

# Suchtbehandlung ohne Schuldzuschreibung – eine Utopie?

## Treating Substance Use Disorder Without Blame – is that Even Possible?



Georg Schomerus



Sven Speerforck

### Autorinnen/Autoren

Georg Schomerus, Sven Speerforck

### Institute

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig

### Bibliografie

Psychiat Prax 2023; 50: 175–177

DOI 10.1055/a-2063-0747

ISSN 0303-4259

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Georg Schomerus

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätsklinikum Leipzig - AÖR

Semmelweisstr. 10

04103 Leipzig

Deutschland

georg.schomerus@uni-leipzig.de

Schuldzuschreibungen sind das zentrale Element des Stigmas von Suchterkrankungen. Im Gegensatz zu Menschen mit anderen psychischen Krankheiten werden Betroffene von Suchterkrankungen von einer großen Mehrheit der Bevölkerung selbst für ihre Krankheit verantwortlich gemacht. Nur etwa die Hälfte der Menschen in Deutschland ordnen eine Alkoholabhängigkeit als Krankheit ein [1], bei der Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen haben Suchtkrankheiten in den Augen der Allgemeinbevölkerung seit vielen Jahren unverändert die niedrigste Priorität [2].

### Moralisierung führt in ein Dilemma

Mehr oder weniger verdeckte Schuldzuschreibungen zeigen sich auch in der klinischen Kommunikation über Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen. Da wird etwa in der Übergabe berichtet, ein Patient habe „zugegeben“, bis zu 4 Bier am Abend zu trinken – hier wird also implizit eine moralische Norm gesetzt, gegen die der Patient verstoßen hat. Auch Menschen, die ihren eigenen Alkoholkonsum als unproblematisch einschätzen, tendieren dazu, beim Hausarzt ihren Alkoholkonsum eher zu niedrig anzugeben. Man möchte sich nicht dem Vorwurf aussetzen, mit seinem eigenen Konsumverhalten gegen die unscharf definierte Norm des akzeptierten Konsums zu verstoßen. Für Menschen mit einer Substanz-

gebrauchsstörung ergibt sich daraus ein Dilemma: Berichten sie wahrheitsgemäß über ihren Substanzkonsum, setzen sie sich dem Vorwurf aus, ein Suchtproblem zu haben. Schuldvorwürfe führen zu Scham und niedrigem Selbstwert. Eine naheliegende Strategie, um den eigenen Selbstwert zu schützen ist es deshalb, das eigene Konsumverhalten (auch vor sich selbst) klein zu reden und im therapeutischen Kontakt nicht oder nicht vollständig offenzulegen. Vor Schuldvorwürfen schützt dies jedoch nicht: Diese „Bagatelisierung“, „Verleugnung“, „Verdrängung“, oder das „Verheimlichen“ von Substanzkonsum vergrößern die wahrgenommene Schuld des Konsumenten in den Augen des Therapeuten nur noch. Wer konsumiert und es dann noch nicht einmal zugibt, begeht schon zwei Fehler, die zu missbilligen sind. Gleichzeitig wird so das Stereotyp des charakterschwachen „Alkoholikers“ aufrechterhalten und bestärkt.

### Beschämung und Entwertung sind Kunstfehler

Die Missbilligung des Konsumverhaltens zieht sich wie ein roter Faden durch die Kommunikation mit Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen, auch im Gesundheitswesen [1]. Die Anwesenheit der suchtkranken Patienten wird häufig als Zumutung empfunden, oft wird durch verbale und nonverbale Kommunikation

deutlich gemacht, dass das Suchtverhalten nicht gebilligt wird. In welcher Notaufnahme wird ein intoxikierter Mensch mit den Worten begrüßt: „Gut, dass Sie gekommen sind“? Missbilligung kann auf vielfältige Weise mehr oder weniger subtil zum Ausdruck gebracht werden, vom kritischen Gesichtsausdruck über einen herablassenden Tonfall bis hin zu längeren Wartezeiten [2]. Menschen mit Suchtkrankheiten berichten, dass es deshalb sehr unangenehm ist, im Falle einer Intoxikation ärztliche oder therapeutische Hilfe zu suchen [3]. Die Beschämung und Abwertung bleibt ja nicht unbemerkt, sondern erhöht als erwartete oder erfahrene Stigmatisierung die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme. Der einfachste Weg, dieser Abwertung zu entgehen ist, das Hilfesystem so gut es geht zu vermeiden. Jede abfällige Behandlung von Menschen mit Suchtkrankheiten droht damit, die ohnehin schon sehr lange Dauer bis zur Inanspruchnahme von Hilfe bei Suchtkrankheiten weiter zu verlängern. Beschämung kann auch dazu führen, Behandlungen abzubrechen, oder Substanzkonsum in anderen medizinischen Kontexten zu verheimlichen. Die schwerwiegenden sozialen und Gesundheitsfolgen von Suchtkrankheiten werden damit verstärkt. Eine vorwurfsvolle, beschämende Behandlung von Menschen mit Suchtkrankheiten im Gesundheitssystem ist deshalb keine Privatangelegenheit, sondern ein Kunstfehler.

