

## Delphibefragung Reha 2000 <sup>1</sup>

Beantwortung gestellter Fragen zum Thema Drogenrehabilitation.

### Thema I: Der stationäre Drogenentzug

#### I./1. Zugang zur Institution

##### a) Wo liegen die Schwachpunkte?

Der Drogenentzug ist viel zu wenig in die ambulante Beratung eingebettet, daher sind viele Drogenentzüge auf der einen Seite zu schlecht vorbereitet, auf der anderen Seite steht dem Abhängigen häufig keine Bezugsperson zur Verfügung, die in Zusammenarbeit mit der Drogenentzugseinrichtung das jeweilige Anschlussprogramm definiert und entweder selber durchführt oder mithilft, den entsprechenden Platz in der stationären Langzeitrehabilitation zu organisieren.

##### b) Warum besteht dieser Schwachpunkt?

Dies liegt vor allem an der Organisationsstruktur der meisten Beratungsstellen oder der fehlenden Kompetenz ambulant tätiger Psychotherapeuten. Bei den Beratungsstellen ist zum Teil das Wissen, dass es für Süchtige kaum einen von der Abstinenz unabhängigen Entwicklungsfortschritt gibt<sup>2</sup>, verloren gegangen oder war nicht in fundierter Weise je vorhanden. Die Idee, dass es Entwicklungschancen ohne Abstinenz geben würde, wird von den Mitarbeitern von Beratungsstellen kaum überprüft. An Stelle definierbarer und auch überprüfbarer Ziele sind heute vielerorts die mitmenschliche Kumpanei zwischen Süchtigen und Beratungsstellenmitarbeitern getreten. Solche Mitarbeiter haben auch keine Ahnung, mit welchen Beratungsmitteln Motivationsarbeit gemacht wird. So werden Drogenentzüge oftmals als Verzweiflungstat oder zur angeblichen Erreichung eines klientenangepassten Teilziels (z.B. Verminderung der in den vergangenen Monaten eingetretenen und überbordenden Politoxikomanie) organisiert (sog. Teilentzüge).

##### c) Wo sehen Sie Lösungsmöglichkeiten?

1. Wissenschaftlich fundierte Weiterbildung der Mitarbeiter von Beratungsstellen. Das Problem der Entzugseinrichtungen ist in erster Linie ein Problem der zuweisenden Beratungsstellen. Ihnen kommt die wichtige Funktion der Motivationsarbeit und der Vorbereitung des Entzugs zu. Nimmt man dies ernst, so folgert:

<sup>1</sup> Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG wurde 1993 an ausgewählte Suchtexperten ein Fragebogen verschickt. Das vorliegende Papier stellt meine Antworten dar. Die Befragung umfasste zwei Phasen. Die zweite Runde ist an die Beantwortung der Fragen der ersten Runde angehängt.

<sup>2</sup> Jost, H.J. 1988: Erfolgsprognosen einer psychosozialen Abhängigkeitstherapie. Unveröffentl. Dissertation  
 Jung, U. 1987; Köster, W.; Schneider, R.; Bühringer, G. u. Mai, N.: Katamnese bei behandelten Alkoholabhängigen mit wiederholten Messzeitpunkten über 4 Jahre. In: Kleiner, D.: Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten. Springer, Berlin  
 Polich, J.M.; Armor, D.J. u. Braike, H. 1980: The course of alcoholism: 4 years after treatment. The Rand Corporation, Santa Monica  
 Schneider, R. 1991: Wirkfaktoren in der Therapie. In: Heigl-Evers, A.; Helas, I.; Vollmer H.C. (Hrsg) 1991: Suchttherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

2. Ausbau der Suchtberatungsstellen zum integrierenden Schaltzentrum der gesamten Suchthilfe (Basismotivationsarbeit, Familiengespräche, Früherfassung gestrandeter Süchtiger in den Notfallstationen, Schulen, medizinischen und chirurgischen Abteilungen von Spitälern, bei kurzen Untersuchungshaftern, Hausärzten, Sozialdiensten. Durchführung von Therapien, Begleitung während der stationären Langzeitrehabilitation, zwischenzeitliche Arbeit mit der Restfamilie, Weiterführung der Therapie nach der Langzeitrehabilitation in einer Therapeutischen Gemeinschaft, Schnittstelle zu den Selbsthilfegruppen, flächendeckender Notfalldienst<sup>3</sup>.

