

Gesellschaft gegen  
Alkohol- und Drogengefahren

*GAD* e.V.

CMA - Zur Definition und Therapie

Gesine Böttger, Frank Härtel, Hans-Jürgen Leonhardt, Kurt Mühler

Arbeitspapier 3 (November 1999)

---

Arbeitsgruppe  
Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA)

## ***1. Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA)***

### ***1.1. Allgemeine Vorbemerkungen***

Chronisch Suchtkranke werden überwiegend nicht primär als Abhängigkeitskranke identifiziert und behandelt, sondern als Menschen in sozialen Notlagen.<sup>1</sup>

CMA nehmen in der Mehrzahl unspezifische Hilfe-, Betreuungs- und Behandlungsangebote in Anspruch. Demzufolge verschlimmern sich in der Regel die körperlichen, psychischen und sozialen Schädigungen, so dass CMA im Sinne eines „Drehtüreffektes“ immer häufiger soziale Hilfen und Angebote der psychosozialen/psychiatrischen bzw. medizinischen Basisversorgung in Anspruch nehmen müssen. Die im Freistaat Sachsen gegenwärtig vorhandenen materiellen und personellen Ressourcen werden der Schwere und Komplexität der Probleme der Betroffenen noch nicht in vollem Umfang gerecht.

### ***1.2. Die Chronizität***

Interpretationswürdig ist die Bezeichnung „chronisch“ für diese Gruppe von Abhängigkeitskranken. Dabei kommen grundsätzlich zwei Aspekte ins Spiel.

Der eine bezeichnet das Schädigungsprofil bzw. maßgebliche Teile der Schädigungen als chronisch. In diesem Fall konzentrieren sich die therapeutischen Maßnahmen vorzugsweise auf eine Verminderung des Verlaufs dieser Schädigungen.

Der andere bezeichnet das Trinkverhalten als chronisch, was bedeutet, dass das Trinkverhalten unbehandelt resistent gegenüber externen Einflüssen ist (*chronischer Alkoholmissbrauch*). Die therapeutischen Maßnahmen richten sich dabei auf eine Verminderung des Trinkens.

Diese beiden Aspekte spiegeln in erster Linie die Komplexität der Behandlung wider. Sie verzahnen sich und bilden die Grundlage für die Spezifik der CMA.

### ***1.3 Die soziale Komponente der Schädigung***

Die eigentliche Ursache, d. h. den Auslöser der Alkoholabhängigkeit zu identifizieren, ist im Prinzip aufgrund der Polykausalität kaum möglich. Nicht nur die Vernetzung, auch die Gegensätzlichkeit und Individualität von Ursachen eignen sich nicht dazu, eine Formalisierung zu entwickeln.

Demgegenüber kann die Chronizität des beobachtbaren Trinkverhaltens durchaus mit einer komplexen Ursache in Bezug gesetzt werden. Dabei geht es nicht um die Verursachung des Alkoholmissbrauchs, sondern um die Frage, warum trotz mehrmaliger Therapieversuche keine Alkoholabstinenz erreicht werden konnte. Als entscheidend hierfür sehen wir eine besonders ungünstige Konstellation im

---

<sup>1</sup> Wienberg, G.: Die vergessene Mehrheit - Struktur und Dynamik der Versorgung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik. In: Jagoda, B. u. H. Kunze (Hrsg.): Gemeindespsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen. Rheinland-Verlag GmbH Köln 1994, Seite 18 - 37

sozialen Milieu an, die bewirkt, dass ein Betroffener, der nach einer Therapie in ein soziales Milieu entlassen wird, das gegenüber seinem Trinkverhalten „gleichgültig“ ist, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht alkoholabstinent bleiben kann, da ihm stabilisierende, zur Selbstkontrolle führende Verpflichtungen fehlen.

Dies schließt nicht aus, dass eine Destabilisierung der Alkoholabstinenz ebenfalls durch somatische oder/und psychische Komponenten ausgelöst werden kann.

#### 1.4. Das Therapieziel

Der Kern des CMA-Status besteht in der Regel im mehrfachen Fehlschlagen von Therapien. Die Hilfe für CMA muss deshalb darin bestehen, die Wirkung von Therapien von der befristeten Trinkunterbrechung hin zu einer dauerhaften Abstinenz zu führen.

