

PSYCHOTHERAPEUTISCHER UMGANG MIT POLYTOXIKOMANEN PATIENTEN IM ALLGEMEINKRANKENHAUS

PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH TO PATIENTS WITH POLYVALENT SUBSTANCE ABUSE AND DEPENDENCE IN THE C-/L PSYCHIATRIC SERVICE OF A UNIVERSITY HOSPITAL

F. Rous

Zusammenfassung

Personen mit Suchtproblemen stellen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eine zunehmend wachsende Gruppe von Patienten dar. Sie bilden auch im psychiatrischen Konsiliardienst eine besondere Herausforderung. Erschwerend ist, dass nur in seltenen Fällen eine Abhängigkeit von nur einer psychotropen Substanz besteht, sondern dass Missbrauch oder Abhängigkeit in der Regel mehrere Substanzklassen betrifft. Ein weiterer zu beachtender diagnostischer Aspekt ist in der häufigen psychischen Komorbidität von Suchtpatienten zu sehen. Es werden diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen einer seit kurzem am Grazer Universitätsklinikum errichteten Spezialambulanz für Suchterkrankte vorgestellt. Die speziellen Rahmenbedingungen für einen psychotherapeutischen Ansatz werden diskutiert.

Schlüsselwörter Polytoxikomanie – Psychotherapie – psychiatrischer Konsiliardienst

Summary

Persons with problems of addiction form a major group within the health care system and are also a special challenge for C/L psychiatric activities. In many cases, psychiatric comorbidity complicates a prevailing polyvalent substance abuse and dependence. Diagnostic and psychotherapeutic aspects are described for a recently started out-patient clinic specialized in problems of addiction.

Keywords Polytoxicomania — psychotherapy — C-/L psychiatric service

Einleitung

Im Verband des Universitätsklinikums Graz wurde an der Psychiatrischen Klinik Anfang Januar 2004 eine Spezialambulanz für Suchterkrankungen eingerichtet. Schwerpunkt der Tätigkeit war zunächst die klinische Diagnostik der Opioidabhängigkeit vor dem Hintergrund einer allfälligen Indikationsstellung zur Substitutionstherapie. Aus dieser „Indikationsambulanz“ wurde unter den Alltagsbedingungen bald eine Anlaufstelle nicht nur für externe Patienten, sondern insbesondere für Patienten des gesamten Klinikums, die in irgendeiner Form klinisch relevante Anzeichen einer Abhängigkeitsproblematik zeigten. Das Spektrum der Zuweisungen reicht von Fragestellungen zur Notwendigkeit einer Substitutionsbehandlung über Fragen zum Sinn einer ambulanten oder stationären Entzugsbehandlung bis zur Anforderung konsiliarpsychotherapeutischer Maßnahmen in der psychosozialen und medizinischen Unterstützung von polytoxikomanen Patienten, die derzeit wegen somatischer Störungen in den unterschiedlichen Kliniken des Universitätsklinikums stationär behandelt werden.

Diagnostische Ausgangssituation

Bei der Diagnostik gehen wir nach der Kriterien der WHO (ICD-10) vor, wonach Abhängigkeitserkrankungen durch

Konsumzwang, Kontrollverlust, Entzugserscheinungen bei Abstinenz, Toleranzentwicklung, Vernachlässigung anderer Interessen und anhaltenden Konsum trotz schädlicher Folgen gekennzeichnet sind. Die wichtigsten Substanzklassen innerhalb der Suchtmittel sind neben Alkohol und Nikotin Stimulanzien wie Amphetamine, Ecstasy und Kokain, aber auch Tranquillizer vom Benzodiazepintyp. Abhängigkeiten von nur einer einzelnen Substanzklasse sind – entsprechend einem international belegbaren Trend – in unserer Patientengruppe stark rückläufig, polyvalente Konsummuster werden in fast 60 % der Fälle erhoben. In der Gruppe der Opioidkonsumenten spielen Alkohol, Benzodiazepine und Cannabisprodukte als Beikonsum die größte Rolle, wobei regelmäßiger oder zumindest häufiger Mitgebrauch als ein Indikator für einen eher ungünstigen Therapieverlauf gelten kann. Dies trifft insbesondere im Rahmen von Substitutions- oder Entzugsbehandlungen zu, bei letzteren wird das Risiko körperlicher Entzugsprobleme wie das Auftreten von Deliren oder Entzugsanfällen deutlich gesteigert.