Weiterer Schwachpunkt: Drogenentzugsstationen sind häufig zu wenige spezifiziert. Sie bieten einen Mischmasch zwischen vorbereiteten Drogenentzügen und wenig abgeklärten Dropins von Klienten dar.

**b und c)** Meiner Ansicht nach sollten sich Drogenentzugsstationen konzeptionell auf eine von zwei Grundkonzeptionen festlegen: Zum einen braucht es Entzugsstationen, in die der Klient selber und sofort eintreten kann, in dem keine Abklärung und keine Voranmeldung und gar nichts dazu notwendig ist. Solche Entzugsstationen sollten nur diese Art des Angebots tätigen, da sie in ihrer Organisationsform speziell darauf ausgerichtet sein müssen. Die Mitarbeiter brauchen neben der Fähigkeit zur somatischen Krisenintervention Erfahrung, wie aus der momentanen Verzweiflungstat des Süchtigen, die ihn z.B. zum nächtlichen Eintritt in die Station schreiten liess, eine sinnvolle Abklärungseinheit gemacht werden kann. Dazu gehört das Aufbieten eines nächsten Angehörigen am folgenden Tag. Alles fällt unter das Kapitel Krisenintervention und -nutzung.

Zum andern braucht es Entzugsstationen, die gut vorbereitete Entgiftungen durchführen. Dazu ist eine gute Vorbereitung in Kooperation mit Beratungsstellen und Angehörigen unabdingbar. Die Ziele müssen ausgelotet werden, die Anschlussbehandlung entweder organisiert sein. Oder es müssen Vorstellungen darüber im Raum stehen. Eine solche Entzugsstation muss völlig anders organisiert sein, die Mitarbeiter lernen ein anderes Handwerk und die anwesende Klientel hat einen anderen Bewusstseinsstand.

Solche zwei Konzepte sollten nicht vermischt werden, was heute aber allermeist geschieht. Wenn in den offiziellen Konzepten von der Entzugs-Vorbereitung geredet wird, stellen diese aber nicht viel mehr als eine Schikane und Verhinderung eines spontanen Eintritts dar und haben nur selten den Gehalt einer seriösen Arbeit, die an eine gute Entzugsvorbereitung zu stellen ist. Die Vorgespräche dienen allermeist den Planungsbedürfnissen der Entzugsstation und haben weniger die Abklärung und Konfrontation der Klienten und deren Umgebung im Auge.

---

<sup>3</sup> Dieses Aufgabenspektrum scheint viel zu breit dimensioniert zu sein. Wenn man hingegen bedenkt, dass die Suchtkrankheiten insgesamt sicherlich mehr als 20 % unserer Bevölkerung ernsthaft tangiert und damit eines der eingreifendsten Krankheitsbilder innerhalb der Gesamtbevölkerung darstellt, so kann einer solch ernsthaften Erscheinung lediglich mit entsprechenden Mitteln begegnet werden. Die heutige Dimensionierung der Suchthilfe kann lediglich als Verdrängungsakt der Gesellschaft interpretiert werden.

## **I./2. Realität der Programmdurchführung im stationären Drogenentzug?**

Der Hauptschwachpunkt liegt in der oben beschriebenen Vermischung zwischen Vorbereitungs Konzepten und Dropin-Mentalität. Hier sollte eine klare Differenzierung der einzelnen Stationen eintreten. Zum andern sollen Drogenentzugsstationen, die auf dem Konzept der Vorbereitung ihrer Klienten aufbauen, nicht in einem klinischen Rahmen stattfinden und nur in Ausnahmefällen Medikamente verabreichen (bei einer Gefahr von Epilepsie oder Delirium). Die Abgabe von Medikamenten vermindert die Motivation der Klienten<sup>4</sup>. Heute gibt es in vielen Drogenentzugsstationen noch viel zu viel Klinikmief, was der besonderen Pathologie von Drogenabhängigen meistens zuwiderläuft.