Deshalb kommt es bei CMA darauf an, nicht schlechthin von einer Therapie zu sprechen, sondern eine geeignete Therapiestruktur zu entwickeln. Das heißt, dass die Therapie für CMA aufgrund des Abhängigkeitscharakters und der Spezifik der Abhängigkeitskarriere erstens eine langfristige Aufgabe ist und sich zweitens in verschiedene therapeutische Stufen gliedern muss. Eine solche Therapiestruktur für CMA muss die kurz- und mittelfristige, individuell erforderliche und umfassende psychiatrische, einschließlich somatische Versorgung und Therapie, sowie die langfristige Soziotherapie beinhalten, um daran betreute Wohn- und u. U. Arbeitsformen anschließen zu können. Aufbauend auf die psychiatrische und somatische Grundbehandlung, bedarf die soziale Reintegration besonderer Aufmerksamkeit. Dies geschieht nicht, weil die soziale Desintegration, die mit dem drastischen Abbau sozialer Kompetenz korrespondiert, das alleinige Spezifikum der CMA darstellt, sondern, weil ohne die partielle Wiederherstellung sozialer Kompetenz und in deren Folge sozialer Integration, die Chronizität des Alkoholmissbrauchs nicht durchbrochen werden kann.

Auch für die Bestimmung des Therapieziels ist die Unterscheidung zwischen *Chronizität der physischen und psychischen Schädigungen* und der *Chronizität des Trinkverhaltens* relevant. Das Ziel der Therapie kann auch nicht annäherungsweise die Wiederherstellung des Ausgangszustandes bei Eintritt in die Abhängigkeit sein. Der Verbrauch organischer und sozialer Ressourcen ist häufig nur teilweise reversibel. Das Therapieziel ist nicht ein eigenständig lebender, sozial kompetenter, gesunder und arbeitsfähiger Mensch mit einer biographischen Trinkepisode. Die Folgen exzessiven Alkoholmissbrauchs werden auch zum *künftigen* Leben eines erfolgreich behandelten CMA gehören. Aber er ist aufgrund einer dauerhaften Alkoholabstinenz in der Lage, seinem Leben wieder einen Sinn zu verleihen, sich anderen anzuschließen, unter den gegebenen Einschränkungen ein in groben Zügen eigenständiges Leben zu führen, das institutionell (beratend, finanziell unterstützend) flankiert ist.

Das Therapieziel ist dauerhafte Alkoholabstinenz. Auf dieser Grundlage lassen sich der physische und psychische Abbau stoppen und eingetretene Schädigungen bessern. Dies gelingt aber nur, wenn sich der Betroffene wieder soziale Quellen seines Daseins erschließen kann.

Dieser Weg wird durch die Soziotherapie eröffnet. Die partielle Wiederherstellung sozialer Kompetenz und die betreute Rückführung sind die beiden Bestandteile des zeitlich längsten Abschnittes der Therapiestruktur.

## **2. Zur Definition von CMA**

### **2.1. Allgemeine Vorbemerkungen**

Obwohl das Versorgungsproblem dieser Gruppe von Abhängigkeitskranken bundesweit bereits seit geraumer Zeit eine erhöhte Aufmerksamkeit erfährt, kam es bisher zu keiner allgemeinen verbindlichen Definition.

Um Definitionen wird immer gerungen, weil sich in ihnen verschiedene Forschungs- sowie auch pragmatische Interessen widerspiegeln. Definieren heißt deshalb immer auch Kompromisse bilden. Mit einer Definition der CMA durch den Fachausschuss *Stationäre Einrichtungen* bei der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS) ist es unseres Wissens zum ersten Mal gelungen, einen solchen Kompromiss zu erzielen.