Bei der Ätiologie der Sucht geht man heute von einem multifaktoriellen Geschehen aus. Die früher häufig als Begriff strazierte „Suchtpersönlichkeit“ hat sich wissenschaftlich in dieser Form nicht halten lassen, wenngleich gewisse Persön-

lichkeitsdefizite in erster Linie im Bereich der „Ich-Strukturen“ unbestritten sind. Wichtig sind neben genetischen, hauptsächlich psychosoziale Faktoren im Sinne von „Vulnerabilitäts-Umwelt-Stress-Risiko-Interaktionen“.

Tatsache ist ferner, dass nur rund 25 % der Personen mit einer Abhängigkeitsproblematik in Kontakt mit einer psychosozialen oder medizinischen Hilfseinrichtung stehen. Neuere Studien haben insofern eine interessante epidemiologische Entwicklung erkennen lassen, als die Lebenszeitprävalenz für Substanzabhängigkeiten innerhalb der letzten 20 Jahre massiv angestiegen ist und mit rund 25 % sogar das Niveau depressiver Erkrankungen übersteigt (Jacobi et al., 2005; Kessler et al., 2005). Besonders auffällig ist dabei das Prävalenzalter, welches bezüglich des Erstkonsums bei einer Stichprobenuntersuchung an 500 Jugendlichen in Graz auf 8 Jahre bei Nikotinabusus, 10 Jahre bei Alkoholmissbrauch, 13 Jahre beim Konsum von Cannabisprodukten und jeweils 14 Jahre beim Konsum von Opiaten oder anderen so genannten harten Drogen gesunken ist.

Internationale Studien zur Cannabiserfahrung der jungen Bevölkerungsanteile haben ergeben, dass die Prozentsätze jener, die bereits Konsumerfahrung gesammelt haben, europaweit zwischen 20 % (Griechenland) und knapp 50 % (Deutschland und Frankreich) liegt. Besonders hoch ist der diesbezügliche Anteil junger Menschen in Neuseeland mit rund 70 %, die USA liegt etwa auf europäischem Niveau mit knapp 40 % (Baumeister und Tossman, 2005).

Diese Werte wurden durch andere Umfragen, in denen es um das Probierverhalten bei illegalen Drogen ging, bestätigt: Hier gab jeder 2. Jugendliche an, bereits zumindest einmal eine illegale Droge probiert zu haben; in den meisten Fällen (rund 40 %) war es Cannabis, der Rest verteilte sich auf Ecstasy und Opioide, gefolgt von Amphetaminen und Halluzinogenen. Fasst man die Ergebnisse der Studien zusammen und berücksichtigt man dabei nicht nur das Konsumverhalten illegaler Drogen, so zeigt sich, dass bei den Abhängigkeitserkrankungen Nikotin nach wie vor die führende und die im Allgemeinen am krassesten in ihrer Gefährlichkeit unterschätzte Substanz ist (Hoch et al., 2004). Rund 20 % aller Abhängigkeitserkrankungen entfallen auf Nikotin, gefolgt von rund 8-10 % auf Alkohol und knapp 8 % auf illegale Drogen. Weitere Ergebnisse sind, dass Männer nach wie vor die Mehrheit der Abhängigkeitserkrankungen stellen, bezogen auf das Lebensalter liegt das Hochrisikofenster zwischen 14 und 19 Jahren. Ein bereits angesprochener Trend liegt in dem zunehmend polyvalentem Suchtverhalten, das heißt in einer Kombination verschiedenster psychotroper Substanzen, in der Regel von legalen und illegalen Drogen (Verthein et al., 2001; Bonomo et al., 2005).

