

# Alkoholismus - von der Klinik zur Praxis L'alcoolisme - de la clinique au cabinet

No.1, März/mars 2009

OMI

## Vorwort zur 1. Ausgabe

### Der Alkoholismus Newsletter

stellt einen Service von Merck Serono und dem Produkt Campral® dar. In zukünftigen Ausgaben sollen Fragen von niedergelassenen Ärzten (Lesern des ersten Newsletter) integriert werden.

Die interviewten Ärzte geben ihre Antworten als freie Meinung/Auffassung zu den gestellten Fragen. Da in einem Newsletter nicht alle auf Alkoholsucht spezialisierten Zentren auf ein Mal berücksichtigt werden können, behält sich die Redaktion vor, Zentren als Interviewpartner anzufragen, welche mit interessanten Konzepten/Angeboten auf sich aufmerksam machen.

Anfragen von Zentren werden gerne angenommen und geprüft.

Nach dem Interviewteil kann das Porträt des Zentrums folgen in welchem die Interviewpartner tätig sind. Für die Startausgabe haben sich Dr. Meyer von der Forel Klinik und Prof. Daepfen aus Lausanne zur Verfügung gestellt.

Vielen Dank.

Ansprechpartner für den Alkoholismus-Newsletter bei Merck Serono.

Merck (Schweiz) AG  
Jakob Dolder  
Chamerstrasse 174  
6300 Zug  
Tel: 041 729 22 32  
jakob.dolder@merck.ch

## Avis de la 1<sup>ère</sup> édition

### La Newsletter sur l'alcoolisme

représente un service de Merck Serono et du produit Campral®. Des questions de médecins établis (lecteurs de la première newsletter) seront également intégrées dans les éditions futures.

Les médecins interviewés donnent leurs réponses en tant qu'opinion/conception sur les questions posées. Etant donné que dans une newsletter, il n'est pas possible de prendre en considération tous les centres spécialisés sur l'alcoolisme à la fois, la rédaction se réserve de s'adresser à des centres attirant l'attention par des concepts/offres intéressants, pour les interviewer.

Les demandes de centres seront acceptées et vérifiées avec plaisir.

Après la partie interview peut suivre le portrait du centre ou les interviewés travaillent. Pour l'édition initiale, le Dr Meyer de la clinique Forel et le Professeur Daepfen de Lausanne se sont mis à disposition.

Merci.

Interlocuteur pour la Newsletter sur l'alcoolisme chez Merck Serono.

Merck (Suisse) SA  
Jakob Dolder  
Chamerstrasse 174  
6300 Zoug  
Tél.: 041 729 22 32  
jakob.dolder@merck.ch

## Interview

Dr. Meyer von der Forel Klinik in Ellikon an der Thur gibt Antworten.

**Mit den medienwirksamen Berichten über Botellones gewinnt man den Eindruck, dass zumindest der Alkoholismus bei Jugendlichen, bzw. jungen Erwachsenen zunimmt? Wie sieht die Realität aus?**

**Dr. Meyer:** Zunächst müssen hier Begriffe geklärt werden: Geht es hier um Jugendalkoholismus oder um ein Risikoverhalten von Adoleszenten mittels Alkohol?



Zunächst zum Jugendalkoholismus: Es gibt Statistiken, nach denen sowohl der Alkohol-, als auch Nikotin- und Cannabiskonsum bei Jugendlichen in den letzten Jahren abgenommen hat. Trotzdem haben die Anzahl der Alkoholintoxikationen und Hospitalisationen zugenommen. Eine mögliche Erklärung ist, dass sich der exzessive Konsum auf eine gefährdete Subgruppe

beschränkt, während die Mehrheit der Jugendlichen den Konsum reduziert hat. Des Weiteren kommt die Möglichkeit eines geänderten Verhaltensmusters in Betracht. Beispielsweise unter der Woche abstinent bleiben und dafür am Wochenende der exzessive Konsum.

Risikoverhalten in der Adoleszenz hat es schon immer gegeben. Ich möchte daran erinnern, dass es in den 50er Jahren schon einmal eine Welle mit Alkohol gab. Das Töffli frisieren und auf Zugdächern durch Tunnels fahren waren weitere Beispiele für das Risikoverhalten von Adoleszenten. Ob es sich bei dem heutigen Risikoverhalten mit Alkohol um eine Eintagsfliege handelt oder um einen neuen Trend, lässt sich noch nicht beurteilen.

Man hat Indizien, aber noch keine Evidenz, dass das gesteigerte Risikoverhalten mit exzessivem Alkoholkonsum später zu einer höheren Zahl von Alkoholabhängigen führt.

**Wer ist Ihrer Erfahrung nach der erste Ansprechpartner?**

**Dr. Meyer:** Ich meine, dass primär das Jugendhilfesystem zuständig ist. D.h. Schulen, Jugendsekretariat, Gassenarbeit, usw. Man sollte die Jugendlichen meiner Ansicht nach nicht zu sehr „verpsychiatrisieren“. Entscheidend ist die Frage: Braucht der Jugendliche oder junge Erwachsene eine psychotherapeutische Behandlung oder eine erzieherische Intervention?

## Interview

Prof. Daepfen du CHUV à Lausanne donne des réponses.

**Avec les rapports médiatiques sur les 'botellones', on a l'impression que l'alcoolisme augmente, du moins parmi les jeunes ou les jeunes adultes? Quelle est la réalité?**

**Prof. Daepfen:** Oui, il y a une augmentation de la consommation d'alcool chez les jeunes sous forme d'alcoolisation aiguë. C'est quelque chose qui est bien démontré et qui a progressé ces 20 dernières années. On sait qu'il y a à peu près 75% des jeunes hommes de 20 ans qui vont boire jusqu'à l'ivresse au moins une fois par mois. C'est donc un problème important. Par contre, on ne peut pas encore dire que c'est une augmentation de l'alcoolisme. On sait que l'alcoolisme survient plutôt entre 25 et 30 ans. Donc là, si on parle du botellón, on parle plutôt des 15-25 ans et on sait que, parmi eux, il y en a qui sont déjà alcooliques, mais la plupart ne le sont pas. La plupart vont avoir une consommation d'alcool qui va diminuer avec l'âge et vers 25-30 ans il n'y aura pas de problème.