Damit ist ein wichtiger Schritt zur Analyse dieser Gruppe von Abhängigkeitskranken als eigenständige Population gegeben. Gerade aggregierte Daten fehlen. Sie wurden bisher aus vagen Schätzungen ermittelt bzw. lassen sich häufig nicht einmal schätzen. Dagegen sind Individualdaten in großem Umfang vorhanden. Gerade aggregierte Daten sind aber erforderlich, wenn der Hilfebedarf umfassend ermittelt werden soll. Weder die Größe dieser Gruppe, noch ihre Dynamik (Wachstumsparameter, zeitabhängige Änderung der Art des Hilfebedarfes) sind bisher bekannt.

Die „sächsische“ Definition ermöglicht aufgrund der in ihr fixierten Kriterien, die Gruppe der CMA zahlenmäßig deutlich exakter zu bestimmen. So wird ein höheres Maß an Sicherheit bei deren Einordnung erreicht, eine entscheidende Verbesserung der Erfassung ihres Umfangs und ihrer Veränderung ermöglicht, sowie die Planungssicherheit ihres Hilfebedarfs deutlich erhöht.

Die hierdurch gewonnenen Daten könnten somit für alle weiteren Planungen adäquater Hilfe-, Beratungs- und Therapiestrukturen verwendet werden.

Schließlich ist es gelungen, eine Definition vorzuschlagen statt operationalisierte Teilkriterien zu variieren. Bisher existieren Entwürfe, die sich ausschließlich auf Merkmalslisten stützen. Solche Merkmalslisten sollten aber sinnvollerweise erst erstellt werden, nachdem in Form einer Definition die erforderlichen Relationen oder essentiellen Dimensionen fixiert worden sind. Merkmalslisten können keine Definition ersetzen, sondern ihre Aufgabe ist es, Definitionen messbar zu machen.

Wie bereits ausgeführt, variieren CMA erheblich und zeitachsenbezogen trotz definatorischer Klarheit in ihrem individuellen Hilfebedarf. Somit darf keine Gruppe von CMA im Hilfesystem unberücksichtigt bleiben.

So kann eine hausärztliche Behandlung bei somatischer Mehrfachschädigung, aber sozialer Restintegration (z.B. Wohnung, Bezugsperson), vorhandener Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft ausreichend sein. Die hausärztliche Behandlung kann aber auch der Ergänzung durch komplementäre Hilfen über sozialpsychiatrische Dienste, Suchtberatungs- und -behandlungsstellen und Selbsthilfegruppen oder Sozialstationen bedürfen.

Aufgrund der schweren, meist sich akut verschlechternden somatischen und psychischen Erkrankungen sowie fortschreitender bzw. eingetretener sozialer Desintegration, wird nach

statistischen Erhebungen<sup>2</sup> in zunehmender Zahl stationäre psychiatrische Behandlung unabwendbar. So haben sich in den sächsischen psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen im Zeitraum 1995 bis 1998 die langdauernden Behandlungen Schwer- und Mehrfachsuchtkranker verdoppelt.<sup>3</sup> Anfangs erfolgt diese stationäre psychiatrische Behandlung zu großen Teilen aus vitaler Indikation. Regelmäßig handelt es sich bei der Behandlung von CMA um langwierige Behandlungsverläufe der Kategorie S 4 Psychiatrie-Personalverordnung entsprechend. Im Rahmen dieser stationären Therapie ist es jedoch u. a. möglich, differenzierte Weichen für die stets unverzichtbare ambulante oder komplementäre Behandlung zu stellen. Weitere Behandlungsinhalte sollen hier nicht vertieft werden.

Es muss unbedingt gewährleistet sein, dass die Platzierung Abhängigkeitskranker im Krankenhaus indikationsgerecht erfolgt und Fehlplatzierungen vermieden werden. Nur eine schwere somatische Erkrankung sollte z. B. eine Krankenhausbehandlung in einer internistischen Abteilung anstatt in der stationären Psychiatrie rechtfertigen. Indikationsabhängig folgen einer stationären Behandlung von CMA differenzierte Behandlungsalternativen. Es ist gerade ein Kennzeichen von CMA, dass diese institutionelle Hilfe für eine erfolgreiche soziale Wiedereingliederung unverzichtbar ist. Die wichtigste indikationsabhängige institutionellen Alternative bieten betreute Wohnstätten (soziotherapeutische Langzeiteinrichtungen), die nach einem sozialtherapeutischen Konzept mit fachärztlicher Unterstützung arbeiten, um die soziale Desintegration aufhebend eine weit gehende Wiedereingliederung in den Alltag zu erreichen. Dazu sollten diesen Einrichtungen noch andere betreute Wohnformen wie Außenwohngruppen angeschlossen sein.

