



Doppeldiagnose-Patienten
mit Opiatabhängigkeit oder
multiplem
Substanzgebrauch im
Rahmen des
soziotherapeutischen
Wohn- und
Betreuungsverbundes –
Versuch einer
Zwischenbilanz

W. Krüger
Fachtagung Deutsche Fachgesellschaft
Psychose & Sucht
23./24.10.2008, Köln

(Kurzvortrag, Herbsttagung der Deutschen Fachgesellschaft Psychose & Sucht, 23./24. Oktober 2008)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr verehrte Damen und Herren,

Entsprechend des Schwerpunktthemas unserer Tagung habe ich eine kleine Korrektur des in Ihrer Einladung ausgeschriebenen Themas vorgenommen. Es hieß ursprünglich „Doppeldiagnosepatienten im Rahmen des soziotherapeutischen Wohnverbundes“, ich möchte mich aber heute auf einen *Teilaspekt* konzentrieren – die Erfahrungen, die wir in den letzten acht Jahren in der soziotherapeutischen Betreuung von - überwiegenden substituierten – opiatabhängigen, in der Regel substituierten Menschen mit psychiatrischer Komorbidität gesammelt haben.

Wie einige von Ihnen wissen betreut der Faßbacher Hof, schon seit Ende der 80er Jahre Menschen mit Komorbidität von psychischen Erkrankungen, insbesondere Psychosen und Sucht. Ich selbst habe die Gelegenheit, die Entwicklung der Einrichtung nun seit 1991 als Leiter zu begleiten.

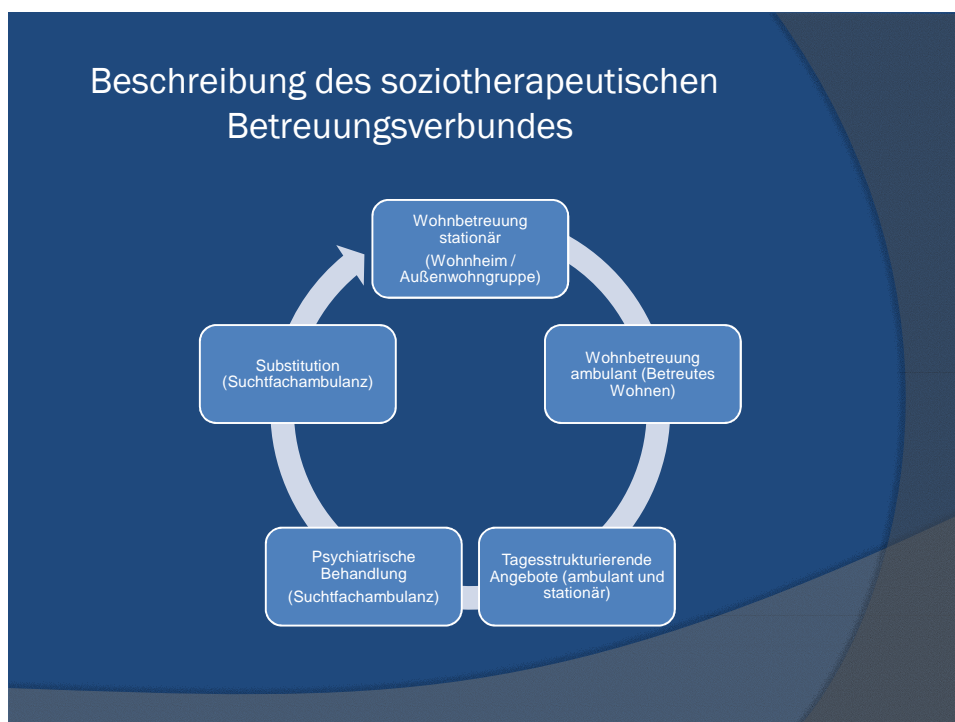
Nach ca. 10 Jahren, in den Jahren 2000 und 2001 stellten wir innerhalb des Teams die Weichen für eine konzeptionelle Neuorientierung. Betreuten wir bislang überwiegend Klienten mit psychischer Erkrankung und Alkohol-, gelegentlich auch Cannabismisbrauch, öffneten wir uns nun für eine neue Gruppe von Klienten: psychisch erkrankte Menschen mit Opiatabhängigkeit oder Polytoxikomanie, die sich zugleich in Substitutionsprogrammen befinden.

Ausschlaggebend hierfür waren keine abstrakten Überlegungen, sondern „Bedarfsmeldungen“, insbesondere auch aus der Rheinischen Klinik in Köln. Es gab zu diesem Zeitpunkt unter den soziotherapeutischen Einrichtungen *keine*, die sich diesem Thema in einer konzeptionell halbwegs gesicherten Form stellte. Die Folgezeit seit 2001 stellte sich für uns daher als eine Art „kontrolliertes Experiment“ dar. Hiermit meine ich: Es konnte auf keine fertigen Konzeptionen zurückgegriffen werden; wir hatten reichlich Erfahrungen mit Klienten mit Psychose und Sucht, aber ansonsten überwiegend Hypothesen und Fragen.