### Stigmatisierung löst das Problem nicht

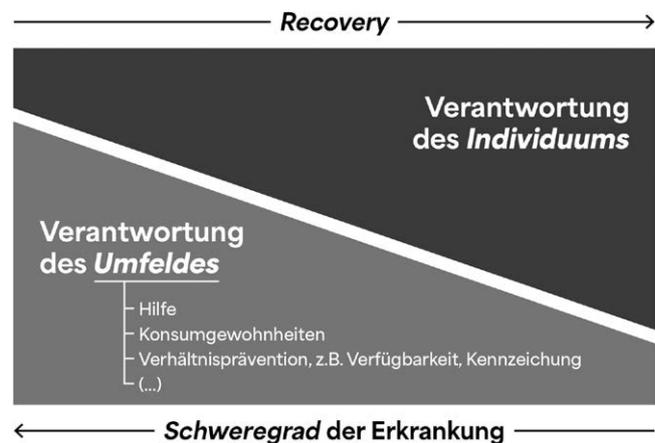
Aber wie bekommt man die Schuldvorwürfe aus der Behandlung von Suchtkrankheiten heraus? Schließlich handelt es sich bei den Suchtkrankheiten ja um eine Verhaltensstörung, und Verhalten kann nur verändert werden, wenn Betroffene Verantwortung für ihr Tun übernehmen. Die moralische Komponente des Stigma von Suchtkrankheiten geht mit einer Missbilligung des Suchtverhaltens einher. Dies kann als Aufforderung verstanden werden, Verantwortung zu übernehmen und das Verhalten zu ändern. Das Stigma von Suchtkrankheiten wäre dann eine Art „Motivationshilfe“: Man möchte das Gegenüber die Konsequenzen seines Verhaltens spüren lassen, um einen Anlass für eine Verhaltensänderung zu geben. Dabei wird anscheinend davon ausgegangen, dass die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung nur dann erkannt wird, wenn jemand die „Konsequenzen“ seines Fehlverhaltens spürt, also Abwertung und Diskriminierung schmerzhaft erlebt. Die Ausgrenzung soll die Übernahme von Verantwortung durch die Betroffenen erzwingen. Aber ist das angemessen? Abgesehen von den unerwünschten Wirkungen von Beschämung und Ausgrenzung – wie steht es um die Verantwortung bei Suchtkrankheiten?

### Ein dynamisches Modell der Verantwortung

Auf konzeptioneller Ebene gibt das dynamische Modell der Verantwortung bei Suchtkrankheiten [6] hierauf eine differenzierte Antwort, indem es der individuellen Verantwortung der Betroffenen eine soziale Verantwortung des Umfelds und der Gesellschaft [7] gegenüberstellt. Beide stehen in einer dynamischen Wechselbeziehung (► **Abb. 1**). Die Anteile von individueller und sozialer Verantwortung sind von der Schwere der Abhängigkeitserkrankung bzw. dem Prozess von Recovery abhängig. Je schwerer das Problem, desto weniger ist die Person in der Lage, individuelle Verantwortung zu übernehmen. Umgekehrt geht Recovery mit einer

