Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 39 (2013)
Heft: 6

Artikel: Sucht und Psychiatrie : auf der Suche nach klaren Verhältnissen
Autor: Krausz, Michael R. / Strehlau, Verena
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800071

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 17.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Sucht und Psychiatrie – auf der Suche nach klaren Verhältnissen

Die Psychiatrie als Institution und Fach hat für Suchtkranke nur begrenzt Engagement gezeigt. Manchmal war sie sogar Teil des Problems der Ausgrenzung und Stigmatisierung. Das Versorgungssystem für Süchtige bildete sich hauptsächlich ausserhalb der Psychiatrie in einem eigenständigen System aus. Zu den grossen Veränderungen der Behandlung trugen einzelne Psychiater zwar bei, an der Marginalisierung in der Versorgung änderte das aber wenig. Erst mit der Debatte um die Komorbidität seit den 1980er-Jahren und dem DSMIII-R öffnete sich die Psychiatrie der Realität einer überwiegenden Koinzidenz von Sucht und psychischen Störungen. Am Beispiel der Versorgung Suchtkranker verdeutlicht sich ein generelles Problem der Psychiatrie, das wesentlich über seine Rolle und Zukunft mitentscheiden wird. Ist die Psychiatrie bereit, die Bedürfnisse der PatientInnen zum Ausgangspunkt der Versorgung zu machen und die notwendigen Veränderungen einzuleiten wie bspw. die Integration der Suchttherapie in das psychiatrische System?

R. Michael Krausz
Prof. Dr., PHC Leadership Chair for Addiction Research, Professor and Director Addiction Psychiatry, University of British Columbia (UBC), Vancouver, BC Canada, michael.krausz@ubc.ca

Verena Strehlau
Dr. med., Research Track Resident, University of British Columbia (UBC), Vancouver, BC Canada, verena.strehlau@ubc.ca

Schlagwörter: Behandlungsparadigmen | Psychiatrie | Suchtkonzept | Stigma | Komorbidität |

Vorbemerkung

Substanzmittelmissbrauch ist ein sehr verbreitetes Phänomen in fast allen Gesellschaften. Er ist kulturell seit Jahrtausenden integrierter Bestandteil menschlichen Lebens einerseits und Gegenstand von starken Emotionen und Stigmata andererseits.[1] Opiate gehören ausserdem zu den ältesten Medikamenten in nahezu allen Kulturen,[2] verwendet in der Schmerztherapie wie der Therapie von Schlafstörungen. Insbesondere die Medizin hat neben der Politik Schwierigkeiten, sich zur Sucht sachlich und nach wissenschaftlichen Kriterien zu positionieren. Vor allem seit der Einführung der Prohibition Anfang des letzten Jahrhunderts wurden auch die, die sich therapeutisch oder wissenschaftlich damit beschäftigten, teilweise an den Rand gedrängt u.a. auch dadurch, dass die Suchtthematik in medizinischen Kreisen weiterhin stigmatisiert und von sekundärer Relevanz bleibt. Selten wurde eine PatientInnengruppe so lange mit einem so kohärenten Stigma belegt. Nur die ersten HIV-infizierten PatientInnen sahen sich Vergleichbarem ausgesetzt, bis prominente Betroffene an die Öffentlichkeit gingen.

Trotz der Zuordnung zur Psychiatrie in Klassifikation und Modellbildung seit der Einführung des DSM und des ICD entstanden getrennte Versorgungsangebote, basierend auf dem Abstinenzparadigma und unter Missachtung der Tatsache, dass nahezu alle schwer Abhängigen unter mehr Problemen leiden als nur unter dem zu hohen Drogenkonsum. Daher besteht die Forderung nach einem Umgang mit der Suchtthematik der deutlicher von Evidenz und PatientInnenzentrierung geprägt ist.

Einstiegsfrage: Gehört die Sucht in die psychiatrische Krankheitslehre...