Cependant, si on constate une augmentation des ivresses chez les jeunes, on peut se demander s'il y aura plus d'alcooliques d'ici 10 ans. On sait que tous les alcooliques se recrutent parmi les jeunes qui ont eu des alcoolisations aiguës répétées.

**Qui est le premier interlocuteur selon votre expérience?**

**Prof. Daepfen:** Le premier interlocuteur d'un jeune qui a un problème d'alcoolisation aiguë est probablement le médecin généraliste qui pourrait, s'il s'intéresse à cette question-là, avoir une discussion adaptée. Quand on est jeune, les premiers problèmes avec l'alcool sont des problèmes sociaux. Ce sont des problèmes professionnels, scolaires, juridiques, retraits de permis, police, bagarres. Les problèmes médicaux viennent beaucoup plus tard. Dans ce sens-là, le problème peut être repéré par le médecin, pour autant qu'il s'intéresse spécifiquement à la consommation d'alcool du jeune. L'école pourrait aussi faire quelque chose dans le dépistage et la prévention.

**Est-ce que les centres de thérapie se trouvent aujourd'hui dans un rapport de concurrence? Y a-t-il trop peu d'alcooliques prêts à se faire soigner?**

**Prof. Daepfen:** Oui, je crois, un petit peu. Et en Suisse romande, il y a un clivage qui s'est créé, donc une zone de concurrence entre des centres de thérapie résidentiels et des



**Die Therapiezentren stehen heute in einem gewissen Konkurrenzverhältnis. Zu wenig Alkoholiker gibt es ja nicht. Gibt es zu wenig Alkoholiker, welche zu einer Therapie bereit sind oder immer mehr Angebote ausserhalb klassischer Suchtzentren?**

**Dr. Meyer:** In der Regel entwickelt sich der Alkoholismus kontinuierlich über viele Lebensjahre. Aus einem anfänglichen Genusskonsum wird eventuell ein missbräuchlicher Konsum. Aus diesem kann eine leichtere Form der Abhängigkeit entstehen. Dann gibt es schliesslich die schwere Form, welche an soziale, somatische und psychische Folgeerscheinungen gekoppelt ist. Für all diese Formen braucht es nicht eine einheitliche Intervention, sprich stationäre Therapie, sondern eine Vielzahl von Therapiemöglichkeiten, angefangen bei der Nachbarschaftshilfe über die ärztliche Grundversorgung,

centres de traitement qui sont plutôt ambulatoires. Je crois qu'il y a une chose assez importante qui apparaît dans la littérature scientifique sur le traitement des problèmes d'alcool, qui vient des États-Unis où on dit: « Le traitement de l'alcoolisme doit avant tout être ambulatoire. Parce que c'est une maladie chronique, il faut traiter les gens sur le long cours. Mettre quelqu'un trois semaines en clinique, ce n'est pas ça qui soigne l'alcoolisme. L'évolution actuelle des traitements va dans le sens d'une certaine promotion du traitement ambulatoire, parce qu'il est probablement aussi efficace et moins cher que le traitement résidentiel. Ceci crée une certaine pression sur les centres résidentiels. La question que vous posez, c'est: « Est-ce qu'il y a trop peu d'alcooliques prêts à se faire soigner? ». A ce sujet, on peut dire que, pour un alcoolique, il est difficile de se faire soigner; il va donc d'abord essayer de faire tout seul et, quand il n'y arrive pas, pour lui ce sera assez acceptable de se faire soigner en ambulatoire. Nous avons ici une consultation ambulatoire



die nicht spezialisierte und dann spezialisierte Beratung, z.B. in Alkoholberatungsstellen. Dann die psychiatrischen Ambulatorien und Tageskliniken. Schliesslich die Fachklinik und in ganz schweren Fällen die Psychiatrie. Nur wenige Patienten landen in diesem Bereich.

In der Gesundheitspolitik laufen gesamtschweizerisch Bestrebungen, den stationären Psychiatriebereich zu redimensionieren. Es soll eine Verlagerung in den ausserstationären Bereich erfolgen. Das führt tatsächlich zu einer Konkurrenzierung der verbleibenden stationären Bereiche. Wir meinen dies in der institutionellen Psychiatrie zu sehen, welche mehr und mehr Suchtbehandlungen anbietet und vielleicht weniger Patienten in die Fachkliniken überweist als früher.

Ich persönlich begrüsse die Verlagerung in die Ambulanz aus der Sicht der Betroffenen, der fachlichen und ökonomischen Sicht.

Als ungut empfinde ich die Verlagerung von fachklinischen Behandlungen in die Psychiatrie, da diese Massnahmen teuer und weniger spezialisiert sind.

**Moralisierende Fragen zu Übergewicht, Nikotin- oder Alkoholkonsum gehören ja nicht gerade zu den bei Patienten beliebten Fragen. Was erwarten Sie als Spezialist vom behandelnden Hausarzt, wenn er den Verdacht oder die Gewissheit hat, dass sein Patient/seine Patientin alkoholabhängig ist?**

qui a démarré il y a 8 ans avec zéro patient; en 2008, nous avons vu 2000 patients. On a eu une très forte augmentation parce que, quand on offre des soins ambulatoires qui ne sont pas trop stigmatisants, c'est-à-dire quand on n'a pas trop honte de venir, cela donne accès à beaucoup de patients. Les généralistes ont un rôle très important, parce que ce sont eux qui voient dans leur consultation la majorité des alcooliques qui ne vont pas se faire soigner dans des centres spécialisés. La difficulté vient du fait que la plupart des médecins généralistes n'ont pas reçu une formation spécifique pour s'occuper des problèmes d'alcool. Ici, à la Faculté de médecine de Lausanne, le premier cours d'alcoologie a eu lieu en 2000. Jusque-là, il n'y avait rien. On espère ainsi que les médecins de famille de demain seront plus à l'aise pour les aborder.