Ein weiterer Missstand in den Drogenentzugsstationen liegt darin, dass sie, in Anlehnung an die kantonale Gesundheitsversorgung, zu stark kantonal ausgerichtet sind. Es ist für die Handhabung einer Drogenentzugsgruppe förderlich, Süchtige von "verschiedenen Gassen" zu haben.

Lösungsmöglichkeiten: Ein interkantonales Konkordat der Drogenentzugsstationen soll eine möglichst gute Freizügigkeit gewährleisten. Eine entsprechende Untersuchung hat gezeigt<sup>5</sup>, dass abgeschlossene Drogenentzüge in verschiedenen Entzugsstationen ähnlich teuer sind und dass die Erschwernisse, die Taxordnungen für ausserkantonale Patienten mit sich bringen, eine virtuelle Realität widerspiegeln.

## **I./3. Therapiebeendigung/Anschlussprogramm?**

Die Probleme, die sich mit der Beendigung eines Drogenentzugs und der Ausschöpfung der potentiellen Anschlussprogramm-Möglichkeiten ergeben, folgern sich aus oben Gesagtem. Die Art der Therapiebeendigung und die Ausschöpfung der Möglichkeiten für ein Anschlussprogramm korrelieren mit der Qualität der Entzugsvorbereitung und mit der Spezifität des Entzugsprogramms. Ist eine Entzugsstation relativ unspezifisch organisiert, hat sie ein weit geringeres Potential als möglich wäre, Vernachlässigung in der Entzugsvorbereitung wett zu machen. Ist die Entzugsvorbereitung, die bereits die Situation bei Entzugsende definieren sollte, ausgeblieben oder ungenügend, widerspiegelt sich dies in der Qualität der Entzugsbeendigung und der Spezifität des jeweiligen Anschlussprogramms. Damit meine ich nicht den Standard, dass nach einem Entzug ein stationäres Langzeitrehabilitationsprogramm zwingend folgen muss. Für den Stand der jeweiligen Motivation des Patienten sind andere Anschlussprogramme manchmal adäquater und stellen entweder eine genügende Therapieversorgung oder einen Zwischenschritt in der Motivationsarbeit dar.

<sup>4</sup> Watzl, H.; Olbrich, R.; Rist, F u. Cohen, R. 1986: Placebo-Injektionen und Alkoholkontrollen in der stationären Behandlung alkoholkranker Frauen - eine experimentelle Untersuchung zweier Behandlungsmerkmale. Zeitschrift für Klinische Psychologie 15, Seite 333-345

<sup>5</sup> Birrer M. 1993: Kostenvergleich Drogenentzug. Ein quantitativer und qualitativer Vergleich verschiedener Entzugskliniken, Basel

## Thema II: Fragen zur stationären Langzeittherapie

### II./1. Zugang zur Institution

#### a) Wo liegen Schwachpunkte? b) Warum bestehen diese Schwachpunkte?

Einer der Hauptmängel der heutigen stationären Langzeittherapieprogramme ist die mangelhafte Vernetzung der Therapeutischen Gemeinschaften. Dies hat Auswirkungen auf den Zugang, das Rückfallmanagement und die Anschlussprogramme nach Therapieende. Die Institutionen sind viel zu sehr mit sich beschäftigt und haben personell kaum Kapazitäten für die notwendige Zusammenarbeit frei gestellt. Dies gilt sowohl für Suchtberatungsstellen als auch für Therapeutische Gemeinschaften. Dabei wären sie beide vital aufeinander angewiesen. Vertreter einer Therapeutischen Gemeinschaft können sinnvoll in eine ambulante Motivationsarbeit eingeschleust werden, sei dies auf einer Beratungsstelle, sei dies bei einem ambulant tätigen Psychotherapeuten. Die spätere Bezugsperson kann sich dem noch wackelig Motivierten bekannt machen und kann die entsprechende Person und dessen Familie (falls vorhanden) kennenlernen. Damit kann einerseits die Motivation verstärkt werden, andererseits können Therapieabbrüche zu Beginn der stationären Therapie vermindert werden. Die Ursache dieses Missstandes liegt in der Selbstgenügsamkeit der Institutionen und zum Teil in der mangelhaften Verrechnungsfähigkeit solcher Leistungen<sup>6</sup>, die vor Therapiebeginn und (siehe unten) nach Therapieende erbracht werden.

#### c) Wo sehen Sie Lösungsmöglichkeiten?

Hier gibt es verschiedenartige Ansätze. Eine Variante besteht darin, dass gewisse Beratungsstellen und gewisse Therapeutische Gemeinschaften einen Behandlungsverbund bilden. Eine solche Variante ist aber mit vielen Nachteilen verbunden. Könnte erreicht werden, dass Mitarbeiter länger als heute durchschnittlich üblich in Therapeutischen Gemeinschaften und Beratungsstellen tätig ist, vereinfacht dies eine Zusammenarbeit wesentlich. Eine längere Verweildauer der Mitarbeiter in den jeweiligen Institutionen kann durch eine Anhebung des fachlichen Niveaus der Institutionen bewerkstelligt werden, verbunden mit einer deutlicheren Spezialisierung der Mitarbeiter. Damit die Vergrößerung des Teams nicht zu einer Zunahme von Team-Schwierigkeiten führt, könnten sich Mitarbeiter vermehrt mit therapeutischen Aufgaben beschäftigen (Vorabklärungen, Familientherapie während des Aufenthaltes, Gruppen- und Einzeltherapie, intensive Übergangsarbeit zur Nachsorge) und die pädagogischen Anteile während der Therapie verstärkt durch Selbsthilfekräfte der Bewohner abgedeckt werden. Es ist nämlich wenig damit erreicht, wenn ein Team beliebig aufgestockt wird, da von einer gewissen Grössenordnung an die Effizienz exponentiell abnimmt (ganz zu Schweigen von den Therapiekosten).

---

<sup>6</sup> Die Therapeutischen Gemeinschaften finanzieren sich über Tagespauschalen und können ambulant erbrachte Leistungen nicht geltend machen.

## II./2. Realität der Programmdurchführung in der stationären Langzeittherapie

### a) Wo liegen Schwachpunkte?

Die therapeutische Kompetenz der Mitarbeiter und ihre persönliche Reife lassen in den Institutionen, die ich überblicken kann, häufig stark zu wünschen übrig. Die Teams neigen dazu, sich zu stark mit sich selbst zu beschäftigen und erreichen auch nach jahrelanger Berufstätigkeit nur wenig spezifisches therapeutisches Know-how. Die Behandlungskonzepte sind zudem therapeutisch zu eindimensional. Die für die Prognose des Therapieerfolgs sehr wichtige begleitende Familientherapie fehlt allermeist oder wird durch relativ konzeptlose und viel zu seltene Elterngespräche "abgedeckt".

### b) Warum bestehen diese Schwachpunkte?

Das Interesse von Sozialarbeitern und Psychologen, in einer Therapeutischen Gemeinschaft zu arbeiten, hat in den letzten zehn Jahren stark abgenommen. Die neuen berufsunerfahrenen Mitarbeiter hat die Diskussion über den Stellenwert abstinenzorientierter Programme stark verunsichert. Die öffentliche Meinungsmache für "Überlebensprogramme" hat wichtige Kräfte aus dem Mitarbeiterpotential für Therapeutische Gemeinschaften abgezogen. Die Leitung der meisten Therapeutischen Gemeinschaften ist zudem viel zu handgestrickt und bietet kaum Unterstützung bei einem wissenschaftlich orientierten Einarbeiten in die Suchtarbeit. Somit ist der Arbeitsplatz für gute Mitarbeiter relativ unattraktiv geworden. Der Übergang von der Pionierphase vor zwanzig Jahren in ein interessantes Berufsprofil für Sozialarbeiter, Psychologen und andere Berufsleute wurde verschlafen. Der VSD<sup>7</sup> ist in dieser Hinsicht seiner Aufgabe als Fachorganisation in keiner Weise nachgekommen und hat sich mehr mit Politik als mit der Organisation der fachlichen Infrastruktur beschäftigt. So ist die Drogenhilfe im stationären Bereich (aber auch weitgehend im ambulanten Bereich) weit unter dem Niveau anderer Fachorganisationen (z.B. der Dermatologie oder der Herz-Kreislauf-Medizin) geblieben. Bezüglich der stationären Drogentherapie spielt dabei sicherlich eine Rolle, dass sich in diesem Bereich kaum Traditionsträger einer sich vermehrenden Wissenschaft entwickelt haben. Die in diesem Bereich stationär tätigen Fachärzte und Universitätsdozenten sind viel mehr politisch beratend involviert, als dass sie Zentrum einer sachorientierten fachlichen Tradition geworden wären. So arbeiten sich dauernd unerfahrene Mitarbeiter in das Gebiet ein, wechseln dann das Berufsfeld und die fachliche Tradition beginnt wieder von vorne.