...oder ist vielleicht der bevorstehende Wechsel zum ICD 11 eine gute Gelegenheit, die Sache zu bereinigen und eine saubere Trennung zu vollziehen? Dies ist eine interessante Frage, in der sich gleich zwei Identitätskrisen reflektieren:

- die Identitätskrise einer Psychiatrie, die ihrem Versorgungsauftrag in kritischen Bereichen nicht nachkommt und in der verschiedene Fragen gären, wie jene nach der Zukunft zwischen «Neuromythologie» und Psychologie (beide Positionen sind in der Schweiz gut vertreten), nach ihrem Versorgungsauftrag und ihrer Rolle in der Gesellschaft angesichts weniger Ressourcen
- die Identitätskrise der Suchtmedizin und Suchtforschung, die sich in der Nische der Ignoranz der «Rest-Medizin» und entlang der HIV-Epidemie entwickelt haben und gerne trotzig auf die Psychiatrie verzichten, die sowieso kaum verfügbar ist und zwar in der Versorgung ebenso wenig wie bei der Antwort auf die drückenden Fragen der alltäglichen Versorgung.

Wären nicht die realen PatientInnen mit ihren realen Problemen und die Gesellschaft auf der Suche nach einer angemessenen Reaktion auf grösser werdende Probleme, könnten sich die Beteiligten sicher gut mit dem Scheitern der bisherigen Bemühungen arrangieren.
Da es sie aber gibt, diese PatientInnen, und da diejenigen mit einer Komorbidität mittlerweile unter den AkutpatientInnen in der Mehrheit sind, harrt die obige Frage einer oder mehrerer Antworten.

Bemerkungen aus Sicht der PatientInnen

Nur eine relativ kleine Minderheit der Betroffenen hat Zugang zu ExpertInnen mit einer Ausbildung, die den Anforderungen moderner Guidelines entspricht. Je komplexer das Problem, je kränker die PatientInnen, umso schwieriger ist es, Zugang zu einer angemessenen Unterstützung zu finden. Die Qualität der Behandlung ist überdies – gemessen an der sogenannten «Best Practice» – unzureichend, wie das New Yorker Institute of Medicine in einer Studie zur Qualität der Medizin insgesamt dokumentieren konnte.[3] Aber deshalb auf eine qualifizierte psychotherapeutische oder pharmakologische Behandlung ganz verzichten? Gibt es keine Alternative zum Drogenmissbrauch, der häufig Ausdruck von Selbstmedikation ist? Letztlich ist jeder Versuch einer Psychotherapie ein Wettbewerb mit den individuellen Copingstrategien der Betroffenen, wie viele Nebenwirkungen sie auch haben. Eigentlich ist die Koinzidenz von psychiatrischen Erkrankungen oder bestimmter ‹adverse life events› wie z.B. traumatischer Erfahrungen und Suchterkankungen gut untersucht und es braucht die fachliche Kompetenz zur Bewältigung der Folgen, Kompetenzen, die im Idealfall in der Psychiatrie vorhanden sind.