**Les questions moralisatrices sur l'excès de poids, la consommation de nicotine ou d'alcool ne sont pas les préférées des patients. Qu'attendez-vous, en tant que spécialiste, du médecin de famille, lorsqu'il a la suspicion ou la certitude que son patient/sa patiente est alcoolique?**

**Prof. Daepfen:** La grande difficulté vient en effet du fait que ces questions sont difficiles à aborder, parce que le patient se sent coupable et que le médecin ne se sent pas forcément prêt ou peut se dire « cela ne me regarde pas, c'est la vie privée, je ne m'occupe pas de ça. » Et si vous voulez, nous, ce qu'on essaie d'amener au médecin de famille, c'est

**Dr. Meyer:** Wenn ich auf das vorige Bild des Kontinuums zurückgreife, sind der Grossteil der Betroffenen «Missbraucher» oder Abhängige in einer frühen Phase, welche sozial noch integriert sind und wenig somatische wie psychische Folgeschäden aufweisen. Deren wichtigste Anlaufstelle ist die hausärztliche Praxis. Hier haben die Hausärzte eine zentrale Aufgabe, welche sie in der Regel auch gut erfüllen.

Die Erwartungen an den Hausarzt lauten:

1. Früherfassung
2. Frühintervention
3. Triage.

Die Intervention muss also erfolgen, bevor es zu spät ist. Dazu muss man nicht spezialisiert sein. Es gibt relativ einfache Interventionstechniken. Beispielsweise das «Motivational Interviewing». Es ist bestens dokumentiert, dass eine Intervention in der Hausarztpraxis zu einem frühen Zeitpunkt einen nachhaltigen Erfolg hat und ökonomisch sinnvoll ist.

Falls es bereits zu spät für eine «kleine» Intervention ist, ist es die Aufgabe des Hausarztes, dies zu erkennen und die Betroffenen an das spezialisierte System zu überweisen.



**Der Zeitdruck in der Hausarztpraxis und die geringe Honorierung einer ausführlichen medizinischen Beratung stehen heute im Widerspruch zum Zeitbedarf, den die Therapie eines alkoholabhängigen Patienten zumeist erfordert. Gibt es standardisierte Fragen/ Tools, welche wenigstens ein bisschen Zeit in diesem Bereich einsparen helfen?**

**Dr. Meyer:** Dies gibt es für unterschiedliche Bereiche bzw. Fragestellungen und ist für die Hausarztpraxis sehr zu empfehlen. Beispielsweise standardisierte Fragebogen zur Abschätzung des Schweregrades der Abhängigkeit. Also Fragen nach Alkoholkonsum, - missbrauch und - abhängigkeit.

Es gibt vorgegebene Fragen zur Risikoeinschätzung bei einem Alkoholkonsum, der eine zentrale allgemeinärztliche Aufgabe ist. Des Weiteren gibt es standardisierte Instrumente zum Rating der Entzugssymptome. Zu jedem Spektrum der Therapie gibt es einfache Handlungsanweisungen für Frühinterventionen. Dies

une manière douce, facile et acceptable de parler avec les patients de leur problème de poids, d'alcool, etc. Un message simple qu'on donne toujours, c'est de demander la permission au patient: « Est-ce que vous seriez d'accord de passer quelques minutes avec moi pour parler de vos problèmes de poids, de la question de l'alimentation, la question du tabac, la question de l'alcool? » Voyez, on est dans un domaine qui est différent de la médecine traditionnelle dans le sens où cela touche à la vie privée. C'est aussi un domaine où on va demander au patient d'être partie prenante d'un changement. En général, quand on va chez le médecin, on vous prescrit un médicament, vous n'avez rien à faire d'autre que de suivre le traitement. Là, le médecin va adopter un rôle assez nouveau. Il ne va pas dire au patient : « Faites ça. » Il va plutôt essayer de l'accompagner, pour que le patient décide, lui, de changer de comportement. C'est un autre rôle, un rôle de co-pilote plutôt qu'un rôle d'expert. Ce que nous attendons des médecins, c'est qu'ils pensent que ça vaut la peine d'aborder la question. Il faut demander la permission et quand on demande la permission, les patients sont très contents. Ils le disent. On a vu des recherches et des enquêtes qui disent: « Je m'attends à ce que mon médecin de famille me parle de prévention, me parle de tabac, d'alcool et d'alimentation par exemple. » Ils s'y attendent, mais le médecin doit apprendre à le faire d'une manière qui n'est pas trop culpabilisante pour le patient.

**La pression au cabinet du médecin de famille est en contradiction avec le temps généralement nécessaire à la thérapie d'un patient alcoolique. Existe-t-il des questions/ outils standardisés qui aident au moins à gagner un peu de temps dans ce domaine?**

**Prof. Daepfen:** Encore une fois, nous avons l'impression que certains outils qu'on amène au médecin généraliste permettent d'aborder plus facilement le problème et de mettre en place, si vous voulez, une discussion profitable entre un patient qui boit trop et un médecin généraliste. Et puis, on a le sentiment que si le médecin s'y prend bien, il perdra beaucoup moins de temps à lutter contre le patient en lui disant qu'il boit trop. En instaurant un climat de confiance et en acceptant de prendre le patient là où il en est en terme de stade de préparation au changement, en renonçant à toute forme de confrontation, le médecin gagnera du temps et sera plus efficace. Bien sûr que le médecin n'a pas beaucoup de temps à consacrer à ça, mais l'idée, c'est plutôt que le médecin de famille puisse aborder cette question de l'alcool de manière récurrente, parce que souvent il va suivre les patients pendant longtemps. « On a parlé de votre diabète, on a parlé de votre hypertension, est-ce que vous seriez d'accord qu'on parle 5 minutes aujourd'hui de la question de l'alcool? Et puis d'essayer d'avancer dans une stratégie de type motivationnel, d'exploration du changement : « Qu'est-ce qui se passerait si vous décidiez d'arrêter de boire, quels inconvénients, quels avantages ? » On peut alors aussi envisager des traitements spécialisés, médicamenteux, entre autres. Il y a aussi des questionnaires de dépistage des problèmes d'alcool qui peuvent aider les médecins de premier recours, par exemple l'AUDIT.

finden sie übrigens alles auf unserer  
Homepage [www.forel-klinik.ch](http://www.forel-klinik.ch) zum Downloaden.