Grundaspekte des psychotherapeutischen Umgangs

Der psychotherapeutische Umgang mit polytoxikomanen Patienten im Allgemeinkrankenhaus muss sich neben patientenabhängigen maßgeblich auch an systemabhängigen Ressour-

cen orientieren. Im Falle des Grazer Klinikums, in dem sämtliche medizinische Fachrichtungen vertreten sind, spielen einerseits beschränkte finanzielle und personale Möglichkeiten, andererseits zeitliche Rahmenbedingungen eine Rolle, die durch die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in den verschiedenen Abteilungen vorgegeben werden. Unsere Ambulanz steht sowohl diesem stationären Patientengut als auch externen ambulanten Patienten zur Verfügung.

Das zeitliche Behandlungsspektrum beträgt ab Erstkontakt maximal wenige Wochen, ist oftmals aber kürzer, was erwartungsgemäß die Möglichkeiten psychotherapeutischer Interventionen wesentlich beschränkt.

Generell ist zur Geschichte der Suchttherapie anzumerken, dass Suchtbehandlung bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts im Wesentlichen stationären Einrichtungen vorbehalten war. Parallel dazu haben sich Suchtberatungs- und Betreuungseinrichtungen etabliert, deren primäres Ziel war, eine niedrigschwellige Kontaktnahme zu den Patienten im Sinne einer Motivationsarbeit zu ermöglichen und eine Nachbetreuung nach stationärer Behandlung zu bewerkstelligen. Feuerlein (1979) sprach in diesem Zusammenhang von einem „Vertiefen des in der stationären Behandlung Erlernten“.

Die drei wesentlichen Säulen jeder Suchttherapie sind, neben der medizinischen Versorgung unter Einschluss der Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten, Psychotherapie und Sozialarbeit (Hinterhuber, 1993). Die psychiatrischen Komorbiditäten wurden lange Zeit insofern in ihrer Relevanz für den Krankheitsverlauf unterschätzt, als sie als lediglich integrierender Bestandteil der Suchterkrankung abgetan wurden, zumal in vielen Fällen in der Phase der Diagnostik kein Facharzt für Psychiatrie involviert war. Bei Durchsicht der Literatur zeigt sich, dass dies ein wesentlicher Punkt wäre, zumal bei 50 % der Abhängigkeitssyndrome mit psychiatrischen Begleiterkrankungen zu rechnen ist. Vorrangig handelt es sich um Persönlichkeits- u. Angststörungen, depressive Zustandsbilder, ADHS und fallweise auch paranoide Störungen (Gerevich et al., 2004). Spezifische Behandlungsprogramme für Patienten mit der dualen Diagnose einer Suchterkrankung und einer anderen psychiatrischen Komorbidität sind grundlegend indiziert und für die Verlaufsprognose entscheidend (Ziedonis, 2004).

Neben bereits angedeuteten ressourcenbedingten Problemen entstehen in der ambulanten Suchttherapie immer wieder dadurch Schwierigkeiten, dass in Erstgesprächen eine Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Beratung nur mangelhaft möglich ist, dass ein genereller Mangel an indikationsorientierten spezifischen Therapieformen besteht und dass die Patienten selbst oft sehr unterschiedliche Therapieziele haben. Nach Haller wäre das ideale Therapieziel, eine weitgehende Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten zu erzielen, was in der Regel im ambulanten Behandlungsalltag kurz- und mittelfristig aber eine Utopie darstellt.

