt 2011)

Bei 61% der Patient/innen, die 2011 in die PSA Wattwil eintraten, waren keine der in der Grafik aufgelisteten psychischen Probleme in den letzten 30 Tagen vor Eintritt zu verzeichnen. Dies betraf 48% der Frauen und 68% der Männer.

Zu beachten ist, dass im act-info Fragebogen bei der Frage nach psychischen Problemen mehrfach Antworten möglich sind. Am häufigsten wurde bei Eintritt von Depressionen (13%) und/oder Angst- und Spannungszuständen (13%) sowie nicht näher spezifizierten medikamentös behandelten psychischen Symptomen (11%) berichtet. 18% der Frauen litten an medikamentös behandelten psychischen-, 16% an depressiven Symptomen und 14% berichteten von Angst- und Spannungszuständen. Insgesamt liegt der prozentuale Anteil der betroffenen Patientinnen bei fast allen psychischen Symptomen etwas höher als bei den Männern. Die Patienten berichten bei Eintritt etwas häufiger von kognitiven Problemen (7%), Suizidversuchen sowie Problemen mit der Gewaltkontrolle.

Wie in der Grafik ersichtlich nahmen im Verlauf der Behandlung die psychischen Probleme insgesamt ab, demgegenüber stieg der prozentuale Anteil der Patient/innen leicht an, deren psychischen Probleme medikamentös behandelt wurden (13%), wobei es sich bei 60% dieser Patient/innen um dieselben Personen handelte bei Ein- und Austritt.

Bei Austritt waren insgesamt 80% der Patient/innen Symptom frei, dies traf bei 68% der Frauen und bei 85% der Männer zu.



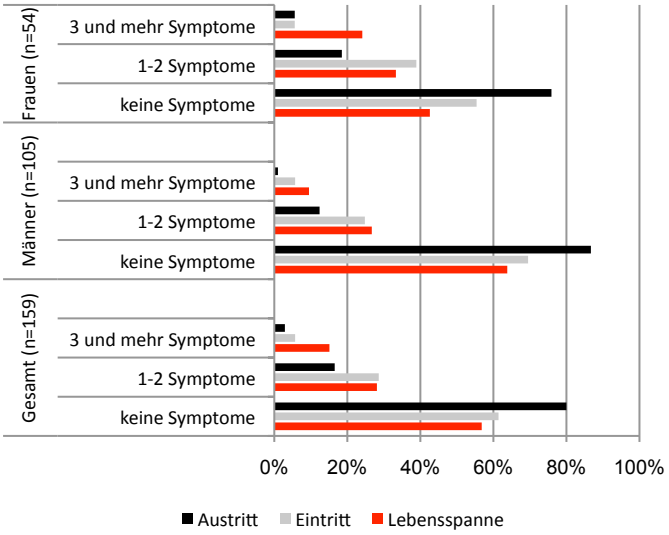
ANZAHL PSYCHISCHER PROBLEME

(Eintritte und Austritte 2011)

Die act-Info Statistik erfasst sowohl bei Eintritt und Austritt als auch über die gesamte Lebensspanne die psychischen Probleme der Patient/innen. Gefragt wird nach schweren Depressionen, Angst- und Spannungszuständen, kognitiven Problemen, Halluzinationen, Gewaltkontrolle, medikamentös behandelte psychische Probleme sowie Suizidgedanken und –versuche. Fasst man die Patient/innen, basierend auf der Anzahl vorhandener Symptome, zu Gruppen zusammen, wie in der Grafik dargestellt, zeigt sich ein tendenziell ausgeglichenes Bild für beide Geschlechter.

Wie bereits im vorausgehenden Abschnitt gesehen berichtet der grösste Teil der Patient/innen an keinen psychischen Problemen zu leiden. Ein bis zwei der erwähnten Symptome werden von 28% der Personen über die gesamte Lebensspanne und 30 Tage vor Eintritt berichtet. Drei und mehr psychische Probleme sind bei 15% über die Lebensspanne und bei 6% der PatientInnen vor Eintritt zu verzeichnen. Im Gegensatz zu den Symptomen vor Eintritt sind die mehrfach Angaben zu den psychischen Problemen über die Lebenspanne nicht für einen begrenzten Zeitrahmen definiert bzw. weder das gemeinsame Auftreten noch die Häufigkeit der einzelnen Symptome wird mit dem act-info Fragebogen erfasst. Insgesamt kann aber festgehalten werden, dass rund die Hälfte derselben Patient/innen, die über die gesamte Lebensspanne keine der genannten psychischen Probleme berichteten (53%) auch vor Eintritt in die PSA Wattwil an keinem dieser Symptome litt.

Der Vergleich zwischen den Geschlechtern zeigt, dass zu allen erfragten Zeitpunkten die Frauen rund 10% seltener berichten an keinen psychischen Problemen zu leiden. Ein bis zwei Symptome sind bei 33% über die Lebensspanne, 39% vor Eintritt und 19% bei Austritt der Patientinnen zu verzeichnen. Demgegenüber litten 27% der Patienten über die gesamte Lebensspanne, 25% vor Eintritt und 12% bei Austritt an einem oder zwei psychischen Problemen.



