Suchttherapie und Suchtforschung – Paradigmen zwischen Alltag und Vision

Michael Krausz

Addiction Therapy and Research: Paradigms between Routine and Visions

Vorbemerkung

Es gibt kein medizinisches Thema, das die politische Öffentlichkeit und Parlamente so häufig und so viel beschäftigt hat wie „Sucht", Substitution, Drogentote, Nikotinwerbung, das Verständnis von Suchtprävention sowie der gesellschaftliche Umgang mit Haschisch. Es gibt wohl auch kaum ein Störungsbild, dessen Verflechtung mit sozialen, kulturellen Konventionen derartig vielschichtig ist und zu dem so viele politisch denkende Menschen, wie die Bürger von der Straße, außerdem eine dezidierte persönliche Meinung haben.

Anders als bei den Diskussionen um die Fortschritte in der somatischen Medizin, z. B. der Infektiologie oder der Bekämpfung des Krebs, waren und führen die Diskurse um die Zukunft der Suchttherapie und den Umgang mit diesem Krankheitsbild trotz des immensen sozialmedizinischen Drucks und der gesellschaftlichen Kosten noch nicht einmal in den Zielkriterien zu gemeinsamen Ergebnissen [1].

Während die symptomatische, in der Regel nicht ursächliche Behandlung der Syndrome und ihrer Komplikationen bei nahezu allen chronischen Krankheiten in der somatischen Medizin, wie Asthma, Diabetes oder Hypertonus, selbstverständlich ist und in der Öffentlichkeit als unbestritten erfolgreich gilt, ist die Kontrolle des Konsums oder die Reduzierung des Risikoverhaltens als Ziel der Suchttherapie nach wie vor umstritten.

Das Bemühen um Risikominderung wird von wichtigen Repräsentanten der Versorgung und Forschung als Kapitulation vor dem eigentlichen Ziel, dem Konsumverzicht, angesehen, wie die aktuelle Diskussion um den kontrollierten Konsum von Alkohol unterstreicht.

Gibt es also eine gerichtete Entwicklung in der Suchtkrankenversorgung, wie sind die Vorstellungen zur Zukunft von Therapie und Hilfesystem?

Was für Visionen leiten die Suchtforschung?

Wie kann vor diesem Hintergrund zielgerichteter, therapeutischer und wissenschaftlicher Fortschritt erreicht werden? Was können die Triebfedern eines solchen Fortschrittes sein und was seine Träger?

Behandlungsparadigmen – Leuchtfeuer oder Klippen der Entwicklung?

Sowohl die Versorgungsorganisation wie die zur Anwendung kommenden therapeutischen Strategien werden im Bereich der Suchttherapie, wie auch in anderen klinischen Bereichen, durch mehr oder weniger offen diskutierte, tradierte und festgeschriebene Paradigmen gesteuert [2]. Paradigmen, die sowohl das Störungsverständnis oder Krankheitsmodell widerspiegeln als auch Versorgungsstrategien und Interventionen begründen. Sie sind dabei nicht zwangsläufig aus dem Stand der Forschung abgeleitet oder Ergebnis überzeugender klinischer Erfolge, sondern „historischer" Ausdruck des Verhältnisses zwischen alltäglicher und erwünschter therapeutischer oder wissenschaftlicher Vision und Praxis.

Widmung
Ein Beitrag zum Symposium zu Ehren von Ambros Uchtenhagen

Institutsangaben
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. M. Krausz c/o Zentrum für Psychosoziale Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie im UKE · Martinistraße 52 · 20246 Hamburg

Bibliografie
Suchttherapie 2003; 4: 76–79 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

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

„Historisch“ hier in dem Sinne, dass sich Paradigmen entlang z. B. der Behandlungsmöglichkeiten oder aber auch der sich verändernden gesellschaftlichen Anforderungen verändern können und oftmals so etwas wie eine Art Kompromiss darstellen! Um sie entsprechend angemessen zu beurteilen und sie zu gewichten, ist es wichtig, die geltenden Paradigmen vor dem Hintergrund ihrer Entstehungsbedingungen zu würdigen und in die Zukunft gerichtet über die Spannungsfelder und Widersprüche in der Entstehung von Forschungs- und Behandlungsparadigmen nachzudenken.

