

## 5 Jahre Drogenentzugsklinik CIKADE – Bilanz eines psychotherapeutischen Versuches

Dr. Andreas Manz

Externe Psychiatrische Dienste Bruderholz

Die CIKADE ist eine Drogenentzugsklinik im Schweizer Jura, welche versucht, in der Situation des körperlichen Entzuges einen psychotherapeutischen Prozess in Gang zu setzen.

### Das Konzept

Das Therapiekonzept der CIKADE wurde an verschiedenen Orten ausführlich und differenziert beschrieben (CIKADE-Konzept vom Februar 1982, zweite Auflage 1984, «die Kette» 1983, U. Kubli 1983, K. Geck 1983, K. Eisenring 1984, B. Meyer 1984, H. Schlömer 1985).

Die Grundidee dieser Entzugskonzeption geht von folgenden Prämissen aus:

- Ein körperlicher Entzug von Drogen stellt für den Betroffenen eine schwere regressive Krise dar, welche ihn für therapeutische Interventionen besonders empfänglich macht. In einer psychiatrischen Klinik sitzen Drogenabhängige die Zeit ihres Körperentzuges meistens abwartend ab und verpassen die Nutzung dieser besonderen Therapiechance. Der Entzug findet meistens auf einer allgemeinen Aufnahmeabteilung mit entsprechender Patientendurchmischung statt. Die vorhandenen institutionellen Zwänge lassen nicht die Möglichkeit zu, ein speziell geeignetes therapeutisches Milieu aufzubauen.
- Drogenabhängige haben Angst vor den Unannehmlichkeiten eines körperlichen Entzuges und neigen dazu, einen solchen Entzug zu dramatisieren. Ihr eingeschliffenes Konzept zur Bewältigung ihrer Angst besteht in der Forderung nach Medikamen-

ten. Dies bedeutet ein Verbleib in der süchtigen Denkweise. Dass sie sich damit vom somatischen Standpunkte kaum Erleichterung verschaffen, wird meistens übersehen. Das CIKADE-Modell will die Beziehung aus den Kontaktgesprächen ausnützen, um vom ersten Entzugstag an eine therapeutisch günstige Atmosphäre für die Entzugsgruppe schaffen zu können. Der körperliche Entzug sollte zu einem «guten Erlebnis» werden. Die Gruppenform unter seinesgleichen ist dabei hilfreich. Die Medikamentenlosigkeit des Entzuges bewirkt, dass die körperliche Entzugsphase möglichst rasch abgeschlossen ist und dass in dieser Phase keine Dämpfung des Empfindungsapparates stattfinden muss.

- Viele Drogenabhängige haben Angst vor einem Eintritt in eine therapeutische Wohngemeinschaft, weil sie sich diese Form des Zusammenlebens und der therapeutischen Konfrontation nicht konkret vorstellen können und weil auf der Gasse von Therapieabbrechern Schauermärchen über die Funktionsweise von solchen therapeutischen Wohngemeinschaften herumgereicht werden. Die Therapieabbrecher brauchen oft solche «Schauermärchen», um ihren Abbruch vor sich selber und den Freunden zu rechtfertigen. Ein CIKADE-Entzug simuliert deshalb möglichst genau die Bedingungen einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Dem Abhängigen wird während den zwei Wochen die Möglichkeit geboten, die Funktionsweise einer solchen Gruppe zu erproben und sich ein Bild davon zu machen, auf was er sich bei Eintritt in eine therapeutische Wohngemeinschaft allenfalls einlassen würde.
- Der CIKADE-Arbeit liegt ein Verständnis vom Ablauf einer Suchtkarriere zu Grunde, welches nicht line-

ar von der «Misere» durch die Einwirkung von Therapie zur «Gesundheit» führt, sondern welches die Ergebnisse von neueren Verlaufsforschungen (Uchtenhagen et al., etc.) berücksichtigt. Diese haben gezeigt, dass Suchtkarrieren in den allermeisten Fällen einen zyklischen Verlauf nehmen, welcher durch verschiedene Suchtrückfälle und kürzere oder längere suchtmittelfreie Phasen führt. Daraus leitet sich ab, dass es sinnvoll ist, einem Süchtigen verschiedene Formen von *therapeutischer* Auseinandersetzung anzubieten, in welchem er potentiell eine innere Veränderung oder einen Teil seines inneren Wachstums finden kann. Das Therapiemodell der CIKADE orientiert sich deshalb weniger am unmittelbaren drogenfreien Leben als Resultat der therapeutischen Intervention, sondern an der Frage, ob die eingesetzten Interventionen für das Suchtproblem der anvertrauten Klienten therapeutisch wirksam sind oder nicht. Diese Arbeit gründet im Glauben, dass jede therapeutische Auseinandersetzung *im nüchternen Zustande* für einen Süchtigen einen kleinen Schritt zu grösserer persönlicher Entfaltung und zur Gesundheit darstellt. Die CIKADE-Arbeit ist prozessorientiert und weniger zielorientiert.

### Konzeptanpassungen

Ausgehend von diesen Grundannahmen machte die Arbeit in der CIKADE in den vergangenen fünf Jahren eine gewisse konzeptionelle Entwicklung durch: Anfänglich war die Arbeit rigider auf die Motivation des Klienten zum Eintritt in eine therapeutische Wohngemeinschaft, wo eine langfristige stationäre Therapie durchgeführt werden kann, ausgerichtet. Wir stellen bald einmal fest, dass wir durch

diese starke Zielorientiertheit die Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Entwicklungs- und Motivationszustand der Klienten häufig verpassten. Die Klienten liefen öfters aus dem Entzug davon, weil sie Angst vor einem Eintritt in eine Wohngemeinschaft hatten und sich dem Motivationsdruck entziehen wollten. Damit war die Chance einer therapeutischen Auseinandersetzung mit dem Klienten im Sinne einer Bilanzziehung und der Erarbeitung von sinnvollen und momentan möglich erscheinenden

Wegen verpasst. Daraus lernend wandelte sich die Arbeit in der CIKADE. Anzustrebende Ziele wurden zunehmend individuell formuliert oder gar offen gelassen, und die Verfolgung eines therapeutischen Prozesses bekam mehr und mehr Gewicht. Dies hat sich in der Folge auch in einer Senkung der Abbruchrate niedergeschlagen, und wir glauben, dass – wenn auch die Rate der Wohngemeinschaftseintritte prozentual zurückgegangen ist – die gebotene Hilfe durch den CIKADE-Entzug für den ein-

zelnen Klienten differenzierter und auch effektiver geworden ist. Die Arbeit von B. Meyer hat gezeigt, dass vermutlich für viele Drogenabhängige das Erlebnis des CIKADE-Entzuges für sich alleine schon ein entscheidender Faktor in der Veränderung des Suchtprozesses darstellt. Eine gute Suchtprognose scheint nicht einzig und alleine auf einem Eintritt in eine therapeutische Wohngemeinschaft zu fussen, auch wenn wir nach wie vor annehmen, dass eine therapeutische Wohngemeinschaft den zurzeit ge-

Tabelle 1:

	1981 2. Halbjahr	1982	1983	1984	1985	1986 1. Halbjahr	Total 5 Jahre
Anzahl Entzugsgruppen	4	11	12	12	12	6	59
Anzahl Klienten	17	52	72	77	81	36	335
- Frauen	41 %	35 %	47 %	40 %	37 %	39 %	40 %
- Männer	59 %	65 %	53 %	60 %	63 %	61 %	60 %
- unter 20 J.	23 %	23 %	23 %	17 %	18 %	14 %	19 %
- vom Kt. BL	5	5	8	8	3	3	32
- vom Kt. BS	2	8	19	21	11	10	71
- zusammen in % aller Klient.	41 %	25 %	38 %	38 %	17 %	36 %	31 %
Anzahl Entzugstage a)	210	597	925	1103	1153	430	4428
<b>Entzugsergebnis</b>							
- Abbruch b)	10 = 59 %	17 = 33 %	17 = 24 %	17 = 22 %	15 = 18 %	10 = 28 %	86 = 26 %
- Eintritt in WG c)	7 = 100 %	20 = 57 %	26 = 47 %	11 = 18 %	18 = 22 %	13 = 36 %	95 = 36 %

