

Wolfgang Krüger

Spezialeinrichtungen für Menschen mit psychischer Erkrankung und Sucht – Was leisten sie für Menschen mit Schizophrenie und Substanzkonsum ?

Auch nach 15 Jahren fachpolitischer Diskussion über Komorbidität von Psychose und Sucht haben sich die Versorgungsbedingungen nicht wesentlich verbessert. Die Mehrheit der psychiatrisch Tätigen geht davon aus, bei dieser Klientengruppe gäbe es generell eine besonders schlechte Entwicklungsprognose. Der Beitrag illustriert, dass dies zumindest teilweise unzureichenden Behandlungsangeboten widerspiegelt. Auf der Basis von ca. 100 mehrjährigen Betreuungsverläufen in der soziotherapeutischen Einrichtung „Faßbacher Hof“ seit 1991 wird diskutiert, wie Klienten mit Psychose und Sucht sich in einem Betreuungskontext entwickeln können, der sozialpsychiatrische und suchtttherapeutische Ansätze zu integrieren versucht.

1. Die neue Aktualität einer alten Diskussion

Als jemand, der bereits seit Beginn der 90er Jahre Klienten mit „Doppeldiagnosen“ betreut, hatte ich den Eindruck, dass die Diskussion „Spezialeinrichtungen ja oder nein?“ bei den beteiligten Fachleuten schon Mitte der 90er Jahre zu einem Ergebnis geführt hatte. Kurz zusammengefasst lautete es:

Menschen mit Komorbidität von Psychose und Sucht benötigen einen speziellen Behandlungs- oder Betreuungsrahmen, in dem sozialpsychiatrische und suchtttherapeutische Erkenntnisse konvergieren. Hierzu sind spezialisierte Einrichtungsformen sinnvoll, die zugleich als „Kerne“ wirken, um innerhalb der Versorgungssysteme Psychiatrie und Sucht, einen fachlich angemesseneren Umgang mit der jeweils „komplementären“ Störung zu befördern.

Die Diskussion heute wieder aufzugreifen macht vor allem auf Grund der nach wie vor eklatanten Versorgungsdefizite Sinn.

Neuere Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass fast jeder zweite Mensch mit schizophrener Psychose im Laufe seines Lebens temporär oder dauerhaft eine Suchtproblematik entwickelt. Ob diese Daten eine wirkliche Zunahme komorbider Erkrankungen widerspiegeln oder damit zusammenhängen, dass Komorbidität heute genauer diagnostiziert wird, ist nicht eindeutig zu beantworten. Fest zu stehen scheint, dass sich seit den diagnostischen Leitlinien des ICD 10 der Aufmerksamkeitsfokus des psychiatrisch tätigen Personals tendenziell erweitert auf die Wahrnehmung eines häufig komplex verbundenen Systems psychischer Störungen.

Für eine tatsächliche Zunahme komorbider Erkrankungen spricht vor allem: Unmittelbar nachvollziehbar fällt es Menschen mit – häufig chronischen – psychischen Erkrankungen schwer, einen Wunsch nach Veränderungen ihres Konsumverhaltens zu entwickeln, wenn sie keine positiven Lebenserwartungen hiermit verknüpfen können.

Andererseits werden psychisch Erkrankte in Zeiten dauerhafter Massenarbeitslosigkeit immer seltener in Arbeitsleben oder andere sozial sinnstiftende Zusammenhänge integriert. Es kann von einer wachsenden Population chronisch psychisch Kranker ausgegangen werden, die sozial isoliert und marginalisiert leben und deshalb geringe Anreize zu Konsumreduktion, Konsumkontrolle oder Abstinenz haben. Dies dürfte insbesondere auch für die wachsende Gruppe junger chronisch psychisch Kranker gelten, bei denen fast regelhaft ein früher Krankheitsbeginn und ein jahrelanger multipler Substanzkonsum vorliegen.