**Der Wunsch nach Geheimhaltung eines Alkoholentzugs bei Betroffenen, welche (noch) einen Beruf ausüben ist sicher gross. Daher vermutlich das Bedürfnis nach dem ambulanten Entzug. Für wen ist der ambulante Entzug geeignet?**

**Dr. Meyer:** Zunächst will ich die Terminologie erläutern: Mit Entzug ist der körperliche Entzug gemeint, der in der Regel 5-7 Tagen dauert und somit eine eher kurze Angelegenheit darstellt. Hier hat man es in erster Linie mit somatischen Fragestellungen zu tun. Anschliessend erfolgt die sogenannte «Post-Akutbehandlung», welche früher als «Entwöhnung» bezeichnet wurde.

Wir führen in der Forel Klinik keine Entzüge durch. Dies muss in der Hausarztpraxis, im Spital oder in der Klinik durchgeführt werden. Entsprechend dem vorher erwähnten Kontinuum können ca. 90% der Entzüge ambulant durchgeführt werden. Allerdings müssen dabei gewisse Spielregeln eingehalten werden. Nähere Angaben dazu finden sich unter:  
[http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/pdfs/07\\_07\\_08\\_ambulanter+Entzug.pdf](http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/pdfs/07_07_08_ambulanter+Entzug.pdf).

Des weiteren kann ich auf Checklisten verweisen. Beispielsweise empfehlen wir die LARS-Skala zur Risikoeinschätzung des Entzugs. Bei richtiger Indikationsstellung ist der ambulante Entzug dem stationären Entzug nicht unterlegen.

**Hegen in Wirklichkeit Kollegen und Vorgesetzte nicht häufig bereits länger den Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit? Kommt es beim Arbeitgeber nicht besser an, offen über den Willen zur Therapie zu reden? Wie ist Ihre Einschätzung, bzw. Erfahrung?**

**Dr. Meyer:** Grundsätzlich empfehlen wir, das Thema anzusprechen. Es ist bei allen Beteiligten aber mit viel Scham verbunden und in der Praxis viel schwieriger umzusetzen als es tönt. Dann ist es natürlich sehr branchenabhängig. Ein Gerichtspräsident mit einem Alkoholproblem kann in grosse Schwierigkeiten geraten, wenn er seine Schwierigkeiten offen darlegt.

**Was hat der Hausarzt zu tun, bzw. was kann er tun, wenn sein Patient einen ambulanten Entzug abgeschlossen hat?**

**Dr. Meyer:** Dies ist eine ganz wichtige Frage. Wir reden ja zunächst von den 5-7 Tagen des Entzugs, die relativ einfach zu handhaben sind. Dann wird häufig die Behandlung abgeschlossen, der Patient wird rückfällig und es setzt ein «Drehtüreffekt» ein. Früher wusste man nicht, dass es nach dem Entzug eine Post-Entzugsphase gibt. Es ist eine Phase, in welcher die schweren körperlichen Entzugserscheinungen vorbei sind, aber das Gehirn und der gesamte Metabolismus noch nicht normalisiert ist. Die Hypophyse und dadurch das periphere endokrine System sind noch dereguliert. Dies wirkt

L'AUDIT, c'est ce questionnaire développé par l'Organisation mondiale de la santé : dix questions, auto-administrées qui peuvent être administrées à la salle d'attente et incluses dans un questionnaire plus large à propos des habitudes de vie, sur le tabac, la sédentarité, etc. L'AUDIT est sur notre site Internet. [www.alcoolologie.ch](http://www.alcoolologie.ch)

**Le souhait de garder le secret sur un sevrage alcoolique est certainement prononcé chez les personnes affectées qui exercent (encore) une profession. D'où, probablement, le besoin d'un sevrage ambulatoire. A qui le sevrage ambulatoire convient-il?**



**Prof. Daepfen:** Il existe dans la littérature des guidelines qui indiquent que le sevrage d'alcool doit avant tout être envisagé en ambulatoire. Cela se passe très bien en ambulatoire, où nous voyons les personnes de manière assez rapprochée au début, pendant la période de sevrage, avec un soutien médicamenteux. Et puis cela ne nécessite pas forcément une prise en charge en clinique. Quelles sont les contre-indications ? A qui le sevrage ambulatoire convient-il ? Je dirais à la plupart des patients. Il y a cependant quelques facteurs de risque qui nous disent : ce patient va faire un sevrage compliqué. Le fait qu'un patient ait déjà fait un sevrage avec des complications, des crises d'épilepsie et de delirium tremens, constitue une contre-indication à un sevrage ambulatoire. Le fait que le patient présente des signes de sevrage alors qu'il a une alcoolémie qui est encore supérieure à 1 g pour mille est aussi une contre-indication à un sevrage ambulatoire. Les gens qui ont une importante comorbidité médicale ou psychiatrique, les gens qui sont très malades, les gens qui ont des maladies infectieuses actives, qui sont instables sur les plans somatique et psychiatrique, constituent autant de contre-indications au sevrage ambulatoire, parce qu'en général, ça mal se passer. Il y a enfin une dernière catégorie, celle des patients qui ont une dépendance aux benzodiazépines, parce ces dernières sont aussi des dépresseurs du système nerveux central. Dans ces cas, le sevrage en ambulatoire est aussi contre-indiqué. J'ajouterai toutefois qu'on ne peut pas interdire à quelqu'un d'arrêter de boire. Or il y a des gens qui ne veulent pas aller à l'hôpital pour le sevrage. Nous les accompagnons alors de manière très rapprochée quand on pense que ça va mal se passer. La proportion des patients alcoolo-dépendants qui font des sevrages compliqués est d'à peu près 10%.

sich beim Patienten in grösserer Stressanfälligkeit aus. Depressionen und Angst sind häufiger. Die Sexualität «funktioniert» noch nicht. Die Patienten sind gewissermassen wie rohe Eier. Diese Phase dauert rund 3 Monate. Das Erste, was der Hausarzt machen muss ist, den Patienten weiter zu betreuen. Nach dem Entzug folgt also die Behandlung der Post-Entzugsphase. Zweitens: Es ist erst der Entzug vorbei und noch kein einziges Problem gelöst. Der Patient muss folglich dazu motiviert werden, etwas Weiterführendes zu unternehmen. Drittens: Wenn dies gelingt, weiterweisen in weiterführende Behandlungen, beispielsweise in Beratungsstellen.