- a) Ein Entzug dauerte 1981 18 Tage (nachher noch 15 Tage)  
 b) In % aller Klienten, welche einen Entzug *begonnen* hatten  
 c) In % aller Klienten, welche einen Entzug *beendet* hatten

Aus obiger Tabelle ist demnach folgendes ersichtlich:

- 1) Die Abbruchrate der Klienten ist von 59 % bis auf 18 % zurückgegangen.
- 2) Die durchschnittliche Verweildauer im Entzug ist von 11,5 auf 14,3 Tage angestiegen. Die CIKADE kann heute das angebotene therapeutische Potential voll nutzen.
- 3) Es kann festgestellt werden, dass die CIKADE mit einer WG-Eintrittsrates von 36 % eine optimale Motivations- und Vorbereitungsbasis für einen solchen Eintritt darstellt.
- 4) In fünf Jahren hat die CIKADE allein durch den Aufenthalt von Opiatsüchtigen in der Entzugsstation über 12 «trockene Personenjahre» ermöglicht (4400 Entzugstage in völliger Abstinenz), was unserer Meinung nach bereits einen Wert an sich darstellt.
- 5) Bei einer maximalen Gruppengrösse von 7 Klienten pro Entzug war die CIKADE mit 5,7 Klienten/Entzug (= 81 %) gut ausgelastet, wobei dieser Auslastungsgrad von 61 % 1981 bis zu 92 % 1984 anstieg.

eignetsten Rahmen für eine Drogentherapie darstellt<sup>1</sup>.

### Der Vergleich mit dem ehemaligen Auftrag

Wir können heute sagen, dass die CIKADE die im Rahmenkonzept niedergelegte Leitidee der Schaffung einer therapeutisch genutzten Entzugsstation realisiert hat und dass sich – wie vermutet – die therapeutische Arbeit während des regressiven Zustandes des körperlichen Entzuges als sehr lohnend und effektiv zeigt. Die zweite Hoffnung, dass es durch die Kombination einer solcherart strukturierten Entzugsstation mit einer Kontaktstelle gelingen könnte, vor allem jüngere Patienten möglichst frühzeitig zu erfassen, hat sich nicht bestätigt. Altersmässig richtet sich das CIKADE-Angebot an ein ähnliches Klientel, wie dies schon psychiatrische Kliniken getan haben. Die Erreichung der stets zunehmenden jüngeren Suchtgruppen benötigt dementsprechend andere Suchttherapiekonzepte, welche in unserer Region noch wenig entwickelt oder durchgeführt werden. Zu denken ist hier vor allem an den Ausbau eines kompetenten Familientherapieangebots. Dies wird im Rahmen der Drop-in-Arbeit seit längerer Zeit versucht. Andererseits ist die Schaffung des geplanten Familienplatzierungsprojektes «Spektrum» dringend notwendig.

<sup>1</sup> In unserer Region wurden vor allem Erfahrungen mit therapeutischen Wohngemeinschaften mit ein- bis zweijähriger Therapiedauer gemacht. Fundierte Erfahrungen mit Kurzzeitwohn- und Familienplatzierungen fehlen noch weitgehend. Wir würden es sehr begrüßen, wenn die Therapieangebote im obigen Sinne verbreitert würden und in 10 Jahren die therapeutischen Wohngemeinschaften ein Hilfsangebot unter vielen darstellen.

Für 1987 ist mit dessen Eröffnung zu rechnen, nachdem der Kanton Basel-Stadt und die Carl-Koechlin-Stiftung die Startgelder bewilligt haben. Jugendliche Drogensüchtige sollen dann in geeignete Fremdfamilien vermittelt und innerhalb dieser Familie fachmännisch betreut werden. Von den Familien wird aktive Mitarbeit im Rehabilitationsprozess verlangt, wofür sie auch bezahlt werden.