Eine nächste Alternative bleibt die schon oben dargestellte ambulante fachärztliche Behandlung mit ggf. spezifischen komplementären Ergänzungen, wie tagesstrukturierenden Maßnahmen, Ergotherapie oder geschütztem Arbeiten.

Schließlich kann die Fortsetzung der Betreuung in einer Pflegeeinrichtung notwendig sein. Das Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit im Sinne einer medizinischen Rehabilitation (Alkoholentwöhnungsbehandlung) schließt sich bei CMA in der Regel aus.

Nicht vergessen werden darf die Gruppe von CMA, die häufig im Zuge ihrer ausgeprägten sozialen Desintegration (z. B. Obdachlosigkeit) trotz erheblicher somatischer und psychischer Erkrankungen über lange Zeit und bis zu kritischer somatopsychischer Dekompensation einer adäquaten Behandlung entgeht, weil sie nicht in der Lage ist, entsprechende Hilfe zu suchen und anzunehmen.

## ***2.2. Zur Bedeutung der sozialen, körperlichen und psychischen Komponente der Erkrankung***

Die Bedeutung der psychischen und physischen Schädigung für die Bestimmung der CMA ist unstrittig. Ebenso unstrittig ist, dass soziale Faktoren, die sich im Grad der sozialen Desintegration äußern, erheblichen Anteil an der CMA-Status-Definition haben, da sie der Schlüssel für die Stabilisierung therapeutisch erreichter Alkoholabstinenz sind.

Dafür ist die Beachtung der Chronizität des Trinkverhaltens von besonderer Wichtigkeit. Die permanente Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines CMA kann nur aufgehalten und

<sup>2</sup> Erhebungen zur stationären Patientenstruktur in psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern gemäß Psychiatrie-Personalverordnung

<sup>3</sup> Härtel, F.: Behandlung Kranker mit Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen - Grundsätze, aktuelle Situation und Schlussfolgerungen aus klinisch psychiatrischer Sicht.

langfristig in Maßen verbessert werden, wenn es gelingt, dauerhafte Alkoholabstinenz zu erreichen. Dies ist der neuralgische Punkt. Eine Konzentration allein auf die physischen und psychischen Faktoren bzw. Schädigungen überwindet diesen neuralgischen Punkt nicht. Wenn sich allein der Gesundheitszustand verbessert, müssen sich die sozialen Bestimmungsmomente nicht wieder im Selbstlauf harmonisieren, denn die soziale Desintegration ist nicht nur die Folge psychischer und physischer Schädigungen, sondern sie kann sowohl parallel als auch zeitlich vor diesen eintreten. Das skizzierte Schädigungsprofil wird in erster Linie durch den chronischen Alkoholmissbrauch verursacht. Entscheidend für das Eintreten von auffälligen Schädigungen ist das Niveau der Ausgangsressourcen bei Eintritt in die Abhängigkeit. Je geringer die Ausgangsressourcen sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass der CMA-Status sogar in relativ kurzer Frist erreicht wird.<sup>4</sup> Eine Definition sollte deshalb die Gleichgewichtigkeit dieser Faktoren zur Grundlage haben.

### **3. Voraussetzungen für eine Bestimmung der CMA**

#### **3.1. Zur Diagnostik des Abhängigkeitssyndroms**

Das Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms ist die Voraussetzung, um überhaupt – entsprechend der getroffenen definitorischen Festlegung – als CMA eingestuft werden zu können, da CMA eine spezifische Gruppe von Abhängigkeitskranken darstellt.

