

Zwischen Katastrophenszenarien und Empowerment

Paradigmen patientenzentrierter Suchtbehandlung

Michael Krausz

University of British Columbia (UBC), Vancouver, Canada

1 Vorweg

Jeder Therapeut weiß, dass der Umgang mit psychischen Krisen nicht in erster Linie eine Frage technischer Fähigkeiten ist. Die beste Hilfe kann abhängig von den Bedürfnissen und Voraussetzungen der Betroffenen in unterschiedlichen Strategien liegen, die unterschiedliche Therapieziele adressieren sollen (Körkel 2002). Das haben wir in den letzten Jahrzehnten gerade im Suchtbereich lernen müssen. Dogmen sind etwas ganz anderes als Paradigmen. Katastrophenszenarien sind selten auf Evidenz, sondern auf Ideologie gebaut. Nicht der Betroffene steht im Mittelpunkt, sondern mehr oder weniger paternalistische Ideen im Rahmen der "Mainstream Politik" der Prohibition (Thomasius 2000).

In der Versorgung von Menschen mit einem schädlichen Konsum psychotroper Substanzen – oft verbunden mit anderen psychischen Problemen – gab es ohne Frage Fortschritte. Trotzdem können wir als Teil des Versorgungssystems selbst bei bescheidenen Ansprüchen, nicht zufrieden sein:

Suchtkranke gehören immer noch zu den am stärksten Stigmatisierten in unserer Gesellschaft inklusive in der Medizin (Krausz et al. 2012).

Der größte Teil der Gelder im Umgang mit Sucht fließt in die Ausstattung von Polizei und Justiz, weniger als 20% in die Therapie (Meara et al. 2005).

Wir machen nur der Minderheit der Betroffenen ein akzeptables Behandlungs- oder Hilfeangebot (Kessler et al. 2005, Wang 2005, Wienberg 2001). Je kränker die Betroffenen sind, umso schwerer wird ihnen der Zugang zur Hilfe gemacht (Krausz et al. 2012).

Die Hilfe kommt i. d. R. 10 Jahre nach den ersten eindeutigen Symptomen, Frühinterventionen sind auf Ausnahmen beschränkt.

Die Behandlungsziele sind teilweise rechtlich auf Abstinenz vorgegeben, den Betroffenen bleibt keine therapeutische Wahl oder die Abwendung vom bestehenden Hilfsangebot.

Liegt eine Veränderung überhaupt im Bereich des Möglichen? Schon diese Frage allein kennzeichnet die besonde-

re Stellung der Sucht in unserem Hilfesystem. Stellen Sie sich vor, nur 10% von Patienten mit einer schweren Herzkrankung, Krebs oder HIV hätten Zugang zu existierenden effektiven Behandlungen? Die Grundfesten unseres Systems wären erschüttert. Das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit offensichtlich verletzt und die öffentliche Meinung wäre extrem kritisch. Stellen Sie sich vor, Betroffene in der somatischen Medizin dürften bei der Auswahl der Therapie mitentscheiden?

2 Nichts ist so praktisch wie eine gute Theorie

Der Zustand unseres Systems ist insgesamt veränderungsbedürftig, es geht nicht nur um Guidelines, Therapieziele oder gar bestimmte Interventionen. Die Verwendung begrenzter vorhandener Ressourcen setzt die Einigung auf Prioritäten voraus, die auf definierten Behandlungsparadigmen und Wertvorstellungen basieren. Nur das erklärt die große Aufmerksamkeit der UN Resolution für die Rechte der Behinderten (UN 2006, <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>).

Der faktische Druck der HIV-Epidemie in den Achtzigern und danach hat so einen Systemwechsel auf der Grundlage eines Paradigmenwechsels geführt. Harm reduction (Uchtenhagen 2005) statt des herrschenden Abstinenzdogmas und Substitution in Ergänzung bestehender abstinenzorientierter Ansätze (Rhodes et al. 2010) (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>). Ein Musterbeispiel für die Bedeutung von Paradigmen für die Effektivität und Qualität von Therapie.

Im Ergebnis war dies die erfolgreichste Maßnahme zur Senkung der HIV-Inzidenz. Es ebnete die Entwicklung zum heutigen Konsensus in der Europäischen Gemeinschaft bzgl.

Korrespondenzautor:

Prof. Dr. Michael Krausz
University of British Columbia (UBC)
Department of Psychiatry
Vancouver
Canada
E-Mail: M.Krausz@mac.com

der Suchttherapie (Uchtenhagen 2005) und war ein erster ernsthafter Schritt der Anpassung des Systems an die Bedürfnisse der Betroffenen. Insbesondere die Schweizer Drogenpolitik und ihre Implementierung in den Neunzigern und etwas später die Portugiesische Regierung mit der Entkriminalisierung des Drogenkonsums (Greenwald 2009) gab der Entwicklung zentrale Impulse (<http://www.heise.de/tp/artikel/34/34857/1.html>).