**Welche Intervalle empfehlen Sie für Nachkonsultationen ?**

**Dr. Meyer:** Von Fall zu Fall. Durchschnittlich sollte der Patient nach abgeschlossenem körperlichem Entzug wöchentlich gesehen werden. Dies muss nicht lange sein und ausserdem braucht es auch keine psychotherapeutischen Sonderkenntnisse.

**Le sevrage classique stationnaire avec désintoxication est-il plus prometteur que le sevrage ambulatoire ?**

**Prof. Daepfen:** Non. Les résultats en terme de rechute sont les mêmes après traitement ambulatoire ou traitement résidentiel. L'indication à un traitement résidentiel ne doit pas s'appuyer sur le pronostic en terme de rechute de consommation, mais plutôt sur la sévérité de la situation, par exemple sur le plan social.

**En réalité, les collègues et supérieurs n'entretiennent-ils pas depuis longtemps, dans bien des cas, la suspicion quant à l'alcoolisme? Est-ce que cela n'est pas mieux accueilli par l'employeur de parler ouvertement de la volonté de se faire soigner? Quelle est votre appréciation ou votre expérience à cet égard?**

**Prof. Daepfen:** Oui, quelle politique dans une entreprise à propos d'alcool? Ce qu'on dit généralement, c'est que le responsable direct ne juge que le travail et ne commence pas



Nachfragen auf sachlicher Ebene und evt. nachkontrollieren von Laborparametern. Dies reicht häufig bereits aus. Ich würde Beratungsstellen an dieser Stelle schon einbeziehen.

**Welche Medikamente können Patienten unterstützend vom Hausarzt verordnet werden und was kann von den Medikamenten erwartet werden bzw. was können die Medikamente nicht ?**

**Dr. Meyer:** Depressionen in der Post-Entzugsphase sollten medikamentös behandelt werden: Auch wenn es sich häufig um symptomatische Depressionen handelt welche sich i.d.R. spontan zurückbilden, ist es für den Patienten doch hilfreich, diese zu behandeln nur schon wegen der begleitenden, zermürbenden Schlafstörungen. Durch diese Schlafstörungen ist das Rückfallrisiko enorm hoch.

Das Gleiche gilt für die Anti-craving-Substanzen Campral<sup>®</sup> und allenfalls Nemexin<sup>®</sup>. Das ist die Phase, in welcher die Erfolgsrate von Campral<sup>®</sup> relativ gut ist. Wenn etwas von Campral<sup>®</sup> zu erwarten ist, dann ist es in dieser Phase. Hier kann Campral<sup>®</sup> sehr hilfreich sein. Die Anti-craving Alternative Nemexin<sup>®</sup> ist in der Schweiz in der Indikation der Alkoholabhängigkeit nicht kassenzulässig. In der Realität stellt es sich so dar, dass manche Patienten besser auf Campral<sup>®</sup>, andere Patienten besser auf Nemexin<sup>®</sup> ansprechen. Der Vorteil vom Nemexin<sup>®</sup> ist, dass man es im Gegensatz zu Campral<sup>®</sup> nur alle 2 Tagen geben müsste.

à essayer de faire le soignant, de fixer des objectifs de réduction de la consommation d'alcool. En principe, le chef reste le chef. Il fixe des objectifs de performance professionnelle. Si la personne ne remplit pas ces objectifs, le chef peut dire : « Est-ce que vous pensez que vous avez des problèmes pour des raisons médicales ? Est-ce que vous voulez parler de ça? Est-ce que vous voulez qu'on vous aide? »

**Que doit ou peut faire le médecin de famille lorsque son patient a terminé un sevrage ambulatoire?**

**Prof. Daepfen:** Si vous parlez du rôle du médecin généraliste, je pense qu'il peut accompagner le patient dans le sevrage ambulatoire et qu'il a un rôle à jouer au long cours. Puis, soit il assume le suivi lui-même, soit il se fait aider par des spécialistes. Il peut aussi inciter le patient à aller dans des groupes d'Alcooliques Anonymes, par exemple. Et puis, il y a des médicaments tels que l'acamprosate et la naltrexone qui sont les deux médicaments aujourd'hui reconnus comme ayant un effet sur le résultat du traitement de la dépendance à l'alcool. Un troisième serait peut-être l'Antabus<sup>®</sup>, avec un effet différent, mais qui peut avoir un rôle à jouer dans certaines situations.

**Quels sont les médicaments qui peuvent être ordonnés aux patients par le médecin de famille à titre de soutien et que peut-on attendre des médicaments, ou qu'est-ce que les médicaments ne peuvent pas faire?**

Bezüglich Antabus® ist wegen der Nebenwirkungen sicher grosse Vorsicht geboten, auch wenn sein Einsatz in Kombination mit einer psychosozialen Betreuung durchaus sein kann.

### Was kann der Hausarzt für Angehörige von Alkoholikern tun?

**Dr. Meyer:** Die Unterstützung von Angehörigen ist sehr wichtig. Es ist eine zentrale Rolle des Hausarztes, diese mit einzubeziehen. Nicht nur bei Alkoholismus, sondern meiner Ansicht nach bei allen chronischen Problemen. Im Alkoholbereich gibt es Al-Anon ([www.al-anon.ch](http://www.al-anon.ch)). Dies ist die Angehörigen-Vereinigung der AA (Anonymen Alkoholiker), eine sehr sinnvolle Selbsthilfegruppe. Ausserdem unterstützen auch alle Alkoholberatungsstellen gleichermaßen die Angehörigen.