Während große Defizite also unabweisbar sind, deutet sich andererseits ein wachsender Druck öffentlicher Kostenträger im Bereich der Eingliederungshilfe an; teilweise wird vehement gegen (teure) Einrichtungen für komorbide Klienten plädiert, wobei die fiskalische Moti-

vation nur mühsam mit fachlichen Argumenten, wie etwa dem der „*schlechten Prognose*“ für komorbide Patienten, überdeckt wird.

2. Vom Wohnheim für Suchtkranke zum Wohn- und Betreuungsverbund für Menschen mit psychischer Erkrankung und Sucht

Die von mir geleitete Einrichtung ist für „Spezialeinrichtungen“ in gewisser Weise atypisch. Sie entstand Ende der 70er Jahre als Wohneinrichtung für Alkoholabhängige und begann ab 1987 Bewohner mit Psychose und Sucht aufzunehmen. Die Konzeptentwicklung musste sich hierbei zwangsläufig – mangels leitender Beispiele – in einem Prozess des „learning by doing“ vollziehen. Nach verschiedenen konzeptionellen und strukturellen Umbrüchen betreuen wir heute *schwerpunktmäßig* Menschen mit schizophrenen Psychosen und Sucht, darüber hinaus Klienten mit Persönlichkeitsstörungen (wie: affektive Störungen, Angststörungen, Borderline-Störungen). Im Substanzmißbrauch stand zunächst meist Alkohol im Mittelpunkt, seit dem Jahr 2000 ist eine Aufnahme *unabhängig von der Substanzpräferenz* möglich. Die Mehrheit der Klienten sind daher heute psychisch Erkrankte mit Drogenabhängigkeit oder Polytoxikomanie. Einer unserer Arbeitsschwerpunkte ist die Betreuung psychisch erkrankter Opiatabhängiger in *Substitution*.

Sozialpsychiatrie versus Suchttherapie ? – Erfahrungen mit der Integration

In der Retrospektive bietet die Tatsache, dass der Faßbacher Hof nicht als Spezialeinrichtung entstand, *sondern sich schrittweise und mit Brüchen hierzu entwickeln musste*, ein breites Feld von Erkenntnissen. In der jüngeren Literatur wird zu Recht häufig darauf verwiesen, dass die Integration von sozialpsychiatrischen und suchttherapeutischen Elementen in mancher Hinsicht eine Integration von *gegensätzlichen Philosophien, Haltungen und Methoden* bedeutet. Unser spezifischer Erkenntnisgewinn besteht darin, dass wir dies innerhalb *einer* Einrichtung und *eines* therapeutischen Teams bewältigen mussten. Ich selbst war überwiegend inspiriert durch sozialpsychiatrische und institutionskritische Aspekte der Psychiatrie-Reform-Diskussion. Andererseits traf ich auf „suchtspezifische“ Einrichtungsstrukturen, die sich durch tradierte – meines Erachtens überwiegend vorwissenschaftlich begründete – Mechanismen *übermäßiger Kontrolle mit der Tendenz zur Depersonalisation* auszeichneten.

Innerhalb des therapeutischen Teams hatte sich intuitiv die Erkenntnis verbreitet, dass Bewohner mit psychotischen Erkrankungen meist durch die Erwartung „eigenverantwortlicher“ Entscheidungen über einen Substanzkonsum überfordert waren. Auch war in der Betreuungsbeziehung erfahrbar, dass ein Übermaß an „Konfrontation“ psychotische Klienten eher in eine akute Erkrankungsphase treiben kann. Zum Betreuungsstandard gehörte bereits, dass Rückfälle nicht zwangsläufig zu einer Beendigung der Betreuungsbeziehung führen müssen. Andererseits konnten zunächst sowohl das therapeutische Team als auch ein Teil der Bewohner nur schwer auf überdimensionierte Kontrollaspekte verzichten. Die Kontroversen hierüber entzündeten sich regelmäßig an der Frage des „Umgangs mit Rückfällen“. Über mehrere Jahre hinweg waren sowohl Bewohner als auch Teammitglieder nur schwer für einen *uneingeschränkt individuellen* Umgang mit Rückfällen zu gewinnen. Hierbei begegneten sich *zwei unterschiedliche Dynamiken*: Ein Teil der *Klienten* forderte in berechtigtem Misstrauen in die eigene Abstinenzfähigkeit mehr äußere Kontrollmechanismen ein. Auf der anderen Seite suchte ein Teil des therapeutischen Teams *eigene* Handlungssicherheit in schematischen „allgemeingültigen“ Regeln. Phasenweise erschienen durchaus auch die einzelnen handelnden Individuen in gegensätzliche Haltungen „gespalten“.