### c) Wo sehen Sie Lösungsmöglichkeiten?

Der Vermehrung und Beibehaltung der fachlichen Tradition würde es sicherlich helfen, wenn in der Schweiz 2 - 3 grosse stationäre Drogentherapiezentren mit einer guten fachtherapeutischen Ausstattung entstehen würden. Es ist dringend notwendig, dass Ärzte und Psychologen, die für mindestens 6 - 10 Jahre an einer Stelle bleiben können, in das stationäre Drogentherapiefeld hineingezogen werden, die einerseits das drogentherapeutische Know-how vermehren und weitergeben können und die andererseits in ihrer späteren ambulanten Therapietätigkeit drogentherapeutisch ihre Erfahrung anwenden, vermehren und weitergeben können. Auch wenn kleine Therapieheime sicherlich ihren Vorteil haben und

<sup>7</sup> VSD = Verband schweizerischer Drogenfachleute

wenn der Grossteil der drogentherapeutischen Arbeit auch von Sozialarbeitern ausgeführt werden kann, so birgt die heute praktizierte Struktur als Konsequenz mit sich, dass eine fachliche Tradition und ein besseres Ansehen des Berufsstands nicht bewerkstelligt werden kann. Damit rede ich keineswegs einer Ärzte- oder Psychologengläubigkeit das Wort. Vielmehr geht es bei dieser Betrachtung darum, die Rahmenbedingungen der jeweiligen Berufsgattungen über die Zeit hinaus realistisch einzusetzen und für die Verbesserung des fachlichen Rufs und damit der Aquirierung von kompetenteren Mitarbeitern zu sorgen.

Ein anderes Feld besteht darin, dass die heute stark verflochtene Diskussion zwischen echter abstinenzorientierter Drogentherapie und der sogenannten Überlebenshilfe entflochten werden sollte. Suchttherapeuten sollten sich meiner Ansicht nach gar nicht mit der Überlebenshilfe befassen, da dies eine reine Energieverschwendung und eine völlige Vermischung des Arbeitsansatzes bedeutet<sup>8</sup>. Ein Therapieberuf hat sich immer auf nachprüfbarbare Erkenntnisse zu stützen und darf sich nicht mit einer reinen Konzeptgläubigkeit zufrieden geben. Die Diskussion um den Nutzen der Überlebenshilfe findet auf einem derart gesellschaftspolitisch oberflächlichen Niveau statt, dass im Rahmen dieser Diskussion Drogentherapeuten allzu oft ihre eigentliche Aufgabe vergessen. Diese ist genügend schwierig und komplex und bedarf viel Zeit, sich darin einzuarbeiten.

Es wäre bitter notwendig, wenn die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für unerfahrene Mitarbeiter in der Drogentherapie verbessert würden und den Mitarbeitern einerseits ein fundierter Einblick in die Psychodynamik und Therapiedynamik vermittelt würde, andererseits genügend Einblick in den zeitübergreifenden Stellenwert ihrer momentanen institutionellen Arbeit vermittelt würde. Suchttherapeuten müssen ihre Fähigkeit verbessern, in den grossen Zeiteinheiten ihrer Klienten zu denken und sich nicht allzu stark auf die jeweilige Entwicklungsphase des Klienten zu fixieren. Dabei kommt einer langfristig angelegten Familientherapie, wo immer sie möglich ist, ein zentraler Stellenwert zu. Mit der Zeit sollte es jedem Drogentherapeuten möglich sein, in kompetenter Weise eine Familientherapie durchzuführen oder mindestens kompetent zu begleiten.