Die ambitendente[4] Rolle der PsychiaterInnen

In der Geschichte der Psychiatrie ist ebenso viel Ignoranz gegenüber Suchtkranken, wie überzeugter Einsatz für sie zu finden. Es gab und gibt sie immer beide in diesem Fach: die VertreterInnen des gesellschaftlichen Mainstream, die glauben, mit Stigma und Strafe das «Übel» zu bezwingen, und die FachvertreterInnen an der Seite der Verletzlichsten in der Gesellschaft, die auf Therapie und Unterstützung setzen und die Regeln der evidenzbasierten Medizin auch in der Suchttherapie anwenden wollen. Das bedeutendste Problem generell ist aber der Mangel an gut ausgebildetem Personal, das klinisch wie wissenschaftlich grossen Aufgaben gewachsen wäre. Im Bereich «Mental Health» sieht nur jeder zehnte Patient eine Fachperson, eine Zahl, die für die häufigen Störungen, die von Goldberg benannten «common mental illnesses» – dazu zählen depressions- und angstassoziierte Symptome – noch viel kleiner ist.[5] International bleibt bemerkenswert, dass die Beschäftigung mit der Sucht in der akademischen Psychiatrie nur in seltenen Ausnahmefällen karrierefördernd ist. Im Studium und der Facharztausbildung wird Sucht grob vernachlässigt – insbesondere gemessen an ihrem Anteil an der Krankheitslast (burden of disease)[6] und es ist gut dokumentiert, dass die Qualität der Versorgung Suchtkranker unzureichend ist.[7] Es dauert sehr lange vom Auftreten der ersten eindeutigen klinischen Symptome des/der PatientIn bis zum Einsetzen professioneller Hilfe.[8] Die wissenschaftlichen Beiträge zur Epidemiologie, Modellbildung und Psychotherapie der Sucht – bspw. nach West oder Khantzian – haben bis heute nur sehr begrenzten Effekt auf die klinische und wissenschaftliche Realität.[9]
Die Schweizer Psychiatrie spielte insbesondere in den neunziger Jahren eine Sonderrolle, – dank VertreterInnen der akademischen Psychiatrie insbesondere im deutschsprachigen Teil des Landes - die Interesse an Sucht hatten und wichtige klinische Initiativen zur Lösung der Probleme um die offenen Drogenszenen ergriffen. PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen wie Daniel Meili, Marco Olgiatti und Werner Fuchs in Zürich und Robert Hämmig in Bern spielten dabei eine zentrale Rolle. Die Gründung der ARUD (Arbeitsgemeinschaft für Risikoarmen Umgang mit Drogen) in Zürich ist ein gutes Beispiel einer Initiative zur Verwirklichung integrativer und patientInnenorientierter Therapiekonzepte im Suchtbereich.
Ambros Uchtenhagen als Lehrstuhlinhaber für Sozialpsychiatrie bis in die 1990er Jahre initiierte zusammen mit seinem Team nicht nur die PROVE-Studie zur heroingestützten Behandlung sondern half beim Richtungswechsel der Schweizer Drogenpolitik insgesamt.[10] Uchtenhagen hatte bei der europäischen Antwort auf die suchtmedizinischen und drogenpolitischen Herausforderungen der neunziger Jahre eine zentrale Rolle inne. Dies war Ausdruck der Möglichkeiten und der Leistungen Einzelner, sowie ein Beleg dafür, wie wertvoll die Erfahrungen der Psychiatrie für die Suchtmedizin sein können, wobei sich aber dadurch die Orientierung im gesamten Fach in der Schweiz nicht verändert hat. Edward Khantzian und Leon Wurmser sind Vertreter der parteilichen psychoanalytischen Psychotherapie in Nordamerika, die frühzeitig auf die komplexen Hintergründe von Abhängigkeit aufmerksam gemacht haben.[11] Dies sind nur einige wenige Beispiele, die belegen, dass PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen zur Diskussion und Systemgestaltung beigetragen haben.

Gehört die Sucht in das psychiatrische Klassifikationssystem?

Vergleichsweise könnte man fragen, ob der Diabetes mellitus dem Fachbereich der Inneren Medizin zuzuordnen ist. Jede medizinische Klassifikation und Zuordnung ist eine Frage der Übereinkunft, ein Versuch, die verschiedenen Dimensionen einer Störung am besten abzubilden, um einen angemessenen Rahmen für Beschreibung, Diagnostik, Intervention und Therapie zu haben. Wie sehr dieser Versuch von Kompromissen geprägt ist, zeigen die aktuelle Diskussion um das DSM-5 und die vielfachen Änderungen der Klassifikationssysteme über den Zeitraum der letzten Jahrzehnte. Wie angemessen die Klassifikation und die Kriterien zur Erfassung von Symptomen und Syndromen sind, entscheidet auch die psychiatrische Praxis. Die Psychiatrie hat sich mit dem DSMIII-R und dem ICD-10 auf die angemessene Beschreibung, die «deskriptive Psychopathologie», als Grundprinzip geeinigt. Dies geschah u.a. aus Mangel an Evidenz in Bezug auf spezifische pathophysiologische Kenntnisse, die eine Klassifikation auf der Basis von Entstehungsmechanismen erlaubt hätte. Das Problem der Behandlung Suchtkranker in der Psychiatrie und darüber hinaus ist weniger die Nosologie, sondern dass oft – aus verschiedenen Gründen – nicht getan wird, was sich als wirksam erwiesen hat.
Das zu Anfangs genannte Beispiel des Diabetes mellitus zeigt darüber hinaus, dass Lebensstil und Verhalten auch selbst bei körperlichen Erkrankungen eine verlaufsbestimmende Rolle spielen. Menschliches Leiden folgt oft nicht dem simplen Krankheitsmodell der Infektionskrankheiten und niemand fordert, die Diabeteserkrankung in einem Klassifikationsmodell neu einzuordnen. Er ist, wie die Suchtsymptomatik, nie die einzige, isoliert vorliegende Störung bei den Betroffenen. Trotzdem ist es dem Wesen nach eine Stoffwechselstörung und angemessen beschrieben und verortet in der Inneren Medizin. Es ist nicht das Klassifikationssystem oder die Zuordnung von Störungen in dieses System, das geändert werden muss, es ist das Fach der Psychiatrie, das bezüglich sucht-medizinischen Fragestellungen nicht auf der Höhe der Zeit fungiert.

