Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 40 (2014)
Heft: 1

Artikel: Doppeldiagnosen : 20 Jahre Suchtdiskurs
Autor: Hämmig, Robert
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800080

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 08.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Doppeldiagnosen: 20 Jahre Suchtdiskurs

Sucht und insbesondere Drogenabhängigkeit wurden als primär soziale Probleme angesehen. Erst mit der Zeit entwickelte sich die Erkenntnis, dass die Störung eng mit diversen weiteren psychischen Problemen verbunden ist und dass ein integriertes psychiatrisches Vorgehen vonnöten ist. Dadurch entstand eine Verschiebung von Fürsorge Richtung Gesundheit. Letztlich bleiben aber diverse Probleme der Diagnostik ungelöst.

Robert Hämmig
Leitender Arzt Schwerpunkt Sucht, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern, Postfach 52, CH-3010 Bern, +41 (0)31 380 105, haemmig@spk.unibe.ch

Schlagwörter: Komorbidität | psychische Störung | Suchtpolitik | Behandlung | Gesundheit | Fürsorge |

Einleitung

«Ein tyrannischer Mann also, sprach ich, du Göttlicher, entsteht genau genommen, wenn einer vermöge seiner Natur oder durch seine Führung oder durch beides ein Trunkenbold geworden ist oder ein Wollüstling oder ein Schwarzgalliger.»
(Platon: Politeia, ca. 350 v.Chr.)

In den folgenden Ausführungen werden einige Entwicklungen der letzten 20 Jahre aufgezeigt. Sie sind stark von den politischen Rahmenbedingungen beeinflusst und gelten so für die Schweiz. In anderen Ländern gab es andere Bedingungen (z. B. ein lange bestehendes Verbot der methadongestützten Behandlungen) und es waren andere Finanzierungsmodelle massgebend.

Sucht: eine Krankheit?

Die 1893 eingeführte internationale Liste der Klassifikation der Todesursachen wandelte sich in ihrer 6. Revision von 1949 zur «International Classification of Diseases (ICD)» und wird seither von der 1948 gegründeten Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegeben. Darin finden sich im Unterkapitel «Störungen des Charakters, des Verhaltens und der Intelligenz» die beiden Kategorien «322 Alkoholismus» und «323 andere Drogensucht». Damit wurde erstmals international dokumentiert, dass es sich bei den Substanzabhängigkeiten um Krankheiten nach medizinischer Definition handelt und nicht mehr nur um medizinische Todesursachen, wie in den früheren Revisionen der Listen. Mit der 8.Revision der ICD von 1965 wurden die Süchte dem Unterkapitel «neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und andere nichtpsychotische psychische Störungen» zugeordnet und gleichzeitig wurde der Begriff «Sucht» durch «Abhängigkeit» ersetzt. Erst mit der 10. Revision der ICD von 1990 erhielt Sucht ein eigenes Unterkapitel «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen». Damit ist geklärt, dass Sucht eine eigene Krankheit ist. Daraus lässt sich ableiten, dass die Anwendung des Strafrechts nicht die adäquate Behandlungsstrategie ist. Ungeklärt bleibt das Verhältnis zu anderen Krankheiten und Störungen.

Sozialtherapeutisches Paradigma

Mit dem Beginn der Heroinepidemie in den frühen 1970er Jahren setzte ein eigentliches allgemeines Wettrüsten der Institutionen ein. Dies verlief völlig unabhängig vom bestehenden suchttherapeutischen Angebot für Alkoholismus. Allenthalben entstanden therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige und Drogenberatungsstellen. Die Polizei und die Staatsanwaltschaften richteten Drogenabteilungen ein, der Bund stockte seinen Zweimannbetrieb im Bundesamt für Gesundheit zur Abteilungsgrösse auf, die grösseren Städte leisteten sich einen Drogenbeauftragten.
Bis vor ein paar Jahren galt in der Drogentherapie das Paradigma, dass junge Abhängige in der Therapie unbedingt drogen- und medikamentenfrei sein mussten. Für einen Heilungsprozess als genügend erachtet wurden – etwas überspitzt ausgedrückt – Arbeit an der frischen Luft und Gruppensitzungen in der therapeutischen Gemeinschaft. Das Personal dieser Therapieangebote rekrutierte sich aus Idealisten der späten 1960er Jahre, die bereit waren, für eine als sinnvoll erlebte Lebensführung auf hohe Löhne und städtisches Leben zu verzichten. Nach und nach setzte als natürlicher Prozess nach einer Pionierphase eine Professionalisierung ein, das Feld wurde durch die Sozialpädagogik besetzt und der Bezug eines bescheidenen «Bedürfnislohns» wurde durch Entlohnung nach Dekret ersetzt. Dies stellte vorerst noch kein Problem dar, da das Geld aus den Quellen der Sozialdirektionen und der Invalidenversicherung noch reichlich floss. Die Medizin blieb bis zu diesem Zeitpunkt weitgehend aussen vor.

Probleme entstanden, als das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV die Finanzierung über die Invalidenversicherung sistierte. Eine generelle Subventionierung von drogentherapeutischen Gemeinschaften komme nicht mehr in Frage, weil Drogenabhängigkeit als soziale Störung, wie sie definiert werde, nicht dem Krankheitsbegriff der IