

Fachtag Sucht 17. Oktober 2008

Behandlung von chronisch kranken Suchtklientinnen und Suchtklienten zwischen Nihilismus und evidenzbasierter Psychotherapie

Jeder, der lange Jahre im sozialen Bereich gearbeitet hat, hat in seinem Kopf eine Sammlung von Geschichten, die in der eigenen Berufsbiographie eine besondere Bedeutung haben. Eine dieser Geschichten rankt sich um Hrn. Werner S., den ich in einem meiner ersten Nachtdienste in der Psychiatrie im Jahre 1990 kennengelernt habe. Er war volltrunken von seiner Mutter in die Klinik gebracht worden und ich war aufgefordert, die Aufnahmeindikation zu klären. Die Mutter erklärte mir, sie habe 3 Tage auf ihren Sohn eingeredet, dass er mit in die Klinik kommen solle, um die desolante Trinkphase zu beenden, die die Gesundheit des Patienten gefährdete und die nun der Mutter schon über 3 Nächte den Schlaf geraubt hatte. Als ich dazu kam, sang Werner S. lauthals Hymnen seines bevorzugten Fußballvereins und ließ nicht gleich erkennen, dass er seinen Zustand selbst als problematisch erleben könnte.

Nun hatten mir meine wohlmeinenden Kolleginnen und Kollegen als Vorbereitung auf die psychiatrischen Nachtdienste vorgegeben, dass ich unangemeldete Suchtpatienten auf keinen Fall aufnehmen dürfe, weil ich mich dann ko-abhängig verhalten würde. Es sei wichtig, dass jeder Patient erst dreimal an drei aufeinander folgenden Tagen auf Station anrufen müsse, um seine vorgegebene Abstinenzbereitschaft unter Beweis zu stellen. Diese Vorbedingung hatte Werner S. eindeutig nicht erfüllt. Ich weiß noch, dass die Mutter in ihrem Flehen fast auf die Knie fiel, um mit ihrem Sohn nicht abgewiesen zu werden, und so blieb mir nur die Wahl, ein „Schwein“ oder ein „Weichei“ zu sein.

Ich habe verdrängt, was ich damals gemacht habe, ich weiß aber, dass ich in vergleichbaren Situationen schon nachgegeben habe, aber auch schon standhaft geblieben bin. Worauf ich rückblickend stolzer sein sollte, vermag ich nicht zu sagen. Auch mit Werner S. sind solche und ähnliche Situationen in den letzten 18 Jahren bestimmt 50-mal passiert. Wenn er aufgenommen wurde, hat er oft nach wenigen Stunden abgebrochen und sich entlassen lassen – unter den Verfluchungen der beteiligten Mitarbeitenden. Manchmal ist er doch geblieben. Nüchtern ist er eigentlich ganz nett.

Oder Chris T., ein junger Mann, den ich kennenlernte, als er selbst gerade 20 Jahre alt geworden war. Wir hatten eine junge Patientin in eine Wohngruppe nach Herford vermittelt und hofften, ihrem frühen harten Drogenkonsum darüber begegnen zu können. In dieser WG hatte sie Chris kennengelernt, der ihr vorgeschlagen hatte, die WG zu verlassen und sich in Bielefeld eine eigene Wohnung zu suchen. Uns standen die Nackenhaare hoch. Als er von uns wegen fehlender Indikation kein Methadon bekommen konnte, entschloss er sich, sich selbst über eine gebrauchte Spritze mit Hepatitis C zu infizieren, damit er zur Methadonvergabe zugelassen würde. Ich glaube, dass ich ihn am liebsten verprügelt hätte.

Oder Holger Z., der bestimmt 300-mal bei uns entgiftet hat. Ich schätze, dass er den klinikinternen Rekord hält. Er ist alkoholkrank und lebt seit 20 Jahren in vollstationären

Einrichtungen, weil jeder Enthospitalisierungsversuch immer zu massiven Rückfällen geführt hat. Weil er auch nach abgeschlossenen Entzügen nicht alleine den Weg zurück in die Einrichtung findet, ohne rückfällig zu werden, muss er immer im Pkw gefahren und persönlich begleitet werden. Trotzdem hat der die Dreistigkeit gehabt, an einer Ampel einfach aus dem Pkw des Mitarbeiters zusteigen und sich mit freundlichem Gruß zum Trinken zu verabschieden.