### **II./3. Therapiebeendigung/Wiedereinstieg in die Gesellschaft**

#### **a) Wo liegen Schwachpunkte?**

1. Die Beendigung der stationären Therapie erfolgt viel zu abrupt.
2. Die Therapiekonzeption entbehrt meistens einer klaren konzeptionellen Vorstellung, wie die häufigen vorzeitigen Therapieabbrüche gehandhabt werden können.
3. Mitarbeiter von Therapeutischen Gemeinschaften verbünden sich unkritisch mit der sog. „Therapiemüdigkeit“ ihrer Klienten und übersehen, dass die Sucht als frühkindliche Störung noch über lange Zeit einer ambulanten Therapie bedarf. Die Sucht bestand meist über viele Jahre und hat verheerenden Schaden angerichtet. Es ist schwer einzusehen, dass mit einer ein- bis zweijährigen Intervention alles geheilt sein sollte. Diesen

<sup>8</sup> Dies deshalb, weil die Drogenhilfe via das Thema Überlebenshilfe zum Handlanger politischer Interessen degeneriert. Solche Verquickungen zwischen Realpolitik und psychiatrischer-sozialhelferischer Konzepte hat in der Vergangenheit zu einer unrühmlichen Position des Fachs als Handlanger politischer Strömungen geführt. Das politische Bewusstsein engagierter Fachleute ist nicht auf der Ebene des heutigen Journalismus abhandelbar.

Glauben haben aber Süchtige. Das gehört zu ihrer gespaltenen Persönlichkeit<sup>9</sup>. Mitarbeiter agieren hier leider meistens mit.

### **b) Warum bestehen diese Schwachpunkte?**

Einerseits ist es wieder der oben erwähnte Punkt, dass die Mitarbeiter zu sehr mit der eigenen Institution beschäftigt sind und sich viel zu wenig in eine ambulante übergreifende Konzeption einfügen können. Zum andern wollen sich die Mitarbeiter mit der Zeit von ihren Klienten lösen, möchten einen frustrierenden Therapieabbruch wegschieben und durch allgemeine Schuldzuweisungen die eigenen Versagensgefühle neutralisieren. Sie wollen sich mit den Anwesenden beschäftigen und giessen diese Realität oft in eine obskure Ideologie des Abschieds und der Trennung ein, die der meist frühkindlichen Störung der Patienten nicht angepasst ist.

### **c) Wo sehen Sie Lösungsmöglichkeiten?**

Die Therapiekonzeption sollte auf ca. fünf Jahre ausgelegt sein und klare Rahmenbedingungen beinhalten, wie ein vorzeitiger Therapieabbruch gehandhabt werden sollte. Dabei spielt eine Zusammenarbeit mit den ambulanten Beratungsstellen und eine während der stationären Therapie fortgeführte oder begonnene Familientherapie eine zentrale Rolle. Auch wenn ein Bewohner nach ein bis zwei Jahren austritt, sollte sich die Institution während mindestens weiteren drei Jahren grundsätzlich für zuständig fühlen, entweder federführend oder im Sinne einer Hilfestellung für die nachfolgende ambulante Therapie aktiv zur Verfügung zu stehen. Bei einem Therapieabbruch sollte meiner Ansicht nach die Familientherapie auf ambulanter Ebene mindestens mit den Eltern weitergeführt werden, so lange, bis sich die Eltern mit einer ambulanten Beratungsstelle oder mit einem ambulant tätigen Psychotherapeuten fest und stabil verbunden haben und das gesamte Know-how über die Psychodynamik des Klienten während der stationären Therapie weitergegeben worden ist. Erst dann kann mindestens partiell eine Ablösung erfolgen. Drogentherapie sollte in Zukunft so verstanden werden, dass, wer sich einmal in das Therapiesystem einschleicht, so lange verantwortlich bleibt, bis eine andere Verantwortung definiert ist und auch darüber hinaus, falls notwendig, Hilfestellungen für die ambulante Arbeit gewährleistet werden kann. Die Situation ist in etwa vergleichbar mit einem Therapiekontrakt eines Schizophrenen, der sinnvollerweise möglichst "lebenslang" eingegangen werden sollte, da schizophrene Patienten auf das Hilfs-Ich der Therapeuten unabdingbar angewiesen sind und die Angehörigen oft über Jahrzehnte Unterstützung und Führung benötigen. Die Krankheit ist nach erfolgter Stabilisierung nicht verschwunden. Ganz so lange muss man es meistens in der Drogentherapie nicht halten, aber fünf Jahre halte ich für eine Minimumzeit, die ein Therapeut (ob ambulant oder stationär) als Hilfs-Ich zur Verfügung stehen muss. Ein Drogentherapeut, der seine Arbeit ohne dieses Bewusstsein antreten möchte, sollte lieber die Finger davon lassen, da möglicherweise unter dem Strich der Trennungsschaden gleich gross wie der Therapienutzen ist. Die Therapiekonzepte sollten der Tatsache endlich vermehrt Rechnung tragen, dass die Mehrzahl der schwierigen Drogenpatienten starke frühkindliche Störungen aufweisen und nur langsam auf Hilfs-Ich-