### Sollen und können Angehörige in die Therapie eingebunden werden?

**Dr. Meyer:** Anfänglich können Angehörige den Betroffenen unterstützen. Je fortgeschrittener das Alkoholproblem ist, umso weniger Kraft, Motivation und Möglichkeiten verbleiben den Angehörigen, die dann ihrerseits selbst Hilfe brauchen.

### Häufig entziehen Intoxikationstrinker oder – Rauschtrinker zu Hause ohne ärztliche Unterstützung. Gibt es Zahlen/ Erfahrungen zum Entzug von Alkoholikern zu Hause?

**Dr. Meyer:** Konkrete Zahlen gibt es nicht. Ich denke aber, dass es eine enorm hohe Dunkelziffer gibt und ich gehe davon aus, dass all unsere Patienten dies einmal ausprobiert haben.

### Kann hier der Hausarzt allenfalls unterstützen, falls er davon überhaupt im Vorfeld erfährt? Wann muss vor dem Selbstentzug dringend abgeraten werden?

**Dr. Meyer:** Man will auf der einen Seite vor einem Selbstentzug nicht abraten. Andererseits ist es keine harmlose Sache. Vor allem in fortgeschrittenen Stadien kann es zu Komplikationen kommen. Neuere Erkenntnisse weisen darauf hin, dass Hirnschädigungen bei Alkoholikern vor allem auf den Entzug zurückzuführen sind. Das heisst, dass die Selbstentzüge und spontanen Alkoholspiegelschwankungen allenfalls die Hirnschädigung verursachen. Dabei schädigt nicht der Anstieg, sondern der Spiegelabfall. Man sollte daher – wenn immer möglich – empfehlen, den Entzug gemeinsam mit dem Hausarzt zu machen. Nicht zuletzt wegen der medikamentösen Unterstützung. Für den ambulanten Bereich sind die Benzodiazepine die Medikamente der Wahl.

**Prof. Daepfen:** Ce que je dirais, c'est que les deux médicaments qui ont une indication reconnue, c'est l'acamprosate (le Campral®) et la naltrexone. Mais ces médicaments ne se suffisent pas à eux-mêmes. Il faut qu'ils soient accompagnés d'une prise en charge psycho-éducative. Ce qu'on peut attendre de ces médicaments, c'est une amélioration du maintien de l'abstinence par une réduction de l'envie d'alcool.

Les études ont montré une certaine efficacité de ces médicaments, donc c'est quelque chose de valable. Mais l'efficacité de ces médicaments n'est pas très marquée, c'est-à-dire que les patients ne vont pas dire: « Voilà, je prends du Campral®, le problème est réglé, j'ai plus jamais envie d'alcool. » Ce n'est pas du tout comme ça ! Les benzodiazépines, quant à elles, ont un rôle limité au sevrage physique, donc à la première semaine de l'arrêt de l'alcool.

### Que peut faire le médecin de famille pour les proches des alcooliques?

**Prof. Daepfen:** C'est une question importante. Nous essayons d'intégrer systématiquement les proches, parce que nous pensons qu'on peut aider les proches à avoir une attitude plus positive et constructive pour la personne qui est dépendante de l'alcool. Nous pensons que le proche aide efficacement la personne s'il s'y prend bien, s'il respecte un certain nombre de principes. Notre idée, c'est d'aider le proche à avoir une attitude thérapeutique positive. Le



deuxième but, c'est d'aider les proches à aller mieux. Il y a aussi les Al-Anon et la méthode CRAFT, issue de l'entretien motivationnel et de l'utilisation des proches afin de changer l'environnement du patient. Contrairement aux Al-Anon, dont le but est uniquement que le proche aille mieux, la méthode CRAFT inclut également le proche pour améliorer le traitement.

### Existe-t-il des chiffres/expériences sur le sevrage d'alcooliques chez eux? Le médecin de famille peut-il éventuellement les soutenir, s'il en prend connaissance préalablement? Quand faut-il impérativement déconseiller l'autosevrage?

**Prof. Daepfen:** Oui, il y a plus de 50% des alcoolodépendants qui se soignent sans aide spécialisée. Il est important que les médecins de famille dépistent et accompagnent ces traitements, d'une part parce que les sevrages récurrents sans couverture de benzodiazépine sont neuro-toxiques, mais aussi parce que ces médecins ont un rôle important dans le suivi et dans l'orientation sur les soins

**Man kann den Eindruck gewinnen, dass die absolute Abstinenz eine so hohe Misserfolgsrate hatte, dass einfach die Anforderung an das Therapieziel gesenkt wurde. Das Ergebnis heisst heute: Kontrolliertes Trinken!  
Bitte klären Sie aus Ihrer Sicht auf, ob die absolute Abstinenz generell gestorben ist und was man unter kontrolliertem Trinken versteht. Allenfalls für welche Alkoholikergruppe(n) welches Ziel am Ehesten sinnvoll ist?**

**Dr. Meyer:** In der gesamten Medizin hat in den letzten 50 Jahren eine Entwicklung von der Symptombehandlung hin zu einer ganzheitlichen Therapie stattgefunden. Die moderne Medizin fragt doch, wie es dem Patienten geht und wie das Wohlbefinden des einzelnen Menschen verbessert werden kann.

Beim Alkohol ist es genau dasselbe. Man hat es nicht mit dem Symptom des intensiven Alkoholkonsums zu tun, sondern mit Menschen, welche ihr Konsumverhalten nicht so gut steuern können. Das übergeordnete Ziel ist auf Grund dieser Philosophie für mich, dass die bio-psycho-soziale Befindlichkeit des Betroffenen verbessert wird. Mein Ziel ist also nicht, dass die Welt suchtfrei wird. Wenn ein Patient es fertig bringt, mässig zu konsumieren und gleichzeitig seine Gesamtbefindlichkeit, die Lebenszufriedenheit zu verbessern und einen Lebenssinn zu finden, ist das doch wunderbar. Aus unserer Erfahrung im stationären Bereich mit eher schwierigen Klienten ist es allerdings klar, dass das mit dem kontrollierten Trinken schwierig ist.