Mich haben diese Patienten aufgeregt.

Ich habe mich gefragt, wie lange man wie viel Ressourcen in diese Menschen stecken soll?

Was ist mit alleinerziehenden Müttern in finanzieller Not, die morgens früh aufstehen, ihre Kinder versorgen, tagsüber putzen, abends Kinder abholen, versorgen, ins Bett bringen, Haushalt noch erledigen und dann halbtot ins Bett fallen und schlafen?

Und dann dieses Kepinski Haus: Hotelstandard für Provokateure, Abzocker und Unverbesserliche.

Warum gibt es solche Behandlungseinrichtungen wie das AKH im Deutschland des Jahres 2008?

Nun, die Frage ist: Wer ist für diese Leute überhaupt verantwortlich?

Und eine einfache Antwort könnte sein. Sie sind nur für sich selbst verantwortlich.

Diese Frage ungeklärter Verantwortung kennen Sie aus anderen Situationen auch, sei es als gesetzlicher Betreuer, der mit einem unbequemen Suchtkranken durch die Institutionen tingelt, sei es als Sozialarbeiter in der Wohnungslosenhilfe, der gewaltbereite Menschen mit Suchtproblemen und psychischer Begleitproblematik gern mit einem psychiatrisch erfahrenen Kollegen unter Kontrolle bringen würde, aber keine Zuständigkeiten ausmachen kann. Vielleicht haben Sie aber auch schon einmal für einen alten pflegebedürftigen Menschen mit Suchtproblemen eine ambulante Pflege oder Wohnbetreuung organisieren wollen und gespürt, wie schwierig es sein kann, dass sich jemand dafür verantwortlich macht. Weitere Beispiele ließen sich endlos aufzählen.

Man mag an diesen Beispielen erkennen: Man kann sich die tollsten Therapiekonzepte und Organisationsmodelle ausdenken. Wenn sich niemand verantwortlich macht, ist das alles umsonst.

Damit zur eigentlichen Frage dieses Beitrages: Wer ist eigentlich für schwierige Menschen und deren Suchtprobleme, die von sich aus keinen Arbeitsauftrag geben, verantwortlich??

Letztlich lässt sich das Problem von zwei Seiten betrachten: Einmal von der Seite des professionell Involvierten und einmal von Seiten der Betroffenen selbst.

Zunächst zu den Professionellen: Egal ob man gesetzlicher Betreuer ist, Sozialarbeiter in der Wohnungslosenhilfe oder Bewährungshelfer. Jeder spürt am eigenen Leib: Man steckt da drin. Jean-Paul Sartre würde sagen: „Machen wir uns nichts vor, natürlich ist jeder Beteiligte in der Verantwortung.“ Wenn man als Professioneller merkt, dass mit einem Klienten was schief läuft, andere Kollegen ihren Job nicht ordentlich machen, die Betroffenen selbst vermeiden, das Notwendige zu tun: Jeder Profi hätte grundsätzlich die Option, einzugreifen,

sei es, dass er/sie höflich nachfragt oder konfrontativ interveniert.

Insofern ist es in dem vorliegenden Thema zunächst einmal wichtig zu konstatieren: Jeder Professionelle in diesem Bereich steht vor dem Dilemma, in einem schwierigen und unübersichtlichen Arbeitsfeld tätig zu sein, in dem man nicht all das tun kann, was eigentlich notwendig ist. Trotzdem muss sich jeder Beteiligte dem Problem stellen, entscheiden zu müssen, was getan werden soll und was nicht.

Dieser Beitrag soll dazu Mut machen, sich der Verantwortungsfrage offen zu stellen, und einige Entscheidungshilfen geben.

In einem zweiten Schritt sollen nun die Klienten in den Blick genommen werden. Für die Frage, wie viel Verantwortung von den Professionellen übernommen werden muss, ist es von entscheidender Bedeutung, sich zu überlegen, wie viel Verantwortung der Patient eigentlich selbst hat.