Zunahme der Fähigkeit einher, wieder selbst Verantwortung für das eigene Konsumverhalten zu übernehmen. Je nach aktueller Schwere der Abhängigkeitserkrankung befindet sich eine Person also auf einem Punkt zwischen der linken und rechten Seite des Modells. Recovery verschiebt die Position nach rechts, eine Verschlechterung des Zustands nach links. Entsprechend muss im Fall einer schweren Abhängigkeitserkrankung das soziale Umfeld viel Verantwortung übernehmen. Es muss geschützte Therapieräume bereitstellen, muss im Notfall die akute Intoxikation medizinisch versorgen und muss Unterstützung bei der Entwicklung einer Veränderungs motivation leisten. Der Prozess von Recovery kann dann als eine inkrementelle Zunahme der Fähigkeit verstanden werden, wieder selbst Verantwortung für das eigene Konsumverhalten zu übernehmen. Der Bedarf an Hilfe von außen verringert sich, die Steuerungsfähigkeit, die Abstinenz zu versichern, die Fähigkeit, auch in schwierigen Situationen nicht in alte Verhaltensmuster zurückzufallen, nimmt zu. Das Ergebnis von Recovery (und nicht etwa die Voraussetzung dafür) ist die weitestgehende Übernahme der Verantwortung für den eigenen Konsum. Dabei beschränkt sich die soziale Verantwortung nicht auf die unmittelbare Hilfestellung gegenüber einer Person mit einer Substanzgebrauchsstörung. Auch das allgemeine Konsumverhalten, der kulturelle Umgang mit Substanzen, die Verfügbarkeit von Substanzen und Maßnahmen der Prävention haben Einfluss auf das Auftreten und den Verlauf von Suchtkrankheiten.

Das dynamische Modell der Verantwortung bei Suchtkrankheiten schützt davor, Suchtprobleme durch Schuldzuschreibungen an die Betroffenen unzulässig zu vereinfachen und dadurch faktisch zu erschweren. In der konkreten Situation hilft es, die eigene Hilfestellung am Ausmaß der Fähigkeit zu orientieren, die der oder die Betroffene hat, eigene Verantwortung für das Konsumverhalten zu übernehmen. Es macht dabei einen Unterschied, ob man von der Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme spricht oder von Schuld. Schuldzuschreibungen führen zu Scham, Geheimhaltung, Selbstwertverlust und im Zweifelsfall zu fortgesetztem Konsum. Schuld



► **Abb. 1** Ein Dynamisches Modell der Verantwortung bei Suchtkrankheiten. Der individuellen Verantwortung der Betroffenen wird eine soziale Verantwortung des Umfelds gegenübergestellt. Krisen bzw. Recovery verändern die Anteile von sozialer und individueller Verantwortung, indem sich das Individuum nach links bzw. rechts im Modell bewegt.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

muss eingestanden und gebüßt werden. Eine Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme dagegen kann gemeinsam verbessert werden. Defizite können wertfrei benannt werden, ein „mehr“ oder „weniger“ erlaubt viel differenziertere Fortschrittsbeurteilungen als ein moralisch aufgeladenes „entweder – oder“.

## Soziale Verantwortung erfordert Prävention

Einen Blick für das Zusammenspiel von sozialer und individueller Verantwortung für Suchtkrankheiten zu entwickeln ist auch für eine sinnvolle Prävention wichtig. Ein gängiges Argument, um Verhältnisprävention gerade von Alkoholgebrauchsstörungen zu verhindern, ist der Verweis auf die Eigenverantwortung. So schreibt der Bundesverband der Spirituosenindustrie (BSI) in seinem „Code of Conduct“: „Der BSI lehnt pauschale Verbote, Verkaufsbeschränkungen, Lizenzierungen von Verkaufsstellen sowie gesetzliche Werbebeschränkungen ab. (...) [Er] setzt sich (...) dafür ein, Eigenverantwortung und Risikokompetenz als zentrale Voraussetzungen für einen verantwortungsvollen Umgang mit alkoholhaltigen Getränken zu fördern.“ [8] Mit dem Narrativ der Eigenverantwortung ignoriert der Verband damit eine allgemeine, und speziell auch seine eigene soziale Verantwortung für Abhängigkeitserkrankungen. Die Kehrseite der Eigenverantwortung der „mündigen Bürger“ ist dann der Vorwurf an die Menschen mit Suchtkrankheiten, die offensichtlich ihrer Eigenverantwortung nicht gerecht geworden zu sein scheinen. Zugespißt könnte man sagen, dass hier das Stigma von Suchtkrankheiten, nämlich der Schuldvorwurf an die Betroffenen, zur Durchsetzung von verbandspolitischen Zielen auf Kosten der Menschen mit Alkoholabhängigkeit gebraucht wird. Das dies unwidersprochen bleibt und auf politischer Ebene sogar erfolgreich ist, kann auch dem Stigma von Suchtkrankheiten zugerechnet werden: Link und Hatzenbuehler [9] argumentieren, dass die Abwertung, die ein Ergebnis von Stigmatisierung ist, dazu führt, dass die Gruppe der Betroffenen in der öffentlichen Wahrnehmung weniger „wert“ ist, und deshalb ihre Anliegen auch politisch keine Priorität genießen, sondern vernachlässigt werden.