In der Rückschau waren es vor allem die „Doppeldiagnose“-Patienten, die dem Team zu einer Korrektur seiner Haltung verhelfen. Es war nun einmal offenbar unproduktiv, chronisch wahnhaft, halluzinierende Bewohner nach einem einmaligen Rückfall auf eine Entgiftungsstation zu verbringen, wo sie in ihrer spezifischen Problematik nicht wahr- und angenommen werden konnten. Diese Faktizität der Ereignisse begünstigte die nötigen konzeptionellen Korrekturen nicht unwesentlich. In einem permanenten Reflektionsprozeß entwickelte

sich schrittweise die Erkenntnis, dass sowohl beim Umgang mit der psychischen, als auch beim Umgang mit der Suchterkrankung eine primär supportive, gleichzeitig den Substanzkonsum ernst nehmende Haltung sinnvoll und möglich ist.

Interessanterweise profitierten von dieser Entwicklung im Ergebnis alle Klienten. Auch bei langfristig Suchtkranken mit Persönlichkeitsstörungen ist die Haltung zum Substanzgebrauch bekanntlich in der Regel ambivalent, subjektive Vor- und Nachteile müssen im Verlauf der Betreuung abgewogen, Schuldgefühle und Moralisierungen reduziert und ein verstehender Zugang zu den Triebfedern des Konsums erarbeitet werden. *Die Frage grundsätzlich anderer Haltungen gegenüber Suchtphänomenen oder psychischen Erkrankungen stellt sich nach einem solchen Konvergenzprozess nicht mehr.*

Im Ergebnis arbeiten wir heute auf der Basis folgender Prämissen:

1. Der Gegensatz zu „Abhängigkeit“ ist nicht „Abstinenz“, sondern „Unabhängigkeit“. Damit meinen wir idealtypischer Weise eine innere, emotional freie, nicht von zwanghaftem Drang diktierte, Entscheidung über das „Ob, Wie und Wann“ des Konsums. Lösungen sind dabei in der lebensgeschichtlichen Perspektive notwendigerweise unterschiedlich und können von Konsumreduktion über kontrollierten Konsum bis zur Abstinenz reichen. Erster Orientierungspunkt ist hierbei, wie der Konsum das psychische Befinden und die soziale Integration des Klienten beeinflusst.
2. Der Aufenthalt in der stationären Einrichtung dient als „Zeitfenster“, in dem der Betroffene die Möglichkeit hat, eigene Lösungen zu entwickeln. Hierfür ist ein beschützendes und abstinenzorientiertes Milieu nötig. Der Konsum nicht verordneter psychotroper Substanzen (bei substituierten Klienten der Beikonsum) stellt daher während des Aufenthaltes einen Rückfall dar.
3. Für den Umgang mit Rückfällen gibt es kein allgemeines Regelwerk. Die Bearbeitung erfolgt mit dem Klienten individuell. Bei Suchtmittelrückfällen von Menschen mit psychiatrischer Komorbidität *können auch Hilfestellungen zur psychischen Erkrankung (wie medikamentöse Umstellungen oder Stressreduktion) im Zentrum der Rückfallbearbeitung stehen.*
4. Da im ambulanten Bereich ein abstinenzorientiertes Milieu nicht mehr gegeben ist, muss das Handlungsrepertoire notwendigerweise breiter sein. Klienten werden hier langfristig sowohl bei Abstinenz, als auch bei Versuchen der Konsumreduktion und des kontrollierten Substanzkonsums begleitet.