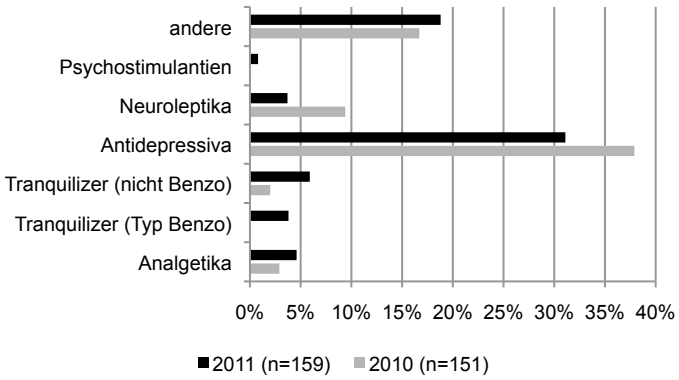
MEDIKAMENTE

(Austritte 2010 und 2011)

Der Anteil Patient/innen, die während der Behandlung verordnete Medikamente einnahmen lag 2010 bei 59.6% und im Berichtsjahr bei 64.8%. Der leichte prozentuale Anstieg ist insbesondere durch die häufiger verordneten Tranquilizer zu erklären. Demgegenüber nahmen der Anteil der Patient/innen, denen Antidepressiva und/oder Neuroleptika verordnet wurden von 37.9% bzw. 9.4% (2010) auf 31.1% bzw. 3.7% ab (2011).

Einen geringen Anteil bei den verordneten Medikamenten nahmen, wie in der Entwöhnungsbehandlung zu erwarten, die Psychostimulantien/Analeptika ein. Dies betraf 2011 eine Person.

Im Vergleich zu den Residalc-Institutionen lag der durchschnittliche prozentuale Anteil medikamentöser Behandlungen in der PSA Wattwil für alle Arzneimittel rund einen Drittel tiefer. Dies kann sicherlich zu einem Teil dadurch erklärt werden, dass die Patient/innen die Entzugsbehandlung bei Eintritt bereits abgeschlossen haben.



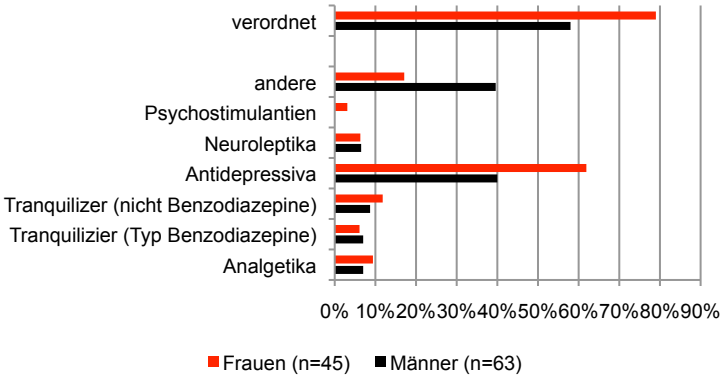
MEDIKAMENTENEINNAHME NACH GESCHLECHT

(Austritte 2011)

Der Vergleich zwischen den Geschlechtern zeigt, dass 79% der Patientinnen, aber lediglich 58% der Männer Medikamente verordnet bekamen. Berücksichtigt wurden hier einzig die Patient/innen, die während der Behandlung durchschnittlich täglich verordnete Arzneimittel einnahmen.

Wie aus der Grafik ersichtlich, handelte es sich 2011 bei den eingenommenen Pharmaka bei 62% der Patientinnen und 40% der Patienten um Antidepressiva. An zweiter Stelle sind die nicht näher spezifizierten Medikamente zu verzeichnen, die deutlich häufiger von den Patienten eingenommen wurden (Männer 40%, Frauen 17%).

Deutlich geringer sind die medikamentös verordneten Behandlungen bei den Patient/innen mit Tranquilizer, Neuroleptika und Psychostimulantien, die unter 10% liegen. Dies trifft, mit Ausnahme der Tranquilizer (Typ nicht Benzodiazepine) 12%, auch auf die Frauen zu.

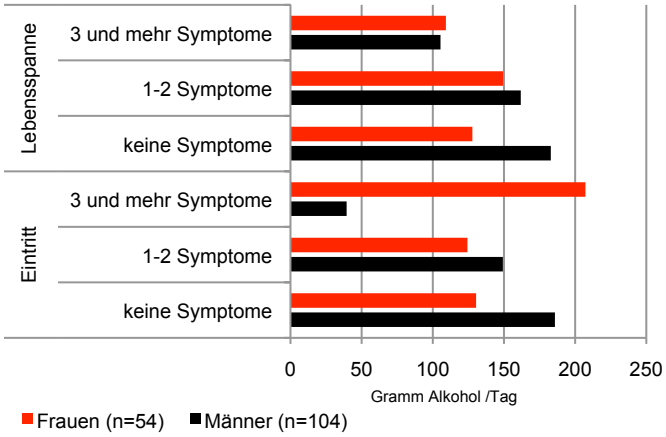


DURCHSCHNITTLICHER ALKOHOLKONSUM UND ANZAHL PSYCHISCHER SYMPTOME

(Eintritte 2011)

Die act-Info Daten erlauben keine Aussage über komorbide Störungen der Patient/innen zum Zeitpunkt ihres Eintrittes in die PSA Wattwil. Die Annahme, dass Patient/innen mit komplexer Symptomatik einen schwierigeren Behandlungsverlauf bzw. höheren Alkoholkonsum im Vorfeld aufweisen, wurde deshalb anhand der Anzahl zusätzlicher psychischer Probleme untersucht. Die 2011 in die PSA ein- und ausgetretenen Patient/innen wurden in drei Gruppen zusammengefasst. Personen, die an keinen weiteren psychischen Problemen litten, Personen, die ein oder zwei und diejenigen, die drei oder mehr Symptome berichteten. Insgesamt wurde die Annahme nicht bestätig. Vielmehr scheint der Konsum tendenziell mit der Anzahl zusätzlicher psychischer Probleme abzunehmen. Diese Tendenz zeigte sich auch für die Patient/innen die 2010 in die PSA Wattwil ein- und austraten.

Wie in der Grafik ersichtlich, fällt zum Zeitpunkt des Eintritts der hohe durchschnittliche Alkoholkonsum bei den Frauen mit drei und mehr Symptomen auf. Die entsprechenden Männer berichten im Vergleich einen eher tiefen durchschnittlichen täglichen Konsum. Mit einem Tageskonsum von 39.5g Alkohol/Tag liegt die Gruppe deutlich unter dem Schnitt der Patient/innen mit einem oder zwei Symptomen bzw. keinen weiteren psychischen Symptomen (Frauen max. 285g/Tag; Männer max. 95g/Tag). Die höchsten Konsummengen (Frauen max. 412g/Tag; Männer max. 793g/Tag) als auch die grösste Varianz finden sich bei der Patient/innengruppe, die von keinen weiteren Symptomen berichteten.

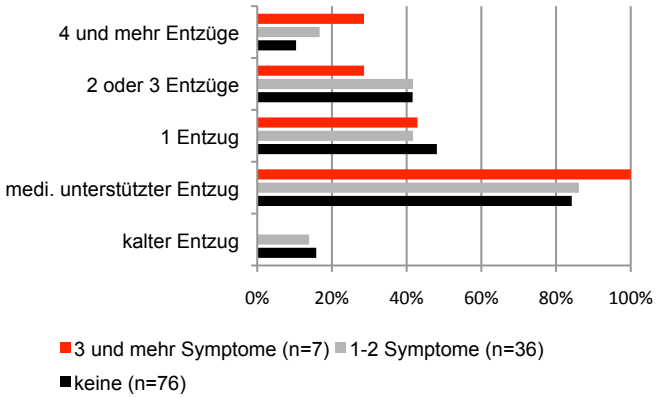


ENTZUG UND ANZAHL PSYCHISCHER SYMPTOME

(Eintritt 2011)

Bezüglich des Krankheitsverlaufs lassen sich die act-Info Daten dahingehend analysieren, wie eine komplexere Symptomatik mit der Art und Häufigkeiten der Substanzentzüge einher geht.

In der Grafik sind die Patient/innen in drei Gruppen bezüglich ihrer Anzahl psychischer Symptome vor Eintritt dargestellt. Eine ähnliche Verteilung zeigte sich auch bei einer Gruppierung hinsichtlich der psychischen Probleme über die gesamte Lebensspanne. Kaum Unterschiede finden sich zwischen der Gruppe Patient/innen, die keine weiteren psychischen Symptome berichteten, und der Gruppe mit ein bis zwei Symptomen. Dies gilt sowohl für die Anzahl bisheriger Entzüge als auch die Art des letzten Entzugs vor Eintritt in die PSA Wattwil. 86% bzw. 84% wurden beim Entzug medikamentös unterstützt und für jeweils gut 40% war es die erste Entzugsbehandlung bzw. die zweite oder dritte. Demgegenüber finden sich bei den Patient/innen mit drei und mehr zusätzlichen Symptomen prozentual fast doppelt so viele Personen (28.6%), die sich im Vorfeld bereits vier oder mehr Entzugsbehandlungen unterzogen. Auch wurden alle diese Patient/innen bei ihrer letzten Entzugsbehandlung medikamentös unterstützt.



atf alkoholismus therapieforschung schweiz

Eine Initiative der Forel Klinik
und der Klinik Südhang

Kontakt:
atf schweiz, Forel Klinik, Islikonerstrasse 5, 8548 Ellikon an der Thur, info@forel-klinik.ch
atf schweiz, Klinik Südhang, Südhang 1, 3038 Kirchlindach, info@suedhang.ch
info@atf-schweiz.ch
www.atf-schweiz.ch