<sup>9</sup> Siehe dazu Andreas Manz 1991b: Zur Psychopathologie der Sucht und Konsequenzen für das therapeutische Handeln.

Funktionen der Therapeuten verzichten können. Das oft ungestüme Drängen der süchtigen Patienten nach Abbruch und Beendigung ist meist ein reines Angsttagieren gegen ein zu wichtig werden der therapeutischen Beziehung und eine Inszenierung früher erlebter Beziehungsabbrüche. Bevor die therapeutische Beziehung zu bedeutungsvoll werden könnte, unternimmt der Patient (und die involvierte Familie, oft sogar noch stärker) sehr vieles, um die Beziehung zu beenden - aus Angst vor einem erneuten „im Stich gelassen“ werden. Dieser Verführung müssen Therapiekontrakte und -konzepte möglichst widerstehen können.

## Delphibefragung Reha 2000 – 2. Runde <sup>10</sup>

### I. Fragen zu Massnahmen in Bezug auf den stationären Drogenentzug und dessen Umfeld

... unabhängig davon, wie realistisch die Chancen sind, ...

|   | Konkrete Beschreibung der Massnahme  | Begründung   |
|---|--|--|
| 1 | Integration der Drogenentzugsstationen in eine Langzeitbetreuung, die mehr auf Betreuungskonstanz und weniger nach dem Kette-Modell aufgebaut ist. In diesem Modell haben die Beratungsstellen die Führungsrolle.  | Die heutige Pluralität der Angebote und Meinungen suggeriert, dass Sucht auf ganz verschiedene Weise behandelt werden könne. In Wirklichkeit stellen sich aber für alle Süchtigen einige wesentliche Grundfragen, mit denen sie sich auf die Dauer auseinandersetzen müssen. Eine persönlich nicht konstante Betreuung führt dazu, dass immer wieder von vorne begonnen werden muss und die der Sucht inhärente Widerstandsbildung gegen das persönliche Bilanzieren ausfällt. Einen langjährigen Kontakt zu einem qualifizierten Mitarbeiter durch alle notwendigen Stationen der Drogenrehabilitation halte ich für die zentrale Notwendigkeit, die die Suchtarbeit verbessern kann. |
| 2 | Die vorhandenen Entzugsstationen sollten auf zwei unterschiedliche Grundkonzepte diversifiziert werden.<br>Die einen sollen sich entscheiden, nach einem "Drop-In"-Modell zu arbeiten und dem Bedürfnis kompetent entgegenkommen, das biographische Kehrtwendungen von Süchtigen häufig plötzlich und in einer Not-situation über Nacht stattfinden.<br>Die andern Entzugsstationen sollen sich auf seriöse Vorbereitungsarbeit konzentrieren und den Entzug dann starten, wenn er genügend in eine übergreifende Rehabilitationsarbeit eingebunden ist. | siehe meine Stellungnahme in der 1. Runde.   |

<sup>10</sup> Nach der ersten Fragerunde wurden an einige Fachpersonen noch weitere Fragen gestellt. Sie standen weiterhin im Rahmen einer Ideen-Sichtung zur Drogenrehabilitation.