3 Subjektive Vorschläge für 10 essentielle Behandlungsparadigmen

Die essentiellen Paradigmen eines modernen und humanen Behandlungssystems für Suchterkrankungen, wie andere psychische Krisen wären aus meiner Sicht die folgenden:

3.1 Frühe Identifikation von Problemen und Frühintervention

Die Behandlung schwerer chronischer Verläufe verbraucht die Masse des verfügbaren Budgets. Wir produzieren chronische Fälle und lebenslang Behinderte durch langes Warten unter dem Druck begrenzter Ressourcen. Prävention gibt es nicht wirklich und Frühintervention nur in Ausnahmen. 10 Jahre vergehen im Durchschnitt bei Suchterkrankungen von ersten definitiven Symptomen und professioneller Hilfe.

Frühe Problemerkennung und Hilfe sind nicht teuer, erfordern aber eine Umorganisation des Systems – einen Paradigmenwechsel! Drei Beispiele:

- a) Die Nutzung neuer Technologien
Durch webbasierte und mobile Technologien könnte man leicht den Zugang zu Selbstbewertung eigenen Konsums und den Zugang zur Hilfe unterstützen (<https://www.drinkaware.co.uk/make-a-change/how-to-cut-down/are-you-ready-to-cut-down>).
- b) Die Nutzung kritischer Schnittstellen
Dort wo die Betroffenen in kritischen Situationen auffällig werden, beim Hausarzt und Notfallambulanzen, könnte man den Zugang zur Hilfe organisieren (Krausz et al. 2002)
- c) Brief Intervention als Standard
Durch Schulung in einfachen Methoden im ganzen Versorgungssystem könnte man Betroffene ohne spezialisierte Institutionen erreichen.

3.2 Harm reduction und die Senkung der Mortalität

Harm reduction ist ein akzeptierter Standard medizinischen Handelns, eigentlich seit Hippokrates (Rhodes et al. 2010). Die EU u. a. haben es als strategisch wichtige Komponente des Hilfesystems akzeptiert. Umgesetzt ist es

nur sehr partiell. Um die mit Sucht einhergehenden psychischen und körperlichen Erkrankungen zu adressieren, brauchen wir einen holistischen nicht nur auf Substanzkonsum reduzierten Ansatz, der hilft, die enorme Mortalität dieser Patienten zu senken (Frischer et al. 1993).

3.3 Nachhaltigkeit der Hilfen – Kontinuität in Beziehungsgestaltung und Therapie

Veränderungen in langfristigen/chronischen Prozessen brauchen normalerweise Zeit. Die Bedeutung von Beziehungskontinuität in jeder Behandlung ist gut untersucht (Grawe et al. 1993). Trotzdem müssen die Betroffenen sich ständig neu orientieren und ihre Geschichte erzählen. Nachhaltigkeit könnte man einfach unterstützen, z. B. durch

- a) Verbesserte Kommunikation und Dokumentation in Kontrolle der Betroffenen, z. B. persönliche Gesundheitsakten (personal medical health record).
- b) Durch die Unterstützung der Kommunikation mit dem bevorzugten Therapeuten über web basierte Systeme und virtuelle Kliniken.

3.4 Stigma und Therapie statt Strafe

Nur ein kleiner Prozentsatz der Gelder, die die Gesellschaft im Umgang mit Sucht investiert, kommt der Therapie zugute. Die meisten Ressourcen fließen in Strafverfolgung und Justiz in Konsequenz der Prohibition. Dazu sind psychisch Kranke, insbesondere Suchtkranke, auch im Hilfesystem strukturell benachteiligt. Stigma und Kriminalisierung sind große Hindernisse zu einem effektiven Hilfesystem. Unabhängig von der Art der Intervention ist Akzeptanz und der Umgang im Rahmen der Grundrechte und geltenden internationalen Abkommen Voraussetzung für erfolgreiche Hilfe.

3.5 Empowerment und Ressourcenorientierung

- Entscheidend für Erholung und Reintegration – die Recovery – sind die Ressourcen der Betroffenen. Therapie ist häufig, die Entwicklung der Ressourcen zu unterstützen – Empowerment. Die Professionellen verbringen zwangsläufig nur einen kleinen Teil der Zeit mit den Betroffenen, diese müssen es lernen, mit den Herausforderungen des Lebens selber besser umzugehen. Empowerment ist der Schlüssel für Überwindung der Krisen, die Recovery! (http://www.mentalhealth4kids.ca/healthlibrary_docs/PrinciplesOfStrengthBasedPractice.pdf)

3.6 Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen

Warum ist die "objektive" Ausrichtung an Gesundheitsparametern für die Medizin unzureichend? Weil Gesund-

heit nicht nur eine Reflektion des biologischen Funktionierens ist, wie es schon die WHO-Definition reflektiert (<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>), sondern gerade die Determinanten von Lebensqualität über Laborwerte hinausgehen. Subjektive Bedürfnisse als maßgebend für Verhaltensmodifikation müssen therapeutische Strategien steuern oder diese drohen zu scheitern.

3.7 Steuerung aus der Gemeinde – einfacher Zugang zu Hilfe und Integration der Behandlungssettings

Unser Versorgungssystem ist ausgerichtet an der Krisenintervention. Das Akutsystem ist weitgehend getrennt von der Gemeinde. Warum wird nicht auch die Krise aus der Sicht des langfristigen Veränderungsprozesses bewältigt? Recovery braucht lange Anstrengung, der Raum dafür ist das Leben in der Gemeinde, die Hilfe sollte mit dieser Perspektive gesteuert werden.