### Statistik:

Im folgenden sollen die äusseren Leistungsparameter der CIKADE der ersten 4½ Betriebsjahre tabel-

larisch zusammengestellt werden (siehe Tabelle 1).

### Kosten und Finanzierung

Zu Beginn der CIKADE-Arbeit sah sich die Institution wiederholt dem Vorwurf ausgesetzt, dass sie angeblich eine zu teure Medizin betreibe.

Aus folgender tabellarischer Aufstellung der Kosten pro Kliententag ist ersichtlich, dass die CIKADE als «Klinik für Drogenentzug» durchaus vergleichbare Tageskosten verursacht. Von einer «zu teuren» CIKADE kann also nicht die Rede sein (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2:

	CIKADE	Kant. Psych. Kl. Liestal (KPK) a)	Kantonsspital Liestal	Kantonsspital Bruderholz
1983	300,5 Fr.	221.–	392.–	355.–
1984	273,9 Fr.	236.–	402.–	374.–
1985	283,9 Fr.	243.–	405.–	390.–

a) In Ermangelung einer Kostenstellenrechnung bei der KPK wurden die ungefähren Kosten für einen Patiententag im Wachsaaal der Aufnahmestation hochgerechnet.

Die Finanzierung dieser Aufwendungen erfolgt wie folgt:

Tabelle 3:

	1983	1984	1985
Taggelder Versorger a)	50,5 %	43,5 %	46,5 %
Taggelder Krankenkassen	26,0 % b)	33,3 %	35,6 %
Spenden	23,5 %	23,2 %	17,8 %

a) «Versorger» sind meistens die Fürsorgebehörden in Vertretung der mittellosen Klienten.

b) Die Krankenkassen begannen mit ihren Taggeldzahlungen erst im Mai 1983

Bisher ist es nicht gelungen, die Entzugsstation durch die Zahlungen der Krankenkassen und der Versorgertaggelder (welche die staatlichen Beiträge an die kantonalen Kliniken ersetzt) vollumfäng-

lich zu finanzieren. Einerseits sind die Krankenkassentarife, welche sich an den Tarifen der jeweiligen kantonalen psychiatrischen Kliniken orientieren, recht niedrig. Andererseits ist es bisher erst mit dem

Kanton Solothurn gelungen, eine Subventionsvereinbarung zur Ausgleiche der niedrigen Kassentariife abzuschliessen. Diese hat 1985 erstmals kleine Auswirkungen gezeigt.

*Zusammenfassend gilt folgendes Finanzierungsschema:*

- Entzugsstation: Krankenkasse (30%) / Taggelder Versorger (47%) / Spenden (23%)
- Beratungsstelle: Staatsbeiträge BL + BS (80%) / Spenden (20%)

Auf die Dauer sollte die Abhängigkeit von Spenden reduziert werden können. Dies ist nur dann möglich, wenn die Krankenkassentariife bei der Entzugsstation angehoben werden können oder die entsprechenden Benutzerkantone Ausgleichevereinbarungen (analog Kanton Solothurn) mit der CIKADE abschliessen. Andererseits ist eine Anhebung der Staatsbeiträge BL/BS notwendig oder eine Mithilfe dieser beiden Kantone, Beitragszahlungen der Kantone AG, SO und LU an die Beratungsstelle in der Grössenordnung je Fr. 20 000.- zu erwirken.