*Alkoholismus ist eine primäre chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren beeinflusst wird. Diese Krankheit ist charakterisiert durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die vermehrte gedankliche Beschäftigung mit dem Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädlichen Folgen getrunken und dessen Konsum häufig verleugnet wird.*<sup>5</sup>

Die Operationalisierung der Definition eines Abhängigkeitssyndroms geschieht anerkanntermaßen nach dem ICD 10 (International Classification of Diseases). Diese Klassifikation enthält die folgenden Merkmale, von denen mindestens drei während des letzten Jahres erfüllt sein sollten:

- starker Wunsch zum Alkoholkonsum
- verminderte Kontrollfähigkeit
- Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern
- körperliches Entzugssyndrom
- Toleranzsteigerung
- eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkohols
- anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweis schädlicher Folgen

<sup>4</sup> vgl. H.-J. Leonhardt und K. Mühler: Zur sozialen Struktur von Populationen chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker im Regierungsbezirk Leipzig. Arbeitsgruppe Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA) bei der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogenverfahren GAD e. V. Arbeitspapier 1. Februar 1999

<sup>5</sup> zitiert nach L. Schmidt: Begriffsbestimmungen. In: .V. Singer u. S. Teysen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgeerkrankungen. Heidelberg 1999

Alternativ zu dieser Definition der Abhängigkeit wollen wir auf folgende aufmerksam machen:

*Sucht ist eine zwanghafte Begierde nach einem Mittel und /oder Verhalten mit zunehmender Maßlosigkeit, Flucht aus der Realität in die Illusion sofortiger und dauerhafter Befriedigung sowie Beziehungsverlust zu Mitmenschen. Negative bio-psycho-soziale Folgen werden ignoriert. Ein Wandel und/oder eine Erweiterung der suchttauglichen Mittel- und/oder Verhaltenspalette sind jederzeit möglich.<sup>6</sup>*

Sofern die Bedingungen für eine Einstufung als Abhängigkeitskranker erfüllt sind, kann die CMA-Definition angewendet werden.

### **3.2 CMA-Definition**

Die folgende Definition, die die Zustimmung des Fachausschusses *Stationäre Einrichtungen* bei der SLS erhielt, bildet die derzeit sicherste Grundlage zur Beurteilung von Abhängigkeitskranken hinsichtlich ihrer CMA-Einstufung.

*Chronisch mehrfachgeschädigt ist ein Abhängigkeitskranker, dessen chronischer Alkohol- bzw. anderer Substanzkonsum zu schweren bzw. fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen (incl. Comorbidität) sowie zu überdurchschnittlicher bzw. fortschreitender sozialer Desintegration geführt hat bzw. führt, so daß er seine Lebensgrundlagen nicht mehr in eigener Initiative herstellen kann und ihm auch nicht genügend familiäre oder andere personale Hilfe zur Verfügung steht, wodurch er auf institutionelle Hilfe angewiesen ist.*

*Ergänzend können die Kriterien des Definitionsvorschlages der AG zur Definition von „chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke“ benutzt werden.<sup>7</sup>*

Von besonderer Wichtigkeit für diese Gruppe von Abhängigkeitskranken ist die Beachtung der Komplexität des Schädigungsprofils, die insbesondere in der gleichgewichteten Darstellung physischer und psychischer Schädigung und sozialer Desintegration ihren Ausdruck findet. Mit der Einbeziehung sozialer Desintegration geschieht zugleich auch eine Bezugnahme auf einen nichtpersonalen Ursachenkomplex für die beobachtbare Therapieresistenz, welche den Einsatz einer adäquaten Therapiestruktur fördert.

---

<sup>6</sup> F. Härtel, Vortrag, Krankheit Sucht, 1995, unveröff.

<sup>7</sup> vgl.: Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen. In: Sucht, 1999, 45, 1 S. 10

Kritische Anmerkungen zu den vier Kriteriumsbereichen dieses Definitionsvorschlags, die sich im Prinzip auf eine fehlende Transparenz der definierten Bereiche sowie die Substituierbarkeit sozialer Defizite bezieht, sind enthalten in:

vgl. Leonhardt, H.-J. u. K. Mühler: Zur Problematik der Definition und der Behandlung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker (Alkohol und Medikamente). In: SuchtReport. Berlin 1998, (3)

Die Erweiterung der hier vorgetragenen Definition durch diese Kriteriumsbereiche dient dem Offenhalten der Vergleichbarkeit von Datensätzen, die aufgrund der Definitionen entstehen.