Deshalb gilt nach wie vor: Die Abstinenz ist eine gute Methode, um die Gesamtbefindlichkeit zu verbessern. Sie ist aber nicht das Ziel, sondern die Methode. In der Wortwahl haben wir uns eingeschränkt. Wir reden von abstinentgestützten Therapien. Genauso wie es Campral<sup>®</sup> gestützte, Methadon<sup>®</sup> gestützte oder Subutex<sup>®</sup> gestützte Therapien gibt.

Dies alles sind Methoden, um das übergeordnete Ziel der besseren Befindlichkeit zu erreichen. Dieses Konzept ist bei den Patienten gut akzeptiert, da es nicht moralisierend ist und einleuchtet. Wir wissen von unseren umfangreichen Nachuntersuchungen, dass es etwa 4/5 unserer Patienten – trotz des relativ hohen Schweregrades ihrer Abhängigkeit – nachhaltig besser geht. Untersucht wurde das an Hand von Kriterien wie der Berufsbewährung, der Partnerqualität, der Lebenszufriedenheit und des Gesundheitszustandes. Wir sehen aber auch, dass nur ein Drittel der Patienten völlig abstinent lebt.

Das heisst nichts anderes, als dass die Hälfte der Patienten in der einen oder anderen Form wieder mal Alkohol konsumiert und es ihnen trotzdem gut geht. Hier hat der Paradigmenwechsel stattgefunden. Früher sagte man, dass ein Alkoholiker, der erneut auch nur einen Tropfen trinkt, in die Katastrophe laufen müsse. Dies stimmt in Einzelfällen, aber für viele andere sieht die Realität anders aus.

Wir wissen also, dass dieses «kontrollierte» Trinken spontan passiert. Ist dieser «mässige» Konsum oder der «kontrollierte» Konsum aber auch ein mögliches Ziel, das therapeutisch angepeilt werden kann? Das ist zur Zeit noch eine offene Frage.

spécialisés lorsque cela s'avère nécessaire, etc.

On peut avoir l'impression que l'abstinence totale a obtenu un taux d'échec si élevé que l'exigence envers l'objectif thérapeutique a été simplement réduite. Le résultat aujourd'hui: la consommation contrôlée!  
Veuillez préciser si l'abstinence absolue appartient définitivement au passé et ce que l'on entend par consommation contrôlée. Le cas échéant, pour quel(s) type(s) d'alcooliques tel ou tel objectif est-il le plus judicieux?

L'abstinence reste le but pour une grande partie des personnes qui sont dépendantes de l'alcool. Néanmoins, la plupart du temps, quand un patient vient dans une consultation pour un problème d'alcool, que le médecin généraliste repère un problème d'alcool, que l'employeur ou la famille envoie une personne pour un problème d'alcool, la personne n'est pas prête à arrêter de boire. Elle ne veut pas, elle hésite, elle est dépendante, elle est ambivalente, elle est partagée entre les besoins de sa dépendance et le besoin de changer. Si, à ce moment là, on dit que le seul traitement possible, c'est l'arrêt complet, alors il y a la moitié des patients qui s'enfuit... Si, à ce moment, les patients disent « je veux un projet de consommation contrôlée, je veux réduire mais pas arrêter », alors si on leur dit non, ce n'est pas possible, vous devez arrêter complètement, ils s'en vont. Mais si, au contraire, vous leur dites : « Eh bien c'est une



bonne idée, allons-y, on va vous aider », pour certains alcooliques, il est possible d'évoluer vers une consommation contrôlée. C'est probablement réservé aux alcoolodépendants qui ont les dépendances les moins sévères. Il s'agit en général de gens qui sont un peu plus âgés et assez stables socialement. Par contre, pour ceux qui ont des dépendances plus graves, associées à des comorbidités

psychiatriques, la consommation contrôlée est beaucoup plus difficile à maintenir. Pour les autres, pour ceux qui disent : « Moi je ne veux pas arrêter de boire », on démarre dans un projet de consommation contrôlée. Ils le font, essaient, mais n'y arrivent pas. Ils n'y arrivent pas, mais on continue à les encourager. Et après un certain temps, on leur dit : « Qu'est-ce que vous pensez? Qu'est-ce qu'il faut faire maintenant ? » Et là, ils disent souvent : « Peut-être qu'il faudrait que j'arrête. Que je fasse une période d'arrêt ». Alors on encourage une nouvelle fois : « C'est une bonne idée, faites une tentative, allons-y, combien de temps pensez-vous pouvoir arrêter, un mois? O.K., alors allons-y, c'est super. Vous faites une période d'arrêt pendant un mois et on rediscute après. » « Qu'est-ce que vous en avez pensé ? Est-ce que c'était agréable de ne pas boire? Qu'est-ce qu'il y avait de bien? Qu'est-ce qu'il y avait de moins bien? » Ainsi, la consommation contrôlée n'est pas seulement un but en soi à long terme, c'est aussi un moyen de préparer la personne à développer un projet d'abstinence. Mais parfois, cette phase

Wir wissen hier aus Felduntersuchungen, dass bei einem grossen Teil von Patienten, bei denen einmal eine Alkoholdiagnose gestellt worden ist, diese nach 10 Jahren nicht mehr vorliegt. Es ist also nicht so, dass es «einmal Alkoholiker – immer Alkoholiker» heisst. Aber um es unmissverständlich zu sagen: Ich empfehle keinem unserer Patienten im stationären Bereich «kontrolliertes Trinken». Die Personen, die sich das vornehmen, haben bei uns eine schlechte Prognose.

Trotzdem meine ich, dass man dieser Option nachgehen muss. Es stellt sich vor allem die Frage nach der sinnvollen Indikation für das «kontrollierte Trinken», die zum heutigen Zeitpunkt noch nicht beantwortet werden kann.

Vielleicht läuft es darauf hinaus, dass das «kontrollierte Trinken» keine evidenzbasierte Therapieoption darstellen wird. Man wird sich eher der Realität der Patienten beugen. Wenn Abstinenz bei jemandem gepredigt wird, der absolut entschlossen ist weiter zu konsumieren, wird dies auch nicht gehen.

Es ist ein spannendes Thema und die Diskussion läuft erst an.