3. Quantitative und qualitative Entwicklungen im Konsumverhaltens psychisch Kranker - empirische Ergebnisse

Der Wohn- und Betreuungsverbund Faßbacher Hof besteht heute aus einem stationären Teil mit 28 Plätzen in der Stammeinrichtung und einer Außenwohngruppe, dem ambulanten Betreuten Wohnen, so wie einem breit gefächerten tagesstrukturierend-arbeitstherapeutischen Angebot, dass sowohl von stationär als auch von ambulant betreuten Klienten genutzt wird.

*Seit 1991 wurden stationär insgesamt **122 Klienten** aufgenommen. Ohne „Abbrüche“ in den ersten drei Monaten kam es zu **101 langfristigen**, in der Regel mehrjährigen Betreuungen. Die statistische durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug **3,2 Jahre**.*

In den empirischen Daten spiegelt sich die Weiterentwicklung der Konzeption in einem kontinuierlichen Anstieg des Anteils der Klienten mit Schizophrenie und Drogenabhängigkeit. Aktuell liegen bei 64% der Bewohner eine schizophrene Psychose, bei 53,6 % eine Substanzpräferenz „Drogen“ vor. Jeder dritte Bewohner (32,1 %) ist auf Grund einer Opiatabhängigkeit substituiert.

In den folgenden statistischen Angaben wurden aus Vereinfachungsgründen Untergruppen gebildet. Mit „Psychose“ sind alle Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises bezeichnet.

net. Unter „Persönlichkeitsstörung“ sind alle nicht-psychotischen Störungen subsumiert. In der Beschreibung des Substanzkonsums wird eine aktuell im Mittelpunkt stehende *Hauptsubstanzgruppe* benannt.

Tabelle 1: Quantitative Verteilung des Substanzkonsums bei verschiedenen Diagnosegruppen:

Diagnosegruppe:	Klientenzahl	Durchschnitt Aufenthalt (Jahre)	Rückfälle gesamt	Rückfälle Jahr / Klient
Persönlichkeitsstörung / Alkohol	37	1,9	97	1,5
Persönlichkeitsstörung / Drogen	3	1,0	16	5,3
Persönlichkeitsstörung / Drogen substituiert	6	1,3	9	1,1
Psychose / Alkohol	24	4,4	106	1,0
Psychose / Drogen	11	2,5	25	0,9
Psychose / Drogen, substituiert	7	1,25	18	1,8
Drogen ohne Substitution	14	1,0	41	2,9
Drogen mit Substitution	14	1,3	27	1,5
Alkohol	61	3,2	203	1,2
Psychose Gesamt	43	3,3	149	1,0
Persönlichkeitsstörung Gesamt	42	1,8	122	1,6

Betrachten wir schwerpunktmäßig die markierten Daten: Klienten mit schizophrener Psychose haben mit 3,3 Jahren auf Grund der Schwere der psychischen Störung eine signifikant höhere Aufenthaltsdauer. Allerdings kommt es mit 1,0 Konsumfällen pro Jahr bei Klienten mit Schizophrenie sogar zu einer besseren Reduktion als bei Abhängigen mit Persönlichkeitsstörungen. Klienten mit Persönlichkeitsstörungen und Drogenabhängigkeit können in den vergleichsweise „weichen“ Behandlungsrahmen nur dann integriert werden, wenn sie substituiert sind.