Was tun bei kollektiven Identitätskrisen?

Krisen sind beides, wie wir es auch unseren PatientInnen zu vermitteln versuchen: sie bergen Chance und Risiko, sie stehen für Entwicklungschancen und mögliches Scheitern. Das gilt auch für wissenschaftliche und klinische Disziplinen. Sie entwickeln sich

in Zyklen, nicht stetig. Der Umgang mit der Sucht ist im Falle der Psychiatrie dabei nur ein Symptom – wenn auch ein wichtiges. An welchen Fragen könnte die Psychiatrie «scheitern»? Wo muss sie sich weiterentwickeln, um ihrer Aufgabe der effektiveren Hilfe Betroffener gerecht zu werden?

- Die Anpassung des Behandlungsangebotes an die Bedürfnisse der Betroffenen muss zuallererst die Tatsache der verbreiteten Komorbidität von psychischen Störungen bei Sucht einbeziehen. Die angemessene Hilfe für die Verletzlichsten, die Strassen und Elendsviertel bevölkern, die Wohnungslosen und Strassenkinder in allen Grossstädten, gehören an erster Stelle dazu.
- Der Wandel vom Konzept des Paternalismus zum Konzept des «Empowerments» in der Haltung zu den Betroffenen und ihren Familien wäre ein lange überfälliger Paradigmenwechsel. Dieser entspricht nicht nur der selbstverständlichen Selbstbestimmung die jeder Mensch über seine Gesundheit haben sollte, sondern würde das professionelle Handeln in der Psychiatrie dorthin bringen, wohin es gehört: an die Seite der Betroffenen.
- Die Unterversorgung vieler PatientInnen und die unzureichende Qualität der Versorgung muss zu mehr Parteilichkeit führen. Der suchtmedizinische Aspekt der Psychiatrie ist der am meisten unterversorgte und unterfinanzierte Bereich in der Medizin, die strukturelle Diskriminierung ist eines der grössten Hindernisse in der Zukunft der Medizin und der Psychiatrie.
- Die Herausforderung für Forschung und Ausbildung ist, an diese Aufgaben anzuknüpfen. Es muss eine stärkere und sinnvolle Verbindung von Methoden und wissenschaftlichen Disziplinen erreicht werden, die an der praktischen Lösung im Hinblick auf eine bessere Versorgung mitwirken kann.

Was also tun?

Es gibt mehrere Gründe, weswegen die jetzige Performance der PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen gegenüber Menschen mit einer Suchterkrankung teilweise als unprofessionell und/oder unzureichend anzusehen ist. Ein Psychiatriesystem mit einem extrem hohen Anteil an Komorbidität erfüllt seinen Auftrag nicht, wenn es die Suchtbehandlung nicht in sein tägliches Behandlungsangebot integriert. Psychopharmakologie und Psychotherapie sind von grosser Bedeutung für die Behandlung von Suchtkranken. Nur das Management von Entzug und Substitution sowie der körperlichen Begleiterkrankungen wie bspw. der Hepatitis C Infektion ist noch nicht adäquat gewährleistet. Eine Psychiatrie als Fach und Institution, die ihren Aufgaben nicht gerecht wird, muss zur Veränderung motiviert werden. Dass dies möglich ist, zeigen die rasanten und effektiven Entwicklungssprünge der Infektionsmedizin als Reaktion auf die HIV-Infektion und Epidemie vor einigen Jahren. Um die moderne Entwicklung der Psychiatrie voranzutreiben und insbesondere die Integration der suchtmedizinischen Problemstellungen zu gewährleisten, hätten die Medizin und die Gesellschaft eine vergleichbare Aufgabe zu erfüllen.●

Literatur

Ballantyne, J.C./Mao, J. (2003): Opioid Therapy for Chronic Pain. New England Journal of Medicine 349(20): 1943-1953.

Behle, H./Heimchen, J. (2005): Stigmatisierung auch der Eltern und Angehörigen. Suchttherapie 5(4): 10.

Commitee on Quality of Health Care in America – Insitute of Medicine (2001): Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. www.tinyurl.com/3xxggt2, Zugriff 25.11.2013.