So ist die Bedeutung des „Abstinenzparadigmas“ in der Suchttherapie nur in der Diskussion um den Charakter von Sucht als Verhaltensstörung oder Krankheit, Charakter- und Willensschwäche oder psychischer Störung nachzuvollziehen. Bis heute wird schließlich in vielen Kulturen mit Suchtkranken wie mit den moralischen Versagern der Gesellschaft umgegangen. Sie sind nach wie vor eine der am meisten stigmatisierten Gruppen, denen in vielerlei Hinsicht adäquate Hilfe verweigert wird. Dies hat selbstverständlich Rückwirkung auf die Negation, auf die kulturellen Anforderungen an den Umgang mit diesem Phänomen und den entsprechenden Gesundheitsbegriff. Auch in der therapeutischen Praxis waren die auf der Basis des Abstinenzparadigmas eingeführten therapeutischen Strategien im Vergleich zu der früheren Verweigerung jeder Hilfe oder gar Bestrafung ein qualitativer Sprung. Qualifizierung der Entgiftungstherapie unter Einbeziehung psychologischer Interventionen und medizinisch schonendere Vorgehensweisen sind als Alternative zur „kalten Entzugsbehandlung“ sowie anderer Behandlungsangebote ein wirklicher Fortschritt.

Um diese Widersprüche und Rahmenbedingungen zu verstehen, ist es wichtig, Entwicklungen zu antizipieren und damit besser beeinflussen zu können, wichtige von unwichtigen zu unterscheiden und damit den Motor von Entwicklung beeinflussen zu können. Die geschilderten Widersprüche sind nichts per se Negatives, sondern definieren die Entwicklung im besten Hegel’schen Sinne.

Abstinenzparadigma und Aids-Epidemie

In der Suchttherapie insgesamt ist bis heute das Abstinenzparadigma das wesentliche verantwortliche Prinzip für die Struktur des Behandlungssystems und der Interventionsstrategien, die zurzeit in der Behandlung von Sucht Anwendung finden. Es handelt sich dabei in den meisten Fällen nicht um eine konsistente theoretische Bestimmung von Therapiezielen, sondern oft, wie z. B. im Zusammenhang mit der Ideologie der Anonymen Alkoholiker, mehr um einen überwertigen Glauben, der Sucht am ehesten als eine körperliche Reaktion im Sinne einer Allergie versteht.

Dies erklärt vielleicht auch die über Jahrzehnte sehr heftig geführte Diskussion um andere Interventions- und Behandlungsstrategien mit differenzierten Zielen weit jenseits der Abstinenz. Folglich waren und sind im Rahmen dieses Paradigmas die Lösungen psychischer Konflikte oder die Einschränkung bzw. Therapie körperlicher Erkrankungen bei Suchtpatienten kein primäres Ziel, sondern der anzustrebenden Abstinenz nachgeordnet. Von den wichtigsten politischen, religiösen und klinischen Vertretern wurde jede Substitutionsbehandlung als eine Art „Suchtverlängerung“ abgelehnt, mit dem Ergebnis, dass die Etablierung der Substitutionsbehandlung von den ersten positiven klinischen Erfahrungen Mitte der 60er-Jahre in New York [3, 4] bis zu ihrer überwiegenden Akzeptanz als Standardbehandlungsform Ende der 90er-Jahre in Europa über 35 Jahre benötigte!

Das vielen Erfahrungen in der Medizin widersprechende enge Behandlungsparadigma begründete über 15 bis 20 Jahre nicht nur die Stagnation in der Entwicklung des therapeutischen Systems, sondern auch die Verweigerung notwendiger Hilfen für große Gruppen von Betroffenen.

Die Rolle der Wissenschaft war dabei im Wesentlichen widersprüchlich. Sie war nur in Ausnahmefällen parteiisch für die Patienten und Begründung für entsprechende Veränderungen des Versorgungsangebotes. Nicht einmal rückblickend war und ist sie z. B. in der Bundesrepublik Deutschland in der Lage, aus den Erfahrungen mit der Einführung der Substitutionstherapie wirklich zu lernen oder diese zu reflektieren, obwohl führende Suchtforscher bis mindestens Mitte der 90er-Jahre erbitterte Gegner und Kritiker der Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger [5] waren.

