

Sucht als Krankheit

von Andreas Manz ¹

Lieber Walter. In Deinem 2-seitigen Aufsatz „Sucht ist eine Krankheit“ vom 3. Januar 2018 hast Du einige interessante Themen gestreift, die ich gerne aufgreife.

Sucht als Krankheit

Du sprichst den versicherungstechnischen Teil des Krankheitsbegriffes an. Sicher ist es richtig, dass Sucht versicherungstechnisch als Krankheit betrachtet wird. Die Sache ist aber nicht ganz ausgestanden. Weil es einen Anteil an der Sucht gibt, den viele Menschen durch eigene Entscheidungen beeinflussen können (sie können mit dem Rauchen aufhören, das Alkoholtrinken aufgeben etc), wird die Sucht auch heute noch nicht ganz gleichberechtigt wie andere Krankheiten behandelt. Die IV verlangt im Rahmen einer „Schadenminderungspflicht“ von Süchtigen, eine Abstinenz zu beweisen, ansonsten berufliche Massnahmen eingestellt werden.

Das Krankheitsmodell suggeriert aber auch eine Zuständigkeit für Diagnose und Behandlung und weist diese an Ärzte und an die medizinische Versorgung wie Kliniken und Ambulatorien. Hier bin ich mir nicht so sicher, dass wir einen Fortschritt gemacht haben. Die ärztliche Praxis ist für eine Suchtbehandlung denkbar ungeeignet. Die Konsultationen sind zu kurz, das nötige Spezialwissen fehlt. Medikamente als Lösungswege verursachen Scheinlösungen und werden oft zum Teil des Problems, als dass sie Lösungen ermöglichen. Die Überforderung der Ärzte mit der Heroinsucht war einer der Gründe, weshalb als alternative Behandlungsformen Therapeutische Gemeinschaften, Drogenberatungsstellen und auch die CIKADE entstanden sind. Es bedeutete einen grossen Durchbruch in der Behandlung der Heroinsucht, dass sie den Ärzten damals aus den Händen genommen worden ist. Das medizinische Krankheitsmodell hatte nichts zu bieten.

Dass heute dies Vergangenheit ist und ein medizinisches Krankheitsmodell auch in der Suchttherapie dominiert, hat mit der Zuteilung an die Krankenkassen als Kostenträger zu tun, hat auch damit zu tun, dass sich die Ärzte diese Thematik nicht auf Dauer aus den Händen nehmen lassen wollten. Heute verdienen ganz viele verschiedene Berufsgattungen am Management (Behandlung) der Drogensucht. Ob dadurch die Stigmatisierung und Schuldzuweisungen reduziert worden sind, bezweifle ich.

Der Krankheitskontroverse im Suchtbereich hat übrigens Roberto Lobos 1987 einen Teil eines Vortrages gewidmet.²

Der medikamentenlose Entzug

- Entzug unter Schmerzen?
- Stundenlange Gespräche
- Spaziergänge in der Natur
- Motivationsprüfung

Dass ein Entzug ohne Medikamente besonders schmerzhaft sein soll, ist nicht wahr. Dieses

1 Diesen Artikel habe ich als Antwort auf einen Aufsatz von Walter Meury, Geschäftsführer der Stiftung Suchthilfe Region Basel SRB verfasst

2 Roberto Lobos: Die Inneren und Äusseren Strukturen von Heilungsprozessen und ihr Wandel, 1987. in Thommen Dieter 1988

Märchen haben die Drogenabhängigen, die den Entzug abgebrochen haben, in die Welt gesetzt. Alle, die ambivalent gegenüber einem Entzug waren, haben das gerne nachgeplappert. Die Sozialberater, die ausserhalb des Entzugs mit den Drogenabhängigen zu tun hatten, glaubten dieses Märchen. Der CIKADE hat beim Entzug auf Medikamente verzichtet, weil er schneller geht und damit für die Betroffenen als auch die Entzugshelfer besser ertragen werden kann. Die Gliederschmerzen, die meistens über 2-3 Tage auftraten, sind mit den Gliederschmerzen einer leichten Grippe zu vergleichen. Im Gegensatz zu den grippalen Gliederschmerzen können sie aber mit körperlicher Aktivität (Marschieren) und Wärme (Sauna) beseitigt werden. Ich habe die Entzüge, die ich später in der Psychiatrischen Klinik Liestal durchführen musste, weiterhin zu 90% ohne Einsatz von Medikamenten angeleitet. Die Patienten glaubten mir, dass ich sie damit nicht plagen, sondern ihnen besser Helfen wollte. Das Personal hat nach anfänglicher Skepsis Vertrauen zu diesem System gewonnen. Der medikamentenlose Entzug braucht etwas Erfahrung und ein diagnostisches Können. Sie müssen die Menschen herausfiltern, die einen epileptischen Entzugsanfall oder die ein Delirium machen könnten. Das ist aber mit 99% Sicherheit möglich. Ein Drogenentzug ist am Besten als ein psychosomatisches Phänomen zu begreifen. Die psychischen Umgebungsvariablen spielen in der Heftigkeit der Entzugssymptome die Hauptrolle. Sind diese gut und umsichtig gewählt, verläuft ein Entzug meist sehr sanft und ist für den Betroffenen ein erstaunliches Erlebnis, waren sie doch mit vielen Vorurteilen in das Unternehmen hineingegangen. Für die Betreuer ist es beglückend zu erleben, wie sich ein Schleier vom Klienten weggeht, er erwacht, wie eine Art Geburt vollzieht. Solche Erlebnisse sind nur in einem medikamentenfreien Entzug möglich. Sie motivieren aber, das weitere Geschehen sorgfältig anzugehen.³

Den CIKADE-Mitarbeitern war relativ bald bewusst, dass die Motivation beim Ausstieg aus einer Suchtkrankheit stets ambivalent ist. Der Gegenstand für eine intensive Prüfung fehlt aus grundsätzlichen Gründen. Daher macht die Aussage einer „intensiven Motivationsprüfung“ keinen Sinn. Langjährige Mitarbeiter lernten, im

Die CIKADE hat den medikamentenlosen Entzug nicht aus medizinischen oder psychologischen Gründen aufgegeben. Die Veränderung in der Suchthilfepolitik hat die Substitution derart in den Vordergrund geschoben, dass keine Süchtigen mehr entziehen wollten. Entzug – Erleben einer Änderung – ist aus der Mode gekommen. Da haben viel Kräfte mitgewirkt. Schade für das Erlebnis des Neuaufbruchs. Entziehen kann man auch unter einer Medikamentenglocke. Man kommt meist auch an ein Ziel, wenn man ans Ziel kommen will.

Die Therapeutische Gemeinschaft

- Ein Lebensmodell, erwachsen aus den persönlichen Bedürfnissen der Therapeuten
- Die Abgeschlossenheit und Kontaktsperre
- Ausschluss beim Rückfall
- Nachsorge und Reintegration
- Die Kosten

Das System der Therapeutischen Gemeinschaft ist keineswegs aus den persönlichen Bedürfnissen

³ Andreas Manz: Der medikamentenlose Entzug, 1989 und
Psychodynamik des Entzugs – theoretische und praktische Aspekte (siehe www.praxis-t15.ch/)

der Therapeuten entstanden, wie Du vermutest. Es wurde vorerst gar nicht für die Suchttherapie von Maxwell Jones entwickelt.

Für die Suchttherapie eignet sich das System der Therapeutischen Gemeinschaft aus folgenden Gründen:

- Eine Drogensucht, die beispielsweise zwischen 14 und 26 die geistige und emotionale Entwicklung eines Klienten geprägt hat, führt dazu, dass er noch gar nicht gelernt hat mit klarem Kopf und bürgerlichen Pflichten zu Leben. Eine ungünstige Herkunftsfamilie haben das ihrige für die Nicht-Entwicklung beigetragen. Damit die fehlende persönliche Nachreife geschehen kann, braucht es genügend Zeit.
- Sie ist wie eine Grossfamilie organisiert, in der die Peers einen wesentlichen Teil der Atmosphäre prägen und die Älteren Teile der „Erziehung“ der Jüngeren übernehmen. Das Lernen geschieht von Gleichartigen besser als von Erziehern und Lehrern.
- Die Therapie ist in Form von Gruppentherapien (allenfalls ergänzt mit Familientherapie und Einzelgesprächen) organisiert. In der Gruppe übernehmen auch die anderen Teilnehmer Verantwortung für den therapeutischen Prozess. Er ist nicht ausschliesslich an den Therapeuten delegiert. Das stärkt Ich-Funktionen. Süchtige erkennen auch rascher, wenn ein „Familienmitglied“ am Abrutschen ist und kann hier adäquater einsteigen, als dies Therapeuten können.
- ... Sucht, Dissozialität, Kriminalität
- In der TG wird auch ein Basistraining für eine spätere Berufslehre durchgeführt: Pünktlichkeit, Verantwortung, Zusammenarbeit, Kritisieren und Kritik Einstecken.