Die Anwendung klassischer psychotherapeutischer Behandlungsmodelle ist unter den obigen Prämissen im klinischen Bereich des Allgemeinkrankenhauses nicht möglich, am ehesten können kognitiv-behaviorale und psychodynamische Ansätze fragmentarisch zur Anwendung gelangen (Haller und Meise, 1993; Heigl-Evers, 1977). Hierbei sollte man sich aber stets darüber im Klaren sein, dass – bezogen auf das Phasenmodell der Suchtbehandlungen („therapeutische Kette“) - fast ausschließlich die Motivations- bzw. Kontaktpphase sowie die Entgiftungsphase in das zur Verfügung stehende Zeitfenster des Konsiliarpsychiaters fallen.

Sehr häufig handelt es sich um Patienten, die entweder noch keinerlei Gedanken an eine Änderung ihres Konsumverhaltens entwickelt haben oder aber erstmals die Absicht bekunden, ihren Konsum zu reduzieren. Es kann also von vornherein nur in Ausnahmefällen damit gerechnet werden, dass Patienten im Rahmen der ambulanten Kontaktnahme einer Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung zugeführt werden können. Die innerhalb der letzten 25 Jahre entwickelte Therapiekette gilt als „Königsweg“ der Rehabilitation abhängigkeitskranker Personen; sie beginnt mit der Kontakt- und Motivationsphase, soll schließlich über die Entgiftungs- und Entwöhnungsphase zur Nachsorge und letztlich zu lebenslanger Abstinenz führen. Eine Überlegenheit einzelner psychotherapeutischer Methoden vor anderen Ansätzen hat sich bisher empirisch nicht hinreichend belegen lassen (Mayet et al., 2005).

Während für klassische Suchttherapien über die gesamte Therapiekette rund 2 Jahre veranschlagt werden, muss man im Bereich des Allgemeinkrankenhauses – wie bereits dargestellt – mit einem deutlich kürzeren Zeitraum von maximal 3 - 4 Wochen auskommen. Vorrangiges Ziel sind daher nach der diagnostischer Abklärung vertrauensbildende Maßnahmen, um eine möglichst vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen mit anschließender Motivationsarbeit und dem Ziel, bei den Patient(inn)en Einsicht in die „Funktionalität“ verwendeter Suchtmittel und in die teilweise negativen Substanzwirkungen zu erreichen.

Es geht vorerst darum, den Patienten vorurteilsfrei zu begegnen, sich weder durch Feindseligkeit noch durch unreflektiertes Helfertum zu überfordern. Wesentlich ist dabei, die Patient(inn)en zur Auseinandersetzung mit ihrer Sucht zu animieren, sie in der Verbesserung der Wahrnehmung und des Ausdrucks ihrer Gefühle zu unterstützen und Anstöße zur Entwicklung von Alternativen und Perspektiven zu geben.

Unverzichtbar ist dabei ein hohes Maß an Empathie und grundlegender Akzeptanz, auch wenn sich die Patient(inn)en letztlich dazu entscheiden, ihren Suchtmittelkonsum fortzusetzen. Therapieoptionen bleiben stets Angebote, die Patienten annehmen oder aber auch ablehnen können. Ein „Oktroyieren“ persönlichkeitsfremder Wertvorstellungen und Lebensphilosophien ist in aller Regel wenig Erfolg versprechend.

Auf einer theoretischen Ebene geht es stets auch um den Versuch, defizitäre Ich-Funktionen, wie sie Heigl-Evers und Mit-

arbeiter (1991) oder Krystal und Raskin (1983) bei Abhängigkeitskranken in deren Beziehungsgestaltung, Affektdifferenzierung und Affektsteuerung beschrieben haben, einer Nachreife zuzuführen. Im Einzelnen werden dabei folgende Therapieziele verfolgt:

- Wiederherstellung bzw. Erhalt der Erwerbsfähigkeit
- konstruktivere Selbstwahrnehmung
- Steigerung der Stress- und Frustrationstoleranz und
- unter medizinischer Hilfe Bewältigung von Begleitsymptomen wie Angst oder Depression