3.8 Peersupport und Familienarbeit

Die sozialen Netze ebenso wie die Herkunftsfamilie sind am nächsten an den Betroffenen, auch wenn die Interaktion nicht notwendigerweise konfliktfrei ist. Für viele Menschen sind sie die wichtigste Ressource im Umgang mit Krisen und verdienen Unterstützung sowie direkte Hilfe bei Rückfällen und Recovery (Stanton et al. 1978)! Dies muss bei jedem Betroffenen eingeplant und an die spezifischen Wünsche angepasst werden.

3.9 Abstinenzdogma, Behandlungsziele und Veränderungswunsch

Um erfolgreich zu sein müssen Ziele realistisch auf vorhandene Ressourcen aufbauen und dem Veränderungswunsch der Betroffenen entsprechen. Der Betroffene muss sich entscheiden Dogmen sind nicht hilfreich (Körkel 2002).

3.10 Reale Hilfe bei der Problemlösung

Jede Therapie muss reale Hilfe bei der Problemlösung realer Herausforderungen beinhalten (Wohnung finden, Arbeit, Kontakte herstellen etc.), um wirksame Veränderungen zu unterstützen (Grawe 1991).

4 Zwischen Katastrophenszenarien und Empowerment

Das Beschwören schrecklicher Konsequenzen oder Drohen mit signifikanten Strafen im Umgang mit Substanzmittel-

konsum ist oft Ausdruck kollektiver Hilflosigkeit, basierend auf Katastrophenszenarien und verbunden mit dem Unverständnis insbesondere jugendlicher Motivationslagen.

Dabei wissen wir, dass Lernen vor allem von positiver Verstärkung profitiert. Der Konsum psychotroper Substanzen ist dabei oft schon ein Versuch, mit anderen bestehenden Problemen umzugehen, sich in eine Alkohol oder Drogen geschwängerte Umgebung einzufügen und ein guter Peer zu sein.

Bessere Entscheidungen und effektive Bewältigung konkurrieren mit Werbung und den üblichen Vorbildern/Verdächtigen, das sind die Herausforderungen, denen wir uns stellen müssen. Wenn die Betroffenen sich durch Therapien gestärkt, von Therapeuten unterstützt und den Informationen orientiert fühlen, können wir auf langfristige Effekte hoffen.

5 Literatur

- Frischer M, Bloor M, Goldberg D, Clark J, Green S, McKeganey N (1993). Mortality among injecting drug users: a critical reappraisal (see comments). *Journal Of Epidemiology And Community Health* 47 (1), 59-63
- Grawe K (1993). *Psychotherapie/ : Von der Konfession zur Profession?* Beltz, Weinheim. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, S. 673-748
- Greenwald G. (2009). *Drug DECRIMINALIZATION*. Washington D.C.
- Kessler ?? (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 593
- Koerker J (2002). Kontrolliertes Trinken/ : Eine Übersicht. *Suchttherapie/Grundlagen, Klinik, Standards. Leitfaden für Praxis und Fortbildung* 3, 86-97
- Krausz M, Götz J (2002). Ambulante Suchtmedizin in Deutschland – Die Rolle des Hausarztes in der Versorgung Opiatabhängiger. In: Fischer G (Ed). *Therapie mit Opioiden*. Facultas, Wien, S. 65-70
- Krausz M, Kaiser E (2011). Treatment of addiction – approaches, evidence and beliefs. In: Carter A, Hall W, Iles J (Eds.). *Neuroethics*. Elsevier, S. 302-311
- Krausz MR, Clarkson AF, Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz C (2012). Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless in 3 different urban settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* ??, ??-??
- Meara E, Frank RG (2005). Spending on substance abuse treatment – how much is enough.pdf 100, 1240-1248
- Rhodes T, Hedrich D (2010). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. (Rhodes T, Hedrich D (Eds.). EMCDDA, Lisbon
- Single Robson L, Xie X, Rehm JE (1998). The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction* 93 (7), 991-1006
- Stanton MD, Todd TC, Heard DB, Kirschner S, Kleiman JI, Mowatt DT, ... Van Deusen JM (1978). Heroin addiction as a family phenomenon: a new conceptual model. *American Journal Of Drug And Alcohol Abuse* 5 (2), 125-150
- Thomasius R (2000). *Psychotherapie der Suchterkrankungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend*. Thieme, Stuttgart
- Uchtenhagen A. (2005). Risiko- und Schadensminimierung – wie wirksam sind sie? *Suchttherapie – Grundlagen, Klinik, Standards: Leitfaden für Praxis und Fortbildung*. 6, 1-8. doi:10.1055/s-2005-858339
- U.-N. (2006). *United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. (U. Nations, Ed.). Retrieved from <http://www.un.org/>
- Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2005). Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 62 (6), 629-640
- Wienberg G, Driessen M (2001). Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit: innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. *Psychiatrie-Verlag, Bonn*