### 3.3 Operationalisierung der CMA-Definition

Mit der CMA-Definition wird ein Einblick in die Spezifik dieser Gruppe von Abhängigkeitskranken gegeben, durch die sie sich von anderen Abhängigen unterscheidet. Für die konkrete Einstufung eines Abhängigkeitskranken muß diese Charakteristik operationalisiert werden. Bei der Ableitung beobachtbarer Merkmale aus einer Definition muß deren Grundaussage erhalten bleiben. Für die CMA-Definition ist dies die Beachtung der drei Schädigungsdimensionen (organisch, psychisch und sozial).

Die Konstruktion eines Index eröffnet die Möglichkeit, flexible Schädigungsstufen von CMA wiederzugeben. Über eine Dichotomie CMA und Nicht-CMA ist nur sehr ungenau erkennbar, wie sich CMA entsprechend der definierten Merkmale zusammensetzen und inwieweit andere Abhängigkeitskranke CMA-gefährdet sind.

Entsprechend der Definition soll eine für drei Merkmalsgruppen geltende Einstufung gewährleistet sein.

Die folgenden Daten sind aus unserer Untersuchung in den Kreisen Döbeln und Torgau-Oschatz<sup>8</sup> entnommen.

Die folgende Tabelle enthält in absoluten Zahlen (N = 427 Abhängigkeitskranke<sup>9</sup>) die Angaben für die am häufigsten zutreffenden somatische oder psychischen Schädigungen. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Insgesamt umfassen die erhobenen Angaben 58 verschiedene somatische und psychische Schädigungen.

diagnostizierte somatische oder psychische Schädigungen	Anzahl (absolut)
Hepathopathie	217
Encephalopathie	121
Polyneuropathie	99

Dabei zeigt sich, daß bei einer beträchtlichen Zahl der Abhängigkeitskranken ein enger Zusammenhang der somatischen und psychischen Schädigungen gegeben ist. Die folgende Kreuztabelle verdeutlicht diesen Zusammenhang. Das Zusammenhangsmaß Cramer's  $V^{10}$  von 0.52876 bei hoher Signifikanz (Ausschluß der Zufälligkeit des Zusammenhangs) unterstreicht den sich bereits optisch an Hand der empirischen Verteilung deutlich abhebenden Zusammenhang. Demnach ergibt sich für fast 50% der Patienten eine sowohl somatische als auch psychische Schädigung (n=201).

<sup>8</sup> unterstützt durch die Amtsärzte Frau Dr. Zirm und Herrn Dr. Prokop

<sup>9</sup> diese Zahl umfaßt alle Abhängigkeitskranken, die im Untersuchungszeitraum in den Kreiskrankenhäusern der Region angetroffen wurden;

<sup>10</sup> Verwendung für die Ermittlung von Zusammenhängen zwischen nominalskalierten Variablen.

Demgegenüber ist ein Zusammenhang zwischen den somatischen und psychischen Schädigungen auf der einen Seite und der sozialen Desintegration auf der anderen im Prinzip nicht gegeben (Cramer's  $V = .06921$ , nichtsignifikant). Das unterstützt die Annahme, daß sich soziale Desintegration nicht allein zwingend aus somatischer und/oder

V23I somatische Schädigung by V23II psychische Schädigung

Page 1 of 1

V23I	Count	V23II		Row Total
		keine	mind. eine	
keine	0	101	6	107 26,0
mind. eine	1	104	201	305 74,0
Column Total		205 49,8	207 50,2	412 100,0

  

Statistic	Value	ASE1	Val/ASE0	Approximate Significance
Phi	,52876			,00000
Cramer's V	,52876			,00000
Contingency Coefficient	,46743			,00000

Number of Missing Observations: 15

Zusammenhang somatische und psychische Schädigung

psychischer Schädigung ergibt, sondern ein eigenständiges Schädigungsprofil des chronischen Trinkverhaltens darstellt.