Behandelt man den Patienten im Hinblick auf Verantwortlichkeit so wie den Profi, so ist zu konstatieren – und Sartre würde dem vermutlich folgen: Professionelle sind für sich selbst und ihr Handeln gegenüber den Klienten verantwortlich und die Suchtpatienten sind - zunächst einmal - voll für sich selbst verantwortlich.

Natürlich sind verschiedene Menschen mit unterschiedlichen Ressourcen ausgestattet. Jeder Mensch hat seine Stärken und Schwächen. Auch der oben beschriebene Suchtklient hat Stärken: Er ist durchsetzungsfähig, anpassungsfähig, vielleicht eloquent und hart im Nehmen. Er hat aber nicht gelernt, sich sozial adäquat zu verhalten, delinquenten Versuchungssituationen zu widerstehen und langfristig ein Ziel zu verfolgen. Trotzdem ist er erst einmal für sein Handeln und sein Schicksal selbst verantwortlich. Wenn er sich entscheidet, nach einer Notfallaufnahme am Abend nach Stunden wieder zu gehen und keine Therapie zu machen, ist er – natürlich – selbst für die Folgen verantwortlich.

Nun stehen sich zwei Seiten gegenüber: Der für sich und sein Handeln verantwortliche Profi und der für sich und sein Handeln verantwortliche Klient.

Um nah an der Praxis zu bleiben, soll noch einmal auf die einleitend dargestellte Konstellation Bezug genommen werden. Der geschilderte Klient hat – etwas flapsig ausgedrückt – Mist gebaut, und natürlich ist er selbst für sein Handeln und die Folgen verantwortlich. Gleichzeitig weiß der Profi (oder ahnt es zumindest), dass durch eigenes intervenierendes Handeln die Chance besteht, Einfluss auf die Situation zu nehmen. Ob der einzelne das tun will oder nicht, muss jeder selbst entscheiden – wer sonst?

Der deutsch-jüdische Philosoph Hans Jonas, der sich in seinem Buch „Das Prinzip Verantwortung“ damit befasst hat, sagt dazu: Wenn wir uns Gedanken darüber machen, ob wir für etwas Verantwortung übernehmen wollen, müssen wir uns fragen, um welchen Wert es eigentlich gerade geht. Um welchen Wert geht es?

Im vorliegenden Fall könnte man sagen: Es geht um die Frage, wie lange schütze ich jemanden vor den fatalen Folgen seines Handelns, z. B. des exzessiven Trinkens, wenn er selbst keinerlei eigenen Beitrag leistet.

Alle in der geschilderten Situation Beteiligten haben hier eine Teilverantwortung. Die Verantwortung wiegt umso schwerer, je größer die Folgen des Handelns für die soziale

Gemeinschaft sind. Im vorliegenden Beitrag soll es als sehr wichtig gelten. Deswegen sollen die Beteiligten hier unbedingt ermutigt werden, ihren eigenen Teil gesellschaftlicher Verantwortung tatsächlich wahrzunehmen.

Zur weiteren Veranschaulichung soll ein anderes, anders gelagertes Beispiel gewählt werden: Man möge sich in die Rolle eines gesetzlichen Betreuers versetzen, der für einen chronisch alkoholkranken Klienten verantwortlich ist, der in der Obdachlosigkeit lebt. Manchmal geht er in die Entgiftung, wenn er zum Monatsende kein Geld mehr hat. Sein Gesundheitszustand ist desolat, er scheint aber völlig unmotiviert, an seiner Situation was zu verändern.

Alle professionell Beteiligten müssen sich natürlich der Frage der Verantwortlichkeit stellen. Der Klient hat seit Jahren außerhalb von Institutionen kaum Abstinenzzeiten gehabt und muss als abstinenzunwillig, vielleicht sogar abstinenzunfähig gelten – oder beides.

Es geht hier um die Frage der Solidarität mit Menschen, die sich mehr oder weniger selbstverantwortlich und schuldhaft in sehr bedrohliche und desolante Situationen gebracht haben.