Degenhardt, L./Whiteford, H.A./Ferrari, A.J./Baxter, A.J./Charlson, F.J./Hall, W.D./Vos, T. (2013): Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 382(9904): 1564-1574.

Fischer, B./Rehm, J./Kirst, M./Casas, M./Hall, W./Krausz, M./Ree, J.M.V. (2002): Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. The European Journal of Public Health 12(3): 228-234.

Frei, A./Steffen, T./Gasser, M./Kümmerle, U./Stierli, M./Dobler-Mikola, A./Uchtenhagen, A. (1998): Gesundheitsökonomische Bewertung der Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln PROVE. Sozial- und Präventivmedizin 43(4): 185-194.

Goldberg, D. (1994): A bio-social model for common mental disorders. Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum 385: 66-70.

Gölz, J. (2003): Gegen eine Stigmatisierung Drogenabhängiger. Suchttherapie 4(1): 5.

Gölz, J. (2005): Stigmatisierung von Drogenabhängigen. Suchttherapie 5(4): 3.

Khantzian, E.J. (1974): Opiate addiction: a critique of theory and some implications for treatment. American journal of psychotherapy 28(1): 59-70.

Khantzian, E.J./Mack, J.E./Schatzberg, A.F. (1974): Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. The American journal of psychiatry 131(2): 160-164.

Krausz, M.Z./Uchtenhagen, A./Brink, W. van den (1999): Medically indicated heroin prescription in the treatment of drug addicts. Clinical trials and latest developments in research in Europe. Sucht 45(3): 171.

Mann, K. (2006): Sucht und Psychiatrie: Eine verspätete Teildisziplin holt auf. S. 257-260 in: P.D.D.F. Schneider (Hrsg.), Entwicklungen der Psychiatrie. Springer Berlin Heidelberg. www.tinyurl.com/py995q9, Zugriff 26.11.2013.

Paton, A. (2007): Theory of Addiction. Oxford, UK: Blackwell Publishing.

Santoro, D./Bellinghieri, G./Savica, V. (2011): Development of the concept of pain in history. Journal of nephrology 24(17): 133-136.

Steffen, T./Berthel, T./Zimmer, A./Gutzwiller, F./Uchtenhagen, A. (2000): Die Entwicklung der psychischen Gesundheit in der heroingestützten Behandlung – Ergebnisse aus der schweizerischen Studie PROVE. Suchttherapie 1(1): 27-33.

Wang, P.S./Angermeyer, M./Borges, G./Bruffaerts, R./Tat Chiu, W./De Girolamo, G./Ustun, T.B. (2007): Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry 6(3): 177-185.

Wang, P.S./Berglund, P./Olfson, M./Pincus, H.A./Wells, K.B./Kessler, R.C. (2005): Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. Archives of General Psychiatry 62(6): 603-613.

Whiteford, H.A./Degenhardt, L./Rehm, J./Baxter, A.J./Ferrari, A.J./Erskine, H.E./Vos, T. (2013): Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 382(9904): 1575-1586.

Wurmser, L. (1974a): Development and significance of drug abuse addiction in the USA. Schweizerische medizinische Wochenschrift 104(6): 189-197.

Wurmser, L. (1974b): Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. Journal of the American Psychoanalytic Association 22(4): 820-843.

Endnoten

1 Vgl. Behle/Heimchen 2005; Gölz 2003, 2005; Mann 2006.
2 Vgl. Ballantyne/Mao 2003; Santoro/Bellinghieri/Savica 2011.
3 Vgl. Commitee on Quality of Health Care in America 2001.
4 Ambitendenz, gleichzeitiges Wirksamwerden von Antrieb und Gegenantrieb mit der Folge des Ausbleibens entsprechender Handlungen.
5 Vgl.Goldberg 1994.
6 Vgl. Degenhardt et al. 2013; Whiteford et al. 2013.
7 Vgl. Commitee on Quality of Health Care in America 2001.
8 Vgl. Wang et al. 2007; Wang et al. 2005.
9 Vgl. Khantzian/Mack/Schatzberg 1974; Khantzian 1974; Paton 2007.
10 Vgl. Fischer et al. 2002; Frei et al. 1998; Krausz/Uchtenhagen/Brink 1999; Steffen/Berthel/Zimmer et al. 2000.
11 Vgl. Khantzian et al. 1974; Khantzian 1974; Wurmser 1974a, b.