Die Therapie ging 2-3 Jahre, weil der Nachreife Prozess so lange braucht, die Vorbereitung auf das Erwachsenenleben einige Stufen durchlaufen muss. Die anfängliche Kontaktsperre und die oft bestehende Abgeschiedenheit der Lokalität waren Schutzmassnahmen, dass der Neuankömmling sich zuerst im neuen Zuhause einleben konnte, Bindungen zu seiner „Grossfamilie“ knüpfen konnte, die ihm wertvoll genug erschienen, auch Versuchungen oder schwierige familiäre Begegnungen nicht in einen Suchtrückfall umzumünzen. Dass nach einem Rückfall nicht sofort mit der TG-Therapie fortgefahren werden konnte, musste als Schutz vor leichtfertigem Zwischenkonsum dienen. Rückfälle wurden konsequent als Entscheidung gewertet – eine Umdeutung, die für den Suchtkranken (wenn Du diesen Begriff haben willst) einen wichtigen Prozess einleiten konnte. Er wurde ja nicht für ewig ausgeschlossen. Er musste einiges dafür tun, wenn er den Rückfall als Irrtum klassifizieren wollte, und nicht wie gewohnt leichtfertig als kleines Detail, das schon nicht wieder vorkommen solle.....

Es gibt eine ganze Anzahl durchaus nachvollziehbarer und brauchbarer Konzept-Versuche der Sucht.

- Das eine Konzept begreift Sucht als ein regressives Phänomen. Der Triebwunsch wird nicht als progressiven Instanzen (Ich-Instanzen) gemessen und dann entschieden. Die regressiven Wünsche werden ungefiltert ausgelebt, die an sich vorhandenen Ich-Instanzen werden dazu ausgehebelt und später in eine strafende Überich-Funktion verwandelt. Wie diese Instanzen in einem System interagieren hat Gregory Bateson sehr eindrücklich dargestellt. Es lohnt sich sehr, diesen Aufsatz⁴ zu lesen. Er ist ein klassisches Beispiel einer systemtheoretischen Betrachtung

4 Bateson Gregory: Kybernetik des Selbst – Eine Theorie des Alkoholismus

eines Krankheitsphänomens.

- Das Konzept der Abwehrmechanismen von Anna Freud kann auch ein Phänomen der Suchttherapie recht plastisch erfassen: Die Identifikation mit dem Angreifer (dem Aggressor)
- Das Konzept der Ich-Spaltung
- Das Co-Sucht Konzept
- etc

Es gibt noch viele weitere Konzepte, die in der Suchttherapie eine wesentliche Rolle gespielt haben. Zu einem Teil dieser Konzepte habe ich Aufsätze geschrieben, die Du in unserer Praxis-Homepage einsehen und herunterladen kannst. Dieser Aufsatz soll keinen erschöpfenden Überblick über die diversen Konzepte geben. Ich will Dir damit lediglich zeigen, dass die Arbeit in Therapeutischen Gemeinschaften sehr wohl durchdacht war und wenig mit dem Lifestyle der Therapeuten zu tun hatte. Es gab auch sehr detaillierte Organisations- und Ablaufkonzepte, die die einzelnen Therapeutischen Gemeinschaften geschrieben hatten. Dabei konnten sie auf Erfahrungen anderer und einer reichhaltigen Konzeptliteratur zurückgreifen.⁵

Dass auch dieser Therapieteil der Drogenhilfe zu Grunde gegangen ist, hat wiederum nichts damit zu tun, dass sie nicht funktioniert hat. Die Umgebung hat sich gewandelt. Niemand will mehr die jahrelange Arbeit auf sich nehmen, die für ein Nachreifen nötig ist und die die Grundlage für eine nachhaltige Behandlung der Suchtkrankheit darstellt. Die Süchtigen der 80-er und 90-er Jahre haben einfach Glück gehabt, dass ihnen die Angebote zur Nachreife zur Verfügung standen. Ich kenne noch eine grosse Anzahl von Ihnen, die damit den Ausgang aus der Sucht gefunden haben, versäumtes nachholen konnten und heute ein ganz normales erfülltes Leben ohne Abhängigkeit oder Nebel durch Substitution leben.

Deine Aussage zu den Kosten, welche die Angehörigen zu bezahlen gehabt hätten, ist schlicht falsch. Im Kanton Baselland wurde bereits in den frühen 80-er Jahren das Sozialhilfegesetz so ergänzt, dass die Sozialhilfebeiträge an die Kosten der Therapeutischen Gemeinschaften durch den Kanton getragen wurde und die Eltern von Rückforderung verschont blieben, weil man den Ausstiegsprozess der „Kinder“ nicht durch finanzielle Familienkriege behindern wollte. Die Monatskosten waren übrigens gar nicht so hoch. Die Kosten der Substitution und des betreuten Wohnens sind heute um ein x-faches höher!

vertiefte Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild der Sucht seit Mitte 90-er Jahren

Es ist nicht das Vorrecht der Jahre nach 1995, sich mit dem Krankheitsbild der Sucht vertieft auseinander gesetzt zu haben. Die entsprechenden Bücher füllen ca. 3 Meter in meinem Büchergestell. Die meisten wurden von 1995 geschrieben. Es freut mich, zu hören, dass die differenzierten Publikationen zum Krankheitsbild der Sucht auch nach 1995 nicht abgerissen sind. Ich kann den 3 Metern gerne noch den einen und anderen Meter zufügen. Woran soll ich mich Deiner Meinung nach halten?

5 Thommen / Yablonsky / Petzold /

Qualitätskontrolle und -kriterien in der Suchtbehandlung

Die Qualitätskontrolle gab es auch schon zu den Anfangszeiten der Suchttherapie. In den meisten TG gab es eine monatliche Supervision von mehreren Stunden. In der CIKADE gab es neben diesen monatlichen Teamsupervisionen auch 2xmonatliche Fallbesprechungen, die zur Entzugsvorbereitung und der -nachbereitung dienten. Hatte ein Entzugsteam mit zusätzlichen Schwierigkeiten zu kämpfen, wurde eine zusätzliche Entzugsteam-Supervision kurzfristig einberufen. Unter Qualität verstand man früher die Reflexion der Beziehung. Und weniger schematisierte Handlungsabläufe und deren Dokumentation. Drogentherapie ist kein administrativer Ablauf, der mit solchen schriftlichen Systemen an Qualität gewinnt. Drogentherapie ist in erster Linie eine Beziehungsarbeit, deren Reflexion dient der Verbesserung der Qualität. Aufgeschrieben zu Kontrollzwecken erachteten wir als unnötig.

Literatur

- Thommen Dieter: Die Behandlung Drogenabhängiger, Bern 1984
- Thommen Dieter, Hrsg: Drogenproblematik im Wandel, Symposium Wislikofen 1987, IPSA Lausanne 1988
- Lobos Roberto: Die Inneren und Äusseren Strukturen von Heilungsprozessen und ihr Wandel, 1987. in Thommen Dieter 1988
- Bateson Gregory: Die Kybernetik des „Selbst“: Eine Theorie des Alkoholismus, 1971, dt. in Bateson Gregory: Ökologie des Geistes, Suhrkamp , Frankfurt a.M. 1983
- Freud Anna: Das Ich und die Abwehrmechanismen. 1936, Frankfurt 1975
- Yablonsky Lewis: Die Therapeutische Gemeinschaft – Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit. 1989, dt. Belz 1990
- Jones Maxwell: Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft, 1968, dt. Huber, Bern 1976
- Kaufman/Kaufmann: Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen“ Freiburg 1986
- Petzold Hilarion / Vormann Gernod: therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen, Modelle, Supervision, 1988
- Stachowske Ruthard: Familienorientierte stationäre Drogentherapie. Neuland 1994
- Bernath Christian: Katamnese Drogenabhängiger Jugendlicher aus dem Rehabilitationszentrum Ulmenhof in Ottenbach ZH. Zürich 1978
- Kampe Helmut / Kunz Dieter: Was leistet Drogentherapie?. Evaluation eines stationären Behandlungsprogramms. Beltz1983
- Argast Urs: Die Wandlung von Konfliktreaktionsmechanismen bei jugendlichen Dissozialen in einem Therapeutischen Milieu. 1984
- Manz Andreas: Diverse Artikel zu Teilaspekten der Sucht. Siehe www.praxis-t15.ch . zum Beispiel:
 - Zur Diskussion der „Co-Sucht“ 1992
 - Ursachen der Sucht – tiefenpsychologische Hintergründe“ 1992
 - Zur Psychopathologie der Sucht und Konsequenzen für das therapeutische Handeln 1991
 - Der medikamentenlose Entzug. 1989
 - Krisenintervention bei Sucht. 1989
 - Familientherapie bei Sucht. 1989
 - Psychodynamik des Entzugs – theoretische und praktische Aspekte. 1987
 - Der Einfluss von Drogen auf den psychotherapeutischen Prozess. 1996
 - Die Aufgaben des Arztes bei der Begutachtung von Süchtigen im Rahmen von IV-Massnahmen. 1995
 - Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft, angewandt auf die AEA Arxhof. 1992
- Rost Wolf-Detlef: Psychoanalyse des Alkoholismus. Klett-Cotta , Stuttgart 1987