Wie soll sich die deutsche Gesellschaft, in der wir leben, zu diesem Wert verhalten? Nach welchen Kriterien soll entschieden werden, ob Menschen in selbstverschuldeten Notsituationen Hilfsangebote bekommen sollen?

In dieser Situation mag die Vorstellung hilfreich sein, selbst in der Situation des Klienten zu sein. Für wie viele Menschen mag das zutreffen, dass sie schon einmal selbstverschuldet in einer solchen Notsituation gewesen sind? Oder kann das in geordneten Lebenssituationen gar nicht passieren?

Hilfreich mag die selbstkritische Überlegung sein, ob man vielleicht schon einmal zu schnell Auto gefahren ist? All diejenigen, die das für sich bejahen müssten, mögen sich einmal mit der Vorstellung befassen, was sie von Angehörigen eines Unfallopfers erwarten würden, für dessen Tod sie verantwortlich wären, weil sie zu schnell gefahren sind?

Man würde es hoffentlich richtig finden, in die Verantwortung genommen zu werden. Aber man hätte vermutlich auch die Hoffnung auf eine neue Chance, irgendwann wieder einen neuen Start machen zu dürfen – was immer das dann konkret heißt.

Eine letzte Erweiterung der Frage: Man möge sich vorstellen, fast 90jährig bei einem selbst verschuldeten Unfall einen Menschen verletzt zu haben. Die Untersuchungen würden ergeben, dass Sie schon eine fortgeschrittene Demenz haben - und zwar ohne jegliches eigenes Störungsbewusstsein. Was mag man sich aus heutiger Sicht für diese Situation wünschen? Welcher Wert steht auf dem Spiel?

Hier geht es um „öffentliche Sicherheit vor lebensgefährlicher Bedrohung“, ein sehr hohes Gut. Jeder sollte sich deswegen wünschen, dass auf jeden Fall dafür gesorgt wird, dass man als dementer Fahrer niemanden mehr wieder in Gefahr bringe. Dafür müssten andere vielleicht aktiv intervenieren - und zwar energisch.

Nun mag der eine oder andere denken: Das ist was für Gutmenschen. Mancher mag auch denken: Wer im sozialen Bereich arbeitet, ist ohnehin ein netter Mensch und wird in den

beschriebenen Situationen schon das Richtige tun.

Bei Hans Jonas habe ich dazu die schöne Formulierung gefunden: „Der Bekundung, dass man auf Seiten der Engel steht und gegen die Sünde ist, für Gedeihen und gegen Verderben, gibt es in der ethischen Reflexion unserer Tage genug.“ (H. Jonas, S. 10) Der Mensch habe die Freiheit zum Guten und zum Bösen, und manches spreche dafür, dass verantwortungsloses Verhalten nicht nur unsere soziale Gemeinschaft, sondern die Welt in ihrer Existenz gefährdet. Deswegen ist die Forderung der Übernahme von Verantwortung kein Werben um gefälliges Verhalten, das seinen Lohn im Himmel findet, sondern eine zwingende Notwendigkeit in der Zeit, in der wir leben.

Mancher mag bezweifeln, dass diese Form von Verantwortungsübernahme im notwendigen Umfang gelingen kann. Was ist unter dieser Fragestellung von Kollegen und Nachbarn, den Deutschen, den Europäer, den anderen Weltbürgern zu halten?

Hans Jonas sagt dazu: „Also wird man auch der Idee von einem daseienden schlummernd bereitliegenden Reichtum der menschlichen Natur entsagen müssen, der nur aufgeschlossen („entfesselt“) zu werden braucht, um sich dann kraft jener Natur zu zeigen. Es gibt nur die biologisch-seelische Ausstattung dieser Natur zu Reichtum und Armut des Seinkönnens, die beide gleich natürlich sind – mit einem Vorsprung der letzteren, denn Armut im Menschenleben kann sowohl durch ungünstige Umstände verhängt als auch unter den günstigsten durch Trägheit und Bestechlichkeit gewählt sein, während Reichtum des Selbst zugleich mit der Gunst der Umstände auch Anstrengung erfordert (schon die des Kampfes mit der Trägheit).