An unserer Ambulanz verfolgen wir in der Behandlung polytoxikomaner Patienten, die von verschiedensten Abteilungen des Universitätsklinikums zugewiesen werden, folgende Strategie:

- Bei stationären Patienten, die wegen körperlicher Erkrankungen nicht gehfähig sind und somit nicht selbst in die Ambulanz unserer Klinik kommen können, erfolgt die Erstkontaktaufnahme über den konsiliarpsychiatrischen Dienst, alle anderen Patienten werden direkt in der Ambulanz vorgestellt.
- Der Erstkontakt umfasst eine ausführliche Anamneseerhebung und Diagnosestellung. Anschließend erfolgt eine so genannte Ressourcenanalyse, und in einem nächsten Schritt wird in Anlehnung an das von Miller und Rollnick zur Rauchentwöhnung entwickelte Modell des „motivation interviewing“ vorgegangen:
- In einem klaren Gespräch werden individuelle Gesundheitsrisiken des persönlichen Suchtverhaltens wertfrei besprochen. Im Rahmen dieser Kurzintervention gilt die Regel der 5 „R“. Es werden folgende Punkte umfasst:
 - „relevance“ (Relevanz des Konsums für die Gesundheit)
 - „risks“ (individuelle Risiken)
 - „rewards“ (positive Konsequenzen und Erwartungen einer Abstinenz)
 - „road blocks“ (persönliche Barrieren) und
 - „repetition“ (wiederholtes Motivieren)

In der folgenden Therapiephase wird in loser Anlehnung an kognitiv-behaviorale und psychodynamische Therapiemodelle versucht, den Patient(inn)en die Möglichkeit einer eigenverantwortlichen Änderung ihrer bisherigen Verhaltensweisen glaubhaft zu machen, ohne von vornherein am Abstinenzparadigma festzuhalten. Als hilfreiche Strategien ärztlicher Gesprächsführung haben sich dabei neben der bereits angesprochenen Empathie folgende Aspekte erwiesen:

- Probleme stets direkt und neutral, sachlich ansprechen,
- keinesfalls persönliche Wertungen vornehmen,
- Patient(inn)en ermutigen, ihre Neugier wecken,
- Fachinformationen vermitteln,
- als kontraproduktiv gilt das bedrohliche Problematisieren im Sinne von Moralisierungen oder auch argumentatives Bedrängen des Patienten, verbunden mit Schuldzuweisungen für Rückfälle oder Misserfolge.

Sehr häufig entstehen im psychotherapeutischen Gespräch aber Dilemmata, die durch besondere Übertragungs- und Gegenübertragungskonflikte gekennzeichnet sind, wie sie

gerade für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation sehr typisch sind (Rohde-Dachser, 1979). Eine psychodynamisch orientierte therapeutische Grundhaltung ist bei diesen Patienten unabdingbar, um die narzisstische Vulnerabilität, die den vielfältigen irritierenden Störmanövern zugrunde liegt, erfassen zu können (Wurmser, 1989). Für die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Allianz ist aber letztlich auch eine Konfrontation mit der grundlegenden Realität vonnöten, dass der Patient innerhalb einer relativ kurzen Zeitphase zur persönlichen Entscheidung gelangen muss, ob Abstinenz für ihn derzeit ein Therapieziel sein kann oder aber nicht. Danach richtet sich das weitere Vorgehen:

- Für den Fall, dass Patient(inn)en von ihrem Konsumverhalten nicht loslassen können, wird im Einzelfall Substitution angeboten, alternativ ein Kontakt zu niedrigschwelligen Suchtbetreuungseinrichtungen (zwecks Spritzenaustausch, Ermöglichung ärztlicher Kontrollen und gesundheitsbezogener Maßnahmen) vermittelt.
- Bei Abstinenzwunsch werden die entsprechenden Maßnahmen besprochen. In enger Zusammenarbeit mit der Drogenberatungsstelle des Landes Steiermark wird den Patienten professionelle Suchttherapie sowohl im Sinne einer langfristig weiterführenden Psychotherapie als auch soziotherapeutischen Begleitung vermittelt. Weiter wird die Form der Entzugsbehandlung (ambulant oder stationär) festgelegt.
- Nach Abschluss der Entzugsbehandlung, die bei uns an der Klinik angeboten werden kann, wird der/die betreffende Patient/in an einen niedergelassenen Arzt weitergeleitet, der das weitere ärztliche bzw. medizinische Management übernimmt. Die bereits zuvor indizierte psychotherapeutische und sozialrehabilitative Betreuung läuft parallel dazu weiter.

Trotz der geringen Breite und Dauer an Interventions- und Therapiemöglichkeiten hat sich dieses Konzept bislang gut bewährt und rechtfertigt die Hoffnung, einen effizienten Beitrag in der ambulanten Suchttherapie der Steiermark leisten zu können.

Literatur

- Baumeister SE, Tossman P (2005): Association between early onset of cigarette, alcohol and cannabis use and later drug use patterns: An analysis of a survey in European metropolises. *Eur Addict Res* 11:92-98
- Bonomo Y, Proimos J. Substance misuse: Alcohol, tobacco, inhalants and other drugs. *BMJ* (2005) 330:77-780
- Feuerlein W (1979): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Thieme, Stuttgart
- Gerevich J, Bacskai E, Meggyes K. (2005): Dual diagnosis of psychiatric illness and drug addiction. *Psychol Med* 34:983-990
- Haller R, Meise U (1993): Zur Psychotherapie der Suchtkrankheiten. In: Meise U (Hrsg.): Alkohol. Die Sucht Nr. 1. Wien: Integrative Psychiatrie
- Heigl-Evers A (1977): Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken. Vortrag gehalten auf der Jahreskonferenz des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke vom 22. bis 24.3.1977 in München, Nicol, Kassel, 1977

- Heigl-Evers A, Schultze-Dierbach E, Standke G. (1981) : Grundstörungen bei Abhängigkeit und Sucht aus tiefenpsychologischer Sicht. In: Wanke K, Bühringer G (Hrsg.): Grundstörungen der Sucht. Berlin, Heidelberg: Springer
- Hinterhuber H, Haller R (1993): 20 Jahre Abteilung für Alkohol – und Suchtkranke an der Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck. In: Meise U (Hrsg.): Alkohol. Die Sucht Nr. 1. Innsbruck: Integrative Psychiatrie
- Hoch E, Muehlig S, Hofler M, Lieb R, Wittchen HU (2004): How prevalent is smoking and nicotine dependence in primary care in Germany? *Addiction* 99:1586-1598
- Jacobi F, Wittchen HU, Holtung C, Hofler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34:597-611
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE (2005): Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:617-627
- Krystal H, Raskin A (1983): Drogensucht. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Mayet S, Farrel M, Ferri M, Amato L, Davoli M (2005): Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD004330
- Rohde-Dachser C (1979): Das Borderline-Syndrom. Bern, Stuttgart, Wien: Huber
- Verthein U, Haasen C, Prinzleve M, Degkwitz P, Krausz M (2001): Cocaine use and the utilisation of drug help-services by consumers of the open drug scene in Hamburg. *Eur Addict Res* 7:176-183
- Wurmser L (1998): Die zerbrochene Wirklichkeit. Berlin: Springer
- Ziedonis DM (2004): Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program and system perspectives. *CNS Spectr* 9(12); 892-904, 925

Ass.-Prof. Dr. med. Fritz Rous

Klinik für Psychiatrie

Medizinische Universität Graz

Auenbruggerplatz 31

A-8036 Graz

Tel.: +43-316-385-1612

E-Mail: Friedrich.rous@klinikum-graz.at