Erfasst ist bis hier jeder bekannt gewordene Konsum. Zur qualitativen Beschreibung unterscheiden wir im weiteren zwischen fünf erfahrungsgemäß häufigen Konsumtypen:

Als **Abstinent** werden alle Klienten bezeichnet, die nicht konsumierten oder bei denen sich im Verlauf eine Konsumfreiheit entwickelt hat. Bei allen anderen Klienten wird zwischen folgenden (vereinfachten) **Konsummustern** unterschieden:

Typus 1: Seltener Konsum mit geringer Intoxikation; Typus 2: Seltener Konsum mit starker Intoxikation; Typus 3: Häufiger Konsum mit geringer Intoxikation; Typus 4: Häufiger Konsum mit starker Intoxikation.

Tabelle 2: Verteilung unterschiedlicher Konsummuster nach Diagnosen:

Diagnosegruppe	Abstinent	Typus 1	Typus 2	Typus 3	Typus 4	Gesamt
Persönlichkeitsstörung / Alkohol	24,3%	16,2%	27%	2,7%	29,7%	100%
Persönlichkeitsstörung / Drogen					100%	100%
Persönlichkeitsst. / Drogen substituiert	50,0%	16,6%	16,6%	16,6%		100%
Psychose / Alkohol	20,8%	58,3%	8,3%	12,5%		100%
Psychose / Drogen	27,3%	36,4%	18,2%	18,2%		100%
Psychose / Drogen substituiert	25,0%	12,5%	25%	25%	12,5%	100%
Drogen ohne Substitution	21,4%	28,6%	14,3%	14,3%	21,4%	100%
Drogen mit Substitution	35,7%	14,3%	21,4%	21,4%	7,1%	100%
Alkohol	22,9%	32,8%	19,7%	6,6%	18,0%	100%
Psychose Gesamt	23,5%	44,1%	13,9%	16,3%	2,3%	100%
Persönlichkeitsstörung Gesamt	26,1%	15,2%	23,9%	4,4%	30,4%	100%

Was das Erreichen von Abstinenz betrifft, gibt es also keinen signifikanten Unterschied zwischen den diagnostischen Gruppen. *Menschen mit schizophrener Psychose gelingt in einem geeigneten Umfeld Abstinenz etwa genauso häufig (zu ca. einem Viertel) wie Menschen mit anderen psychischen Störungen. So weit es zu Rückfällen kommt, dominieren bei schizophrenen Patienten eindeutig (zu 44%) seltene Rückfälle mit geringer Intoxikation. Zu häufigen exzessiven Rückfällen (was meist zu einer Beendigung des Aufenthaltes führt) kommt es nur bei 2,3 % der schizophrenen Klienten, aber bei 30,4 % der Klienten mit Persönlichkeitsstörungen.*

4. Schlussfolgerungen

Die hier angeführten Ergebnisse müssen dazu führen, die These von einer durchgängig negativen Prognose für Patienten mit Psychose und Sucht zu relativieren. Es gibt offenbar eine große Gruppe, die unter ungünstigen sozialen Bedingungen und bei ungeeigneten Behandlungsangeboten zu einem äußerst exzessiven Substanzkonsum neigt, der seinerseits negativ auf die psychische Erkrankung zurückwirkt. Allerdings entwickelt sich nur bei einem Teil hieraus ein körperliches Abhängigkeitssyndrom.

Unter beschützten und abstinenzorientierten Bedingungen können diese Klienten durchaus lange suchtmittelfreie Phasen erreichen oder ihr Konsumverhalten so weit regulieren, dass es nur noch zu seltenen und geringfügigen Konsumfällen kommt. Erste Erfahrungen aus ambulanten Weiterbetreuungen deuten darauf hin, dass diese Klienten später mehrheitlich zu einem nur seltenen oder kontrollierten Substanzkonsum neigen (hierzu aber bei psychischer Stabilität eher in der Lage sind als andere Konsumenten). Die These, Menschen mit „Doppeldiagnose“ könnten nur sehr niedrigschwellige „konsumierenden Einrichtungen“ akzeptieren, lässt sich nicht verifizieren. Grundvoraussetzung einer effektiven Betreuung erscheint ein sehr langfristiger Betreuungsrahmen, der auf die Wechselwirkungen von Psychose und Sucht fokussiert ist.