Das entbindet natürlich nicht im Mindesten von der Pflicht, nach den günstigen Umständen für alle zu trachten, ohne von ihnen mehr zu erwarten als die verbesserte Chance zum bonum humanum.“ (Jonas, S.385)

Das bedeutet für den Professionellen: Wenn sie alle ausgestattet sein sollten mit dem, was Jonas den „Reichtum der Natur“ nennen würde, dann ist eben immer noch die Frage, ob sie die menschlich so weit verbreitete Trägheit überwinden können - um den Preis der Anstrengung.

Gleiches gilt für die Klienten: Trotzdem kann man nicht erwarten (aber das tut natürlich auch niemand), dass in der Arbeit mit den chronisch Suchtkranken ein hohes Engagement die Garantie zum Erfolg wäre. Es gibt hier keine direkte Korrelation und keine Gerechtigkeit.

Aus langjähriger Erfahrung mag man fast sagen: Im Gegenteil. Was hat man sich manchmal angestrengt für Klienten, hat mit ihnen monatelang um ein bestimmtes Ziel gerungen (z. B. den Antritt einer geplanten Langzeittherapie), und kurz vor Erreichen des Zieles sind die Klienten abgesprungen. Fragt man aber rückblickend Klienten, denen es lange gut gegangen ist, was ihnen denn eigentlich geholfen habe, so sind es oft ganz banale Kleinigkeiten, eine bestimmte Äußerung, eine bestimmte Geste, die den Patienten wichtig geworden ist, ein Umdenken bei sich einzuleiten. Es ist eben nur eine verbesserte Chance zum „bonum humanum“, ein Einsatz in einer Wette, die manchmal mit wenig Einsatz gewinnt und manchmal mit hohem Einsatz verliert.

Das Resümee dieser Überlegungen ist: Es gibt immer eine Chance, in dieser Wette zu gewinnen, vorausgesetzt, man spielt mit und investiert einen Einsatz.

Nun mag fälschlicherweise der Eindruck entstehen, hier sei tatsächlich von einem Glücksspiel die Rede. Der Umgang mit und die Behandlung von Suchtkranken sind natürlich kein Glücksspiel, auch wenn das Schicksal einem manchmal etwas in die Hände spielen muss, damit schwierige Interventionen gelingen.

Dennoch stellt sich natürlich die Frage: Was kann Suchtkarrieren positiv beeinflussen? Schaut man sich langjährige Suchtkarrieren mal im Rückblick ohne theoretische Vorannahmen an, so stößt man doch oft auf vergleichbare Konstellationen: Sorge vor Verlust der Partnerschaft, Sorge vor Inhaftierung, Sorge vor Verlust des Sorgerechtes, Sorge vor Krankheit und Tod.

Hans Jonas sagt dazu, wir erkennen erst, was uns wertvoll ist, im Kontrast, wenn wir erfahren, was der Verlust – z. B. von Gesundheit oder Familie – im Leben praktisch bedeutet.

Bedeutet für die Suchtpatienten: Sie korrigieren häufig ihren Umgang mit Suchtmitteln, wenn ihnen der Verlust von etwas droht, was ihnen wirklich wichtig ist oder wenn sie etwas Verlorenes wiedergewinnen können, was ihnen mal sehr wichtig war.

Wer mit Suchtpatienten arbeitet, erkennt meist, was diesen Menschen wichtig war oder ist – es kann bei jedem/jeder etwas anderes sein, aber bestimmte Dinge tauchen eben besonders oft auf: Partnerschaft und Familie, Wohnung, Arbeit, Freiheit, Geld.

Nun sind Suchtkarrieren tatsächlich häufig Biographien des Scheiterns. Insofern glauben viele Suchtpatienten selbst nicht mehr daran, dass ihnen die Erreichung subjektiv bedeutsamer Ziele tatsächlich gelingen könnte.

Da geht es nun tatsächlich um die Rolle der Professionellen: Glauben die denn eigentlich selbst daran, dass es ihrem süchtigen Klienten gelingen kann, selbst gesetzte Ziele zu erreichen?