Weitgehend offen war für uns die Frage, mit welchen Risiken und Rückfalldynamiken wir rechnen müssen; im Team bestanden zu Recht Ängste und Unsicherheiten; bei unseren Kooperationspartnern gab es sowohl positive, als auch negative Prognosen.

Was das therapeutische setting betrifft nahmen wir an, dass die grundsätzlichen positiven Wirkungsfaktoren bei Menschen mit Psychose und Sucht ähnlich sind. Wir nahmen also keine grundsätzlichen Modifikationen der bestehenden Betreuungsstrukturen vor, ergänzten aber eine Komponente: Im Rahmen der Suchtfachambulanz der Rheinischen Klinik Langenfeld wurde für unsere substituierten Klienten eine neue wöchentliche Sprechstunde eingerichtet, an der auch ein Mitarbeiter der Einrichtung beteiligt ist. Substitution, psychiatrische Behandlung und soziotherapeutische Betreuung sollten von Anfang an eng verzahnt werden.

Die Betreuungsstrukturen des Wohn- und Betreuungsverbundes gestalten sich heute wie folgt:



Welche Klienten haben wir seitdem aufgenommen?

Stationäre Aufnahmen 6 / 2001 bis 10/2008:

Gesamtzahl Aufnahmen	64	
Opiatabhängig	33	51%
hiervon substituiert:	28	44%

Anteil Opiatabhängiger 2007 / 2008 82%

Psychiatrische Diagnosen:

Schizophrene Psychose	17	51 %
Drogeninduzierte Psychose	1	
Persönlichkeitsstörungen	11	33 %

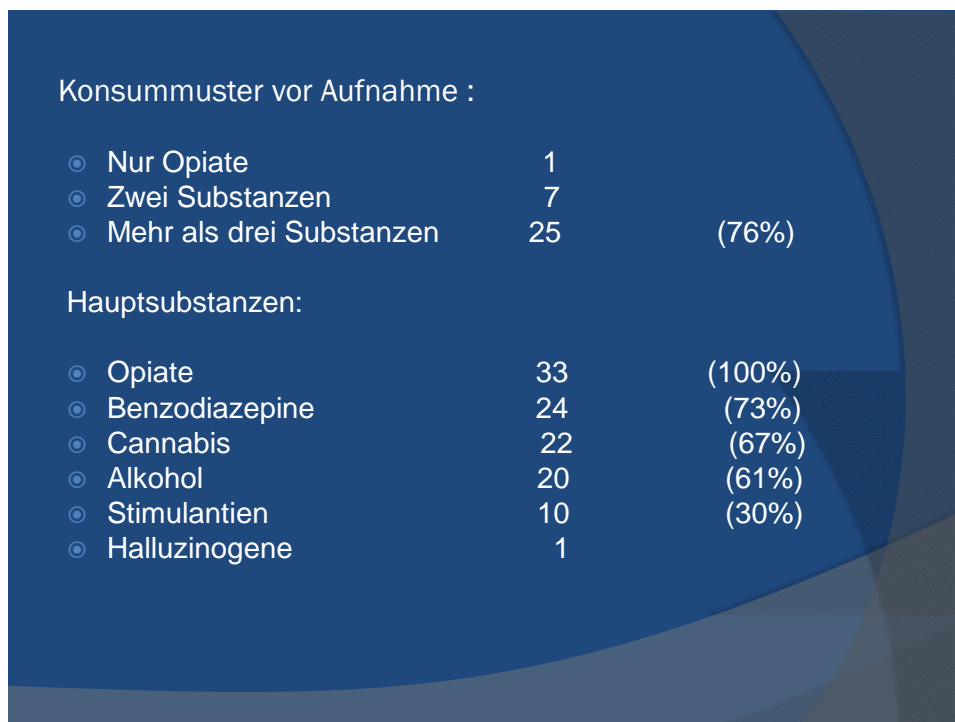
Einige biographische Merkmale

- Meist bestehen die Erkrankungen schon langfristig und die Klienten weisen alle Merkmale sozialer Marginalisierung und traumatischer Lebensumstände auf.
- Die Klientel wird deutlich jünger. Häufiger manifester Erkrankungszeitpunkt ist die Pubertät. Diese Klienten schon in jungen Jahren langfristig erkrankt, haben soziale Erfahrungen fast nur in der Drogenszene und sind daher äußerst schwer sozial integrierbar („junge Wilde“).
- Dennoch hat ein Teil der Psychosekranken mit Opiatabhängigkeit auf verschiedenen Gebieten **höhere** Sozialkompetenzen als schizophrene Klienten, die direkt aus der Primärfamilie zu uns kommen.