Eine Diskussion, die mit Sicherheit sehr lohnenswert wäre, da dieser Widerspruch kein Einzelfall in der Entwicklung des medizinischen Systems ist und deutlich macht, dass sich Versorgungssettings und Interventionen weder zwangsläufig am Stand der Wissenschaft, noch an den Interessen der Patientinnen und Patienten orientieren.

Wie reagierte das Versorgungssystem auf diesen Widerspruch und die nicht „bedürfnisgerechten“ Behandlungsangebote?

- Ein zunehmender Teil niedergelassener Ärzte versorgte ihre drogenabhängigen Patienten im Rahmen einer „grauen Substitution“ in Deutschland in den 80er- und 90er-Jahren z. B. mit Codein, einem nicht für die Suchtbehandlung zugelassenem Opioid. Diese Art der ambulanten Behandlung überstieg zeitweise die Anzahl der Methadonsubstitutionen erheblich [6, 7].
- Ein großer Teil der Behandlungseinrichtungen rechtfertigte die eigene Hochschwelligkeit des Angebotes mit motivationspsychologischen Argumenten, wonach das angestrebte Behandlungsziel (Abstinenz) zugleich die motivationale Grundlage für das Eintreten in ein vorwiegend „psychosoziales“ Behandlungsangebot sei, und schloss damit die überwiegende Mehrheit der Klienten von der Therapie aus [8].
- In vielen Notfalleinrichtungen waren und sind bis heute Drogenabhängige sowie andere Suchtkranke Patienten zweiter Klasse, mit zumindest teilweise deutlich schlechterer Notfallversorgung, verglichen mit nicht süchtigen Patientinnen und Patienten mit gleichen Syndromen.

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

Was führte auf diesem Hintergrund zu einem Umdenken und einer Neudefinition von Suchtbehandlungsparadigmen auf internationaler Ebene?

Im Wesentlichen entstand aus dem Zusammenhang zwischen intravenösem Drogenkonsum und der Aids-Epidemie in den 80er-Jahren ein nicht zu ignorierender Handlungsdruck, mehr Drogenabhängige in das Behandlungssystem zu integrieren, sie früher zu behandeln und das Risiko einer Ansteckung bzw. der Weiterverbreitung von Infektionserkrankungen zu begrenzen. Dies heißt nicht, dass es ein generelles Abrücken vom Abstinenzparadigma gibt, sondern im Wesentlichen ist es eine Relativierung im Sinne abgestufter Zielhierarchien zur Sicherung des Überlebens, Stabilisierung des Gesundheitszustandes, Wiedererreichen sozialer Integration und weiterhin der Abstinenz als „Königsziel" in der Suchtbehandlung. Zusammenfassend hat also in diesem Fall erst der Zusammenhang von Drogenkonsum und einer damit verbundenen schwerwiegenden Gesundheitsgefahr zur Veränderung der Behandlungsparadigmen geführt. Wie dramatisch sich dies in anderen Ländern entwickelt, z. B. in Russland, der Ukraine oder vielen asiatischen Staaten, verdeutlicht, dass diese Umorientierung in der Drogen- und Suchtpolitik und Behandlung entscheidend für die Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der Aids-Epidemie in Deutschland gewesen ist [9].

Alltag und Visionen

Trotz der stärkeren Verfügbarkeit von Methadonsubstitution sowie den zahlreichen abstinenzorientierten Therapieangeboten bildeten sich Anfang der 90er-Jahre in verschiedenen europäischen Großstädten so genannte „offene Drogenszenen" heraus [10], die der Gesundheitspolitik wie der Drogenhilfe vielfach Grenzen eigener Handlungsmöglichkeiten demonstrierten. Dies führte aus verschiedenen Zusammenhängen zu der Diskussion von „Originalstoffvergabe" unter therapeutischem Regime als einer Interventionsmöglichkeit, die geradezu eine Umkehrung des vorherigen Denkens bedeutete. Diese Diskussion hatte durchaus unterschiedliche Wurzeln und Intentionen:

Der Notwendigkeit, auf die Tatsachen zu reagieren,

- dass trotz der Erreichbarkeit von Methadonsubstitution oder anderer Hilfsangebote, wie am Beispiel von Zürich gut ablesbar, ca. 40% der Drogenabhängigen trotz erheblicher körperlicher und psychischer Begleiterkrankungen nicht in das Hilfesystem zu integrieren waren [11],
- dass ca. ein Drittel der intravenös Drogenabhängigen trotz Methadonsubstitution keine ausreichende Stabilisierung und soziale Integration erreichte und während der Substitution erheblichen Beikonsum betrieb,
- dass die offenen Drogenszenen eine erhebliche Beeinträchtigung der Nachbarschaften sowie teilweise auch der öffentlichen Sicherheit darstellten und alle beteiligten Stellen der Meinung waren, dass sowohl eine repressive Strategie wie ein ausgeweitetes Hilfsangebot für diese Patienten miteinander verbunden werden müssen.