An dieser Stelle soll nun tatsächlich mit medizinisch-wissenschaftlichen Daten und Erkenntnissen argumentiert werden. Die evidenzbasierte Medizin kann erstens zeigen, dass die Chancen der Klienten mit Suchtproblemen erheblich steigen, wenn ihm/ihr auch etwas zugetraut wird. Zweitens ist belegt, dass positive Verstärker, also sinnstiftende Ziele wie Partnerschaft, Arbeit, Wohnung, Sorgerecht und Haftverschonung erheblich wirksamer sind als Pessimismus, Nörgeln, Quengeln und Kontrolle.

Leider ist aber gerade letzteres in Deutschland im Umgang mit Suchtpatienten weiterhin weitverbreitet – und belastet damit die Gesundheitsaussichten der Klienten.

Warum ist diese Erkenntnis für Professionelle aus dem Sozialen Bereich, aus der Sozialverwaltung und aus der Justiz so besonders wichtig?

Weil es in diesem Kontext häufig um die Dinge geht, die den Betroffenen wirklich wichtig sind. In der Bewährungshilfe, in der Wohnungslosenhilfe, im Gesundheitsdienst, im Jugendamt, im Jobcenter oder wo auch immer.

Tatsächlich wurde in den letzten Jahren immer mehr dazu übergegangen, den Patienten nicht

mehr über Kontrolle Eigenverantwortung abzunehmen, sondern nach ihren eigenen Zielen zu fragen, ihnen für die Erreichung der Ziele Unterstützung zuzusagen und die Erfahrung abzuwarten, dass Konsumkontrolle und Abstinenz bei der Sicherung von Partnerschaft, Wohnrecht und Beschäftigung eine unvermeidliche Konsequenz sind.

Im Sinne dieses gemeindeorientierten Verstärkeransatzes, der in den USA „Community Reinforcement Approach“ genannt wird, wird das Suchthilfesystem in Bielefeld gegenwärtig Schritt um Schritt reorganisiert. Wir treffen mit dem Jobcenter, der Wohnungslosenhilfe, dem Jugendamt oder der Bewährungshilfe Vereinbarungen, die zum Ziel haben, den Suchtpatienten subjektiv bedeutsame Ziele verbindlich in Aussicht zu stellen, wenn sie umgekehrt bereit sind, die objektiv notwendigen Voraussetzungen für die Überlassung dieses Verstärker sicherzustellen.

Hans Jonas sagt dazu: „Es gibt gar kein Reich der Freiheit außerhalb des Reiches der Notwendigkeit.“ (S. 365).

In diesem Sinne wird Suchtkrankenbehandlung zu harter Arbeit. Für den Betroffenen und für den Behandler oder Sozialarbeiter. Beide stehen in der Verantwortung. Der eine als Trainer, der andere als Spieler.

In dem Spiel, das dann gespielt wird, gibt es Siege und Niederlagen, Glück und Pech, aber auch Können und Versagen, bei Spielern und Trainern. Wer gewinnen will, muss Spaß an der Arbeit haben, an den Erfolg glauben und darf sich von zwischenzeitlichen Durchhängern nicht entmutigen lassen.

Und das ganze ist ein Mannschaftsspiel. Sozialarbeiter, Psychologen, Ärztinnen, Krankenschwestern und -pfleger, Juristen, kommunale Beamte im Jobcenter und Landesbeamte in Bewährungshilfe und Strafvollzug müssen gut zusammenspielen, damit die Liga gehalten wird oder der Aufstieg gelingt.

Als Anhänger von Arminia Bielefeld mag man ergänzen: Jeder Abstieg ist das Vorspiel zum Wiederaufstieg. Nun spielt der Verein sogar schon im 5. Jahr hintereinander in der 1. Bundesliga. Das hätte vorher auch niemand gedacht...

Dr. Martin Reker
Ärztlicher Leiter der Abteilung Abhängigkeitskranke EvKB

Literatur:

Jonas, Hans: Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technische Zivilisation. Suhrkamp Taschenbuchverlag 1. Aufl. 1984

Meyers, Robert; Smith, Jane Ellen: CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich. Psychiatrie Verlag, 1. Aufl. Bonn 2007.