Vielen Dank für das Gespräch

de préparation à l'abstinence peut prendre beaucoup de temps . Il faut donc y aller doucement.

En général, mais ce n'est pas absolu, la consommation contrôlée est plutôt pour les patients avec des dépendances moins fortes et l'abstinence est préférable pour ceux qui ont des dépendances sévères avec comorbidités psychiatriques, des schizophrènes, des maladies bipolaires, des gens avec des dépressions graves. Eux, ils ont du mal avec la consommation contrôlée, mais ils ont aussi du mal à arrêter de boire. C'est la raison pour laquelle ces gens font partie de ceux que nous suivons sur de longues périodes. Ce sont des gens qui vont arrêter de boire, aller mieux et puis moins bien, mais, parce qu'on est gentil avec eux, ils reviennent plus vite lorsqu'ils rechutent. Hier, j'ai vu un patient qui a fait un mois d'abstinence et hop, il a rechuté. Alors il repart une semaine en clinique, parce que c'est une vieille histoire de dépendance à l'alcool, mais, au moins, il revient et on recommence. Mais je parlais précédemment des gens chez qui le but est plutôt l'abstinence, mais qui alternent souvent des périodes d'abstinence avec des périodes de reconsommation. Pour eux, le but est que les rechutes soient les plus courtes possibles.

Un grand merci pour cet entretien !

2/2009



stärkt den Willen "Nein" zu sagen<sup>1</sup>.

renforce la volonté de dire "non"<sup>1</sup>.

Referenz/Référence: 1. De Witte Philippe et al.; Neuroprotective and Abstinence-Promoting Effects of Acamprosat: Elucidating the Mechanism of Action; CNS Drugs 19(6):517-537, 2005  
Merck (Schweiz) AG, Chamerstrasse 174 , 6300 Zug,

Merck Global Specialty Products

## Die Forel Klinik stellt sich vor:

Die Forel Klinik wurde 1888 vom Psychiatrieprofessor und Alkoholpionier August Forel gegründet. Seitdem hat sich die Forel Klinik zur grössten Fachklinik für Alkoholprobleme in der Schweiz entwickelt. Dank ihrer Schrittmacherfunktion, der permanenten Evaluation eigener Therapieangebote und einer intensiven Forschungstätigkeit hat die Forel Klinik eine hohe, prägende Wirkung, in der Schweiz und im ganzen deutschsprachigen Raum.

Rund 100 Mitarbeitende engagieren sich täglich für den reibungslosen Ablauf in der Klinik. Die Ärzte und Therapeuten betreuen heute 93 Patienten. In den letzten Jahrzehnten konnten die Behandlungsdauern auf durchschnittlich 85 Tage gesenkt werden. Stationäre Kurzinterventions-Programme und interdisziplinäre ambulante Abklärungsangebote (Assessments) ergänzen die bisherigen Akut- und Postakut-Behandlungen.

Die Intensität der Abklärungen und Programme in der Forel Klinik ist auf hohem Niveau. Die Behandlungskosten machen hingegen weniger als die Hälfte der Kosten vergleichbarer, psychiatrischer Angebote aus.

Informieren – erkennen – befähigen

In naher Zukunft ist die Etablierung eines spezialisierten, integrierten Versorgungssystems geplant – mit in sich durchlässiger Kombination von ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten. Auch mit dem stark ausgebauten E-Health Bereich geht die Forel Klinik mit der Zeit. Mit den online-Selbstbeurteilungsmöglichkeiten, einem Forum für Betroffene und einem E-Learningmodul für ärztliche Grundversorger setzt die Klinik ihre Philosophie um: informieren – erkennen – befähigen.



Der Forel Klinik einen herzlichen Dank für die Nutzung diverser Bilder.

### Gekürzte Fachinformation

#### Campral® (300 mg Acamprosat)

I: Alkoholabhängigkeit: Zur Aufrechterhaltung der Abstinenz nach erfolgter Entzugsbehandlung, in Kombination mit anderen therapeutischen Massnahmen (psychotherapeutischer, psychosozialer, medikamentöser Art). D: Dreimal täglich 2 Filmtabletten. KI: Überempfindlichkeit auf einen Inhaltsstoff, Niereninsuffizienz. V: Alkoholentzugssymptome werden durch Campral weder vermindert noch beseitigt. Alkoholabhängige Patienten sind auch während einer Therapie mit Campral auf Anzeichen einer Depression und auf suizidales Verhalten sorgfältig zu überwachen. IA: Es wurden keine Interaktionen mit Alkohol, Disulfiram, Benzodiazepinen und anderen psychotropen Arzneimitteln beobachtet. Häufigste UAW: Abnahme der Libido, Diarrhöe, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Pruritus, makulopapuläres Erythem, Frigidität oder Impotenz. P: Campral: je 84\* und 168\* Filmtabletten. [B] (\* = kassenzulässig für eine Behandlungsdauer von 1 Jahr) Für detaillierte Informationen siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. MAI08

### Information professionnelle abrégée

#### Campral® (300 mg acamprosat)

I: Dépendance alcoolique: pour le maintien de l'abstinence alcoolique après le traitement de sevrage alcoolique, traitement associé à d'autres mesures thérapeutiques (psychothérapeutiques, psychosociales ou médicamenteuses). PO: Trois fois par jour 2 comprimés pelliculés. CI: Hypersensibilité à un des composants, insuffisance rénale. PR: Campral ne supprime ou ne diminue pas les symptômes de privation liés à l'alcoolisme. On recommande également de surveiller attentivement les patients sous Campral quant à l'apparition de symptômes dépressifs et/ou de comportements suicidaires. IA: Il n'a été observé aucune interaction avec l'alcool, le disulfirame, les benzodiazépines et d'autres psychotropes. El les plus fréquents: Perte de la libido, diarrhée, douleurs abdominales, nausées, vomissements, prurit, érythème maculopapuleux, frigidité ou impuissance. P: Campral: emballages de 84\* et 168\* comprimés pelliculés. [B] (\* = admis aux caisses-maladie pour un traitement d'une année) Pour des informations plus détaillées, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments. MAI08