### Die CIKADE als Dienstleistungsbetrieb für den Kanton

Im folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob sich die Angebote der CIKADE und der Psychiatrischen Klinik Liestal überschneiden. Der Kanton Baselland zahlt Subventionen an die «Kontakt- und Beratungsstelle» in Basel, nicht aber an die Entzugsstation in Lamboing. 1983 haben 8 Heroinabhängige aus dem Kanton Baselland in der CIKADE einen Entzug durchgeführt (siehe Tab. 1). Im gleichen Jahr wurden 21 Patienten mit der Diagnose «Drogenabhängige vom Morphin-Typ» (7) und «Polytoxikomanie inkl. Morphin-Typ» (14) in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik (KPK) Liestal regi-

striert. Die Hospitalisationsindikationen einer psychiatrischen Klinik mit Aufnahmewang sind sehr vielseitig und teilten sich bei den 21 «Morphin-Abhängigen» wie folgt auf:

Tabella 4:

<b>Krisenintervention</b>	
- nach Suizidversuch	3
- aus Untersuchungshaft	<u>2</u> 5
<b>Spezialisierte Indikation</b>	
- psychiatrische Problematik im Vordergrund	5
- körperliches Leiden im Vordergrund	<u>2</u> 7
<b>Indikation «Drogenentzug»</b>	
- mit gutem Ergebnis a)	2
- mit unbefriedigendem Ergebnis b)	6
- reine Formsache	<u>1</u> 9
Total	<u>21</u>

- a) Der eine Hospitalisationsverlauf wäre in der CIKADE nicht möglich gewesen, der andere wäre in der CIKADE vermutlich rascher und besser erfolgt.
- b) Drei dieser unbefriedigenden Hospitalisationen wären wahrscheinlich in der CIKADE befriedigender abgelaufen, bei den übrigen drei Hospitalisationen hätte es keine Alternative gegeben - zwei davon waren Zwangseinweisungen (Fürsorgerischer Freiheitsentzug - FFE).

Aus der Zusammenstellung ist ersichtlich, dass CIKADE und KPK voneinander gut abgegrenzte Angebote machen. Lediglich 4 KPK-Patienten zeigen eine Indikations-Überlappung mit der CIKADE. Dass eine psychiatrische Klinik für erfolgreiche Hospitalisationsverläufe beim «Drogenentzug» wenig geeignet ist, zeigt nicht erst die obige Zusammenstellung. Ihre eigentliche Aufgabe liegt unserer Ansicht nach vor allem in der «Krisenintervention» und bei «Spezialindikationen». Dabei muss aber festgestellt werden, dass nicht alle als «Risi-

ken» deklarierte Einweisungsindikationen solche waren. Von den 21 Hospitalisationen 1983 waren 18 als Notfall (12 tagsüber, 6 in der Nacht) eingeleitet worden. Lediglich 9 davon waren echte Notfälle.

Die restlichen 50% waren Situationen, welche vom Klienten oder Einweisungsarzt zu Notfällen hochstilisiert wurden. Diese Einweisungssituationen sind bei einer psychiatrischen Klinik mit Aufnahmewang nicht zu vermeiden. Solche «Pseudo-Notfalleinweisungen» führen aber sehr selten zu einem befriedigenden Hospitalisationsergebnis. 1983 erlebte die KPK aus dieser Patientengruppe nur ein erfreuliches Hospitalisationsergebnis, wobei sich ein Psychiatriepfleger ganz speziell und in aussergewöhnlicher Weise eingesetzt hatte.

### Hoffnung

In den letzten Jahren haben verschiedene Nachuntersuchungen gezeigt, dass die Rehabilitation von Süchtigen alles andere als eine hoffnungslose Angelegenheit ist und dass Drogentherapie einen wichtigen Beitrag zur psychischen Nachreifung leisten kann. Die Erfahrungen mit den über 300 Drogenabhängigen, welche bisher die CIKADE für ihren körperlichen Entzug benutzen konnten, zeigen, dass es sich lohnt, auch vor und während des Entzuges nach psychotherapeutischen Gesichtspunkten zu arbeiten. Wir haben gelernt, dass es häufig gelingt, auch in der kurzen Zeit von zwei Wochen wertvolle psychische Prozesse anzustossen. Dies gibt Anlass zur Hoffnung und Mut, weitere psychotherapeutische Angebote zu entwickeln, welche auf der Grundlage von kürzeren Begegnungen solche Prozesse fördern helfen. □

*Literatur über die CIKADE beim Autor.*