Die Operationalisierung geschieht über einen Index, der die Erfassung der drei Schädigungsdimensionen sichert. Dadurch wird neben der CMA-Einstufung auch eine Erfassung differenzierter Schädigungsprofile von CMA möglich. Über diesen Index wird auch – gemäß der zugrundegelegten Definition – gesichert, daß weder allein hohe somatische oder psychische Erkrankungen noch allein völlige soziale Desintegration bereits für die Einstufung in einen CMA-Status ausreichen.

Die folgende Tabelle skizziert dieses Konzept. Dabei sind die Folgeerkrankungen nach ihrer erfahrungsgemäßen Häufigkeit in Verbindung mit vorhandener Abhängigkeit aufgenommen.

*Index für CMA:*

somatische Folgeerkrankungen	max. 6 Pkt.	psychische Folgeerkrankungen	max. 6 Pkt.	soziale Desintegration	max 6 Pkt.
------------------------------	-------------	------------------------------	-------------	------------------------	------------

Die folgende Liste von zu berücksichtigenden alkoholbedingten somatischen Folgeerkrankungen umfaßt ein erfahrungsgestütztes Spektrum für die Bestimmung von CMA:

Lebererkrankungen, Oesophagusvarizen, Mallory-Weiss-Syndrom, Gastritis, Magen- und Duodenalulcera, Pankreopathien, Malabsorption, Carcinome des gesamten Verdauungstraktes, Hypertonie, Kardiomyopathie, generative Impotenz, Hodenatrophien, epileptische Anfälle, Morbus Wernicke, Morbus Korsakow, Polyneuropathien.

Als psychische Folgeerkrankungen inklusive Comorbidität halten wir für besonders erwähnenswert:

Vorauslaufende neurotische und Persönlichkeitsfehlentwicklungen, Entzugssyndrome unterschiedlicher Schwere und Akzentuierung, Delire, Depressionen, paranoide Psychosen, Halluzinosen, hirnorganische Durchgangs- und Psychosyndrome, Wesensänderungen, Demenzen.

Für soziale Desintegration ist eine Einstufung nach dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein folgender Beziehungen vorgesehen:<sup>11</sup>

<b>Familie</b>	<b>Arbeiten</b>	<b>Wohnen</b>
verheiratet	feste Arbeit	eigene Wohnung
Lebensgemeinschaft.	befristete Arbeit	Zimmer bei Dritten
allein lebend	arbeitslos	Obdachlos

Für die Operationalisierung der somatischen und psychischen Schädigung ist sowohl die konkrete Benennung und deren Schwere als auch eine generelle Schätzskala des gesundheitlichen Gesamtzustandes des Abhängigkeitskranken erforderlich.

Durch die geplante differenzierte Erhebung wird es möglich, entsprechend der Grundbestimmung der CMA eine relativ deutliche Abgrenzung dieser Gruppe von anderen Abhängigkeitskranken vorzunehmen und eine geeignete Hilfe- und Therapiestruktur zu entwickeln.

So erlaubten die bisher in unterschiedlichen Kreisen des Regierungsbezirks Leipzig durchgeführten zeitlich punktuellen Analysen (Querschnittuntersuchung) der CMA-Population Aussagen über die vorhandenen Populationsstrukturen und Zusammenhänge zwischen einzelnen Strukturelementen.

Dauerbeobachtungen dieser Population (Längsschnittuntersuchungen) ermöglichen dagegen Aussagen über die zahlenmäßige Entwicklung der CMA-Population und die Inanspruchnahme spezifischer Hilfeangebote (durchschnittliche Verweildauer in Betreuungs- und Therapieeinrichtungen unter Berücksichtigung der Therapiewilligkeit, Warte- und Abbruchbereitschaft).

Erst diese Aussagen erlauben eine genauere quantitative Schätzung der erforderlichen Hilfs-, Beratungs-, Betreuungs- und Therapieangebote. Sie sind deshalb für alle weiteren Planungen des Aufbaus spezifischer Versorgungsstrukturen für CMA unverzichtbar.

<sup>11</sup> Ausführlich erläutert in Leonhardt, H.-J. u. K. Mühler: Zur sozialen Struktur von Populationen chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker im Regierungsbezirk Leipzig. Arbeitspapier 1, Februar 1999