... Verwirklichung in den nächsten 5 Jahren realistisch ...

|   | <b>Konkrete Beschreibung der Massnahme</b> | <b>Begründung</b>   |
|---|--|---|
| 1 | Finanzierungskonkordat unter den Kantonen  | Süchtige halten sich oft gar nicht dort auf, wo sie gemeldet sind. Die ambulanten Interventionsschritte finden dann meist auch fern von der Wohngemeinde statt, was in der Realisierungsphase, die häufig mit einem Entzug beginnt, zu Finanzierungsschwierigkeiten und zu Kontaktverbindungsschwierigkeiten führt. Die Kantonalisierung der Problemlösung sollte endlich aufhören.   |
| 2 | Mitarbeiterschulung                        | Es ist im Allgemeinen erschreckend, wie wenig Mitarbeiter von Suchtinstitutionen über das Wesen der Sucht überhaupt wissen. Häufig ist ihre angelernte therapeutische Kompetenz besser in Entwicklung begriffen als ihre themenspezifischen Kenntnisse. Es ist heute auch schwierig, sich in der Vielzahl unqualifizierter Ansichten über die Sucht fachlich zu orientieren, Geschwätz und pseudogesellschaftspolitische Ansichten ersetzen fachliche Kenntnisse. |

## II. Fragen zu Massnahmen inbezug auf die stationäre Drogentherapie und deren Umfeld

1) ... unabhängig davon, wie realistisch die Chancen sind, ...

|   | Konkrete Beschreibung der Massnahme  | Begründung  |
|---|--|---|
| 1 | <p>Integration der Therapeutischen Wohngemeinschaften in ein übergreifendes Suchtbehandlungskonzept unter der Führung der ambulanten Beratungsstellen. Die Bedeutung des ambulanten Beraters tritt natürlich während der stationären Therapie des Klienten stark in den Hintergrund. In dieser Phase hat er die familientherapeutische Arbeit in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Wohngemeinschaft zu koordinieren und gemeinsam zu führen, was die Bearbeitung von Rückfällen während der stationären Therapie stark erleichtert und die Therapie insgesamt stützt, da das familiäre Umfeld ebenfalls in einen Entwicklungsprozess involviert ist. Die Nachsorgearbeit wird von vielen Problemen, die heute bestehen, befreit.</p> | <p>Das System der Suchthilfe soll sich bemühen, die real vorhandene zeitliche Dauer einer durchschnittlichen Suchtrehabilitation zu berücksichtigen und ermöglichen, dass eine Betreuungskonstanz gewährleistet ist, so wie dies bei der Behandlung von allen frühkindlichen Störungen unabdingbar ist. Das "Kette-Modell", das sich nicht um übergreifende Betreuungskonstanz bemüht, ist ein Alibibegriff, der lediglich dazu gedient hat, das Eigenleben der Institutionen zu schützen und vorzugaukeln, dass eine für den jeweiligen Patienten nicht wahrnehmbare Zusammenarbeit erfolgt.</p> <p>Nachsorge leidet oft darunter, dass sie erst einsetzt, wenn Rückfälle bereits an der Tagesordnung sind. Die Nachsorgemitarbeiter kennen ihren Klienten dann oft gar nicht in seiner abstinenten Kompetenz.</p> |

2) ... Verwirklichung in den nächsten 5 Jahren realistisch ...

|   | <b>Konkrete Beschreibung der Massnahme</b>   | <b>Begründung</b>  |
|---|--|--|
| 1 | Mitarbeiterschulung  | siehe I.2) 2   |
| 2 | Integration einer seriösen und intensiven Familientherapie in die stationäre Drogenarbeit, entsprechende Ausbildung der Mitarbeiter. | Die Hauptschwierigkeiten der Hilfe mit heutigen Drogensüchtigen liegen darin, sie genügend anzubinden resp. ihre verdeckten Anbindungen in oft recht problematische familiäre Strukturen aufzuarbeiten und deren Symbolgehalt für die Psyche der Drogenabhängigen zu nutzen. Die Bearbeitung der Rückfälle, die Stabilität im stationären Programm und destruktive Phänomene, die während der Austrittsphase bestehen, können viel besser und effizienter durch Einbezug der Familientherapie bearbeitet werden. |