## Aktuelle klinische Praxis im Spannungsfeld sozialer Verantwortung

Zurück zum Gesundheitswesen. Eine Suchtbehandlung ohne Schuldzuschreibung ist nicht nur möglich, sie ist sogar geboten. Das Gesundheitssystem muss ein Ort sein, der Menschen mit Suchtkrankheiten keinen weiteren Schaden zufügt und keine Bedingungen für Hilfe stellt. Das dynamische Modell der Verantwortung für Suchtkrankheiten kann helfen, auch im therapeutischen Setting eine vereinfachende Zuschreibung von individueller Verantwortung zu hinterfragen, etwa beim Zugang zu therapeutischen Angeboten. Längere Abstinenzzeiten als Voraussetzung für komplexere psychotherapeutische Angebote etwa in der Traumabehandlung sind ein Ärgernis, das den am schwersten betroffenen

Patient:innen oft eine angemessene Therapie verwehrt. Behandlungsschwellen gibt es aber häufig selbst für Entgiftungsbehandlungen, etwa in Form von Wartelisten mit der Verpflichtung, regelmäßig durch Anrufe seine Behandlungsmotivation unter Beweis zu stellen. Solche „pseudo-therapeutischen“, eher pädagogischen Konstruktionen zeigen, dass wir unserer sozialen Verantwortung nicht gerecht werden. Vermutlich scheitern nämlich die am schwersten Betroffenen am ehesten an solchen Aufgabenstellungen. Dass Menschen regelmäßig genötigt werden, gegen ihren erklärten Willen ein selbstschädigendes, riskantes Verhalten über Wochen aufrechtzuerhalten, und ihnen die basalste, notwendigste und naheliegendste Therapie, nämlich eine geschützte Entgiftung, vorenthalten wird, ist eine intendierte Unterversorgung, die sich nur mit dem tiefstehenden Stigma von Suchtkrankheiten erklären lässt. Die hier fehlenden Ressourcen für die bedarfsgerechte Behandlung müssen auch als Ausdruck einer niedrigen Priorisierung in Folge struktureller Stigmatisierung interpretiert werden. Eine medizinische Rechtfertigung für die derzeitige klinische Praxis sind diese jedoch nicht. Es bleibt viel zu tun.

## Literatur

- [1] Livingston JD. Structural stigma in health-care contexts for people with mental health and substance use issues. Mental Health Commission of Canada: Ottawa, ON, Canada 2020
- [2] Speerforck S, Schomerus G. Reducing Substance Use Stigma in Health Care. In: Schomerus G, Corrigan PW, Hrsg. The Stigma of Substance Use Disorders. Cambridge: Cambridge University Press; 2022: 232–251
- [3] Paquette CE, Syvertsen JL, Pollini RA. Stigma at every turn: Health services experiences among people who inject drugs. International Journal of Drug Policy 2018; 57: 104–110
- [4] Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. Psychiatry Res 2013; 209: 665–669. DOI:10.1016/j.psychres.2013.02.006
- [5] Schomerus G, Baumann E, Sander C et al. Some good news for psychiatry: resource allocation preferences of the public during the COVID-19 pandemic. World Psychiatry 2021; 20: 301–302. DOI:10.1002/wps.20875
- [6] Schomerus G, Corrigan PW. Understanding the Stigma of Substance Use Disorders. In: Schomerus G, Corrigan PW, Hrsg. The Stigma of Substance Use Disorders. Cambridge: Cambridge University Press; 2022: 1–14. DOI:10.1017/9781108936972.001
- [7] Williamson L. Destigmatizing alcohol dependence: the requirement for an ethical (not only medical) remedy. Am J Public Health 2012; 102: e5–e8. DOI:10.2105/AJPH.2011.300629
- [8] Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. Code of Conduct „Alkohol und Verantwortung“. [https://www.spirituosen-verband.de/fileadmin/introduction/downloads/BSI-Code\\_of\\_Conduct\\_2021.pdf](https://www.spirituosen-verband.de/fileadmin/introduction/downloads/BSI-Code_of_Conduct_2021.pdf)
- [9] Link B, Hatzenbuehler ML. Stigma as an Unrecognized Determinant of Population Health: Research and Policy Implications. J Health Polit Policy Law 2016; 41: 653–673. DOI:10.1215/03616878-3620869