Worin lag bei diesem Vorgehen in Bezug auf die Suchttherapie das Visionäre?

- In der Überwindung bis dato bestehender drogenpolitischer wie therapeutischer Tabus im Interesse der Behandlung einer chronisch mehrfachabhängigen Gruppe Heroinabhängiger.
- In der Umkehrung der durch das Abstinenzparadigma definierten Zielhierarchien und der Neudefinition des therapeutischen Erfolges von Suchttherapien im Sinne der WHO-Hierarchien: Sichern des Überlebens, Zuführung der Betroffenen zu einer dringend notwendigen psychiatrischen oder somatischen Behandlung, Verhinderung von gefährlichen Infektionserkrankungen bzw. deren Behandlung, Integration in ein umfangreiches, auch psychosoziales Behandlungsregime.
- Selbstverständnis dieses Behandlungsansatzes als Teil von Diversifikation des Hilfesystems, nicht die Definition eines alternativen Königsweges im Gegensatz zu bestehenden Formen der Drogentherapie.

Alles Anliegen, die über den Ansatz der heroingestützten Behandlung hinaus für die Entwicklung der Suchttherapie zentrale Bedeutung haben und der Substitution insgesamt einen neuen Stellenwert im Rahmen eines sich entwickelnden Behandlungsverständnisses zuweisen.

Die treibende Kraft des therapeutischen Fortschritts? Über die Notwendigkeit gemeinsamer Visionen

Der klinische Fortschritt braucht viele Zutaten. Weder der Versorgungsalltag noch in diesem Fall die Suchtforschung sind per se innovativ und im Sinne der Betroffenen produktiv. Allein die vielfache positive klinische Erfahrung, wie am Beispiel der Substitution gut zu studieren ist, reicht nicht aus, um ein Behandlungsverfahren zu etablieren, Behandlungsphilosophien zu verändern. Diese praktischen Erfahrungen können aber sowohl auf der Seite der Betroffenen wie auf der Seite der Therapeuten helfen, einen Druck zu erzeugen, der zur Veränderung notwendig ist.

Auch die Forschung hat insbesondere im Bereich der Suchttherapie nur eine begrenzte Reichweite. Sie hat außerdem in den meisten Teilen der Welt überhaupt nicht das ausreichende institutionelle und methodische Niveau, um in überschaubarer Zeit Lösungen zu präsentieren. Auch hier ist das Beispiel der Substitution hilfreich. Sie ist eines der wohl am besten untersuchten psychiatrischen Therapieverfahren und trotz aller Zahlen, Daten und Fakten wird sie bis heute grundsätzlich diskutiert und infrage gestellt [12]. Ein Fakt, der für nahezu alle somatischen Therapieverfahren kaum vorstellbar wäre!

Theoriegeleitet und verbunden mit einem klaren klinischen Anliegen kann sich das ändern. Kann sie nicht nur legitimieren, sondern auch durch Wirksamkeitsnachweise, systematische Suche und Weiterentwicklung von Modellen enorm zur innovativen Öffnung therapeutischer Verkrustungen beitragen und einzelnen Paradigmen- und Interventionsformen ihren Platz zuweisen [13]. Dazu ist ihre Einbettung in Wertehierarchien und Krankheitsmodelle Voraussetzung. Dieses gemeinsame Wertesystem und der strukturelle Rahmen entscheiden darüber, ob das in der Regel vorhandene Spannungsverhältnis zwischen therapeu-

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

tischem und wissenschaftlichem Handeln in gegenseitiger Blockade oder in Fortschritt mündet!

Die subjektive Seite der Suchtforschung

Im Kopf eines oder mehrerer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler münden diese Prozesse, versickern oder mutieren zur Quelle klinischen Fortschritts. Die Entwicklung in Zürich und die Rolle von Ambros Uchtenhagen als Direktor des durchführenden Institutes für Suchtforschung verdeutlichen diesen subjektiven Aspekt der Entwicklung.