Für uns erstaunlich war hierbei vor allem der letztgenannte Aspekt. Junge Schizophrene mit Opiatabhängigkeit haben danach auf verschiedenen

Gebieten höhere Kompetenz: mehr soziale Kontakte, mehr Erfahrungen mit intimen Beziehungen, höhere alltagspraktische Fähigkeiten. Hierfür finde ich nur eine Erklärungshypothese: Die stärksten Beeinträchtigungen finden wir in der Regel bei den jungen Schizophrenen, die direkt aus der Primärfamilie kommen und keinerlei Erfahrungen außerhalb der Triade Vater-Mutter-Kind haben. Bei Menschen mit Drogenabhängigkeit sind die jugendlichen Subkulturen und Drogenmilieus hingegen eine „sekundäre Sozialisationsinstanz“. Der Konsum erfolgt gemeinsam und es entstehen Beziehungen innerhalb der „peer-group“.

Sicherlich haben auch Schizophrene mit Drogenabhängigkeit eine erhöhte Vulnerabilität. Andererseits überstehen sie eine Fülle von hochgradig mit Stressfaktoren aufgeladenen sozialen Situationen, wie Beschaffungskriminalität, Prostitution, Haft, Obdachlosigkeit. Hier scheinen Prägungen im Sinne einer etwas höheren Belastbarkeit und Stressresistenz stattzufinden.



Wie Sie der Zusammenstellung entnehmen können kommt bei unseren Klienten also der „klassische“ Typ des Opiatabhängigen nicht vor, sondern es handelt sich fast ausschließlich um Menschen mit polyvalentem Konsum oder Polytoxikomanie.

Hieran knüpft sich für mich folgende Fragestellung:

Meines Erachtens muss der aus pragmatischen Gründen gängige Begriff des „Beikonsums“ kritisch reflektiert werden. Gedanklich geht er von der Definition einer Hauptsubstanz und nicht von einer Mehrfachabhängigkeit aus. Substitution ist für die Behandlung der genannten Klienten eine „conditio sine qua non“. Es gibt aber keinen Automatismus, dass hierdurch das Problem des Substanzkonsums generell gelöst wäre. *Im Gegenteil können unter den*

Bedingungen stabiler Substitution andere Formen des Substanzmissbrauchs zeitweise oder dauerhaft in den Vordergrund treten. Diese bedürfen einer eigenen und langfristigen Behandlung und Betreuung. Sofern ein habitueller Gebrauch oder eine Abhängigkeit von mehreren Substanzen auf der Basis einer psychischen Erkrankung besteht, wird ein Teil der Betroffenen seinen „Beikonsum“ nur schrittweise und mit adäquater Behandlung reduzieren oder überwinden können.

Dies zeigt sich in den letzten acht Jahren natürlich auch im Rahmen unserer stationären Einrichtung: Rückfälle sind mit unserer heutigen Klientel häufiger, es kommt nicht mehr nur zu einzelnen Konsum*fällen*, sondern auch Konsum*phasen*. Für die Frage, wo wir unter diesen Bedingungen unsere „Grenzen“ ziehen, haben wir uns in einer Vielzahl von kontroversen Teamdiskussionen bislang immer wieder für folgende *grundsätzliche* Lösung entschieden:

- Wir versuchen unsere Klienten langfristig und äußerst geduldig auch bei Rückfällen und Konsumphasen zu begleiten.
- Die Frage, wie lange wir einen Bewohner im Rahmen der soziotherapeutischen Einrichtung betreuen, möchten wir nicht anhand eines isolierten Faktors, des Substanzkonsums, zu entscheiden. Vielmehr versuchen wir, die Betreuungsbeziehung so lange aufrecht zu erhalten, wie eine positive *Gesamtentwicklung* ersichtlich ist. Dabei werden der Substanzkonsum, die Entwicklung des psychiatrischen Krankheitsbildes und die psychosoziale Gesamtentwicklung des Klienten berücksichtigt.
- Grenzen bestehen dort, wo keine Entwicklung ersichtlich ist oder Andere massiv gefährdet werden. Hierzu gehören auch die bekannten negativen Gruppeneffekte im Rahmen der stationären Einrichtung.
- Demgegenüber wird das Betreuungskonzept im Rahmen des ambulant Betreuten Wohnens breiter angelegt. Neben Hilfen zur Abstinenz (einschließlich der erforderlichen Rückfallbearbeitungen) besteht hier auch die Möglichkeit, Klienten *langfristig bei einem kontrollierten oder selbstkontrollierten Substanzkonsum zu begleiten*. Hierfür böte sich in Zukunft eine *Verknüpfung von ambulant Betreuten Wohnen und strukturierten Programmen zum Konsumkontrolltraining*, etwa im Sinne von KISS, an.

Was ist aus unseren bisherigen Klienten geworden?

Bisherige Ergebnisse:

- Bei 33 Aufnahmen kam es zu 27 langfristigen Aufenthalten (über drei Monate)
- Einige Klienten leben noch in der Einrichtung (Maximum zur Zeit: vier Jahre)
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer bis zum Auszug : 20 Monate

Aufenthalt nach der stationären Einrichtung:

- Bei ca. 25 % zeitweise Rückkehr in die Klinik erforderlich
- Bei ca. 75% erfolgte ein Auszug in eigene Wohnung mit ambulanter Betreuung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