Zürich war über viele Jahre seit den 80er-Jahren im Positiven wie im Problematischen ein Brennpunkt der europäischen Drogenproblematik. Der Platz „Spitz" war schlechthin die „offene Drogenszene" und „die Herausforderung" im Umgang mit der Heroin-Epidemie. Die politisch Beteiligten waren bereit zu neuen Initiativen und über einzelne Maßnahmen hinausgehendes „neues Denken".

Vor allem gab es Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unter Leitung von Ambros Uchtenhagen, die bereit waren, unter den Augen der internationalen Forschungsöffentlichkeit und der kritischen Betrachtung der WHO eine Meilensteinstudie zu entwerfen und verantwortlich durchzuführen.

Was mögen dabei die subjektiven Aspekte der Wissenschaft gewesen sein?

- Eigene Anschauung und Betroffenheit durch die Entwicklung in Zürich.
- Eine humanistische Grundeinstellung, die das wissenschaftliche Handeln in den Dienst der Betroffenen stellt.
- Eine in jahrelangen universitären Erfahrungen gewonnene Professionalität und methodische Qualität.
- Im Rahmen und getragen von einer gemeinsamen Behandlungsphilosophie.

Dass diese Initiative Auswirkungen über Zürich hinaus hatte, ist an der wissenschaftlichen und klinischen Entwicklung gut absehbar [14].

Für die Entwicklung in anderen Bereichen und in der psychosozialen und medizinischen Forschung insgesamt wäre es von unschätzbarem Wert, die Ingredienzien dieses Prozesses zu verstehen und sie somit für Entwicklungen in anderen Bereichen nutzbar machen zu können.

Literatur

[1] McLellan AT, O'Brien CP et al. Matching Substance Abuse Patients to Appropriate Treatments: A Conceptual and Methodological Approach. Drug Alcohol Depend 1980; 5: 189 – 195

[2] Vogt I, Scheerer S. Drogengebrauch. Drogen und Drogenpolitik: Ein Handbuch. In: Scheerer S, Vogt I (Hrsg). Frankfurt: Campus 1989; 5 – 29

[3] Dole VP, Nyswander M. A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. A Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. J Am Med Association 1965; 193 (8): 80 – 84

[4] Dole VP, Joseph H. Long-term Outcome of Patients Treated with Methadone Maintenance. 1978; 181 – 189

[5] Bühringer G. Stellungnahme zu einer 11-Jahres-Katamnese über das Hannoversche Methadon-Programm. Suchtgefahren 1987; 33 (6): 363 – 368

[6] Krausz M, Behrendt K. Die Codeinsubstitution Heroinabhängiger – Bemerkungen zu einer Kontroverse. Sucht 1996; 42 (4): 251 – 253

[7] Krausz M, Verthein U et al. Maintenance treatment of opiate addicts in Germany with medications containing codeine – results of a follow-up study. Addiction 1998; 93 (8): 1161 – 1167

[8] Spies G. Vermittlung von Drogenabhängigen in die stationäre Entwöhnungsbehandlung. Suchtgefahren 1983; 29 (2): 166 – 174

[9] Heckman W, Seyrer Y. Aids und Drogenabhängigkeit: Stand der Dinge. Suchtgefahren 1987; 33 (5): 337 – 345

[10] Krausz M, Raschke P. Akupunktur in der ambulanten Behandlung von Drogenabhängigen. Drogen in der Metropole. Freiburg: Lambertus 2001; 217 – 227

[11] Krausz M, Uchtenhagen A et al. Medizinisch indizierte Heroinverschreibung in der Behandlung Drogenabhängiger – Klinische Versuche und Stand der Forschung in Europa. Sucht 1999; 45 (3): 171 – 186

[12] Krausz M, Raschke P et al. Substitution von Opiatabhängigen mit Methadon. Der Internist 1999; 40: 645 – 650

[13] Krausz M, Schwoon D. Probleme und Perspektiven der Suchtforschung. In: Raschke P (Hrsg). Drogenabhängigkeit in der Metropole. Freiburg: Karger, 1999

[14] van den Brink W, Hendriks VM et al. Medical co-prescription of heroin to chronic, treatment-resistant methadone patients in the Netherlands: a randomized clinical trial. Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, Utrecht, www.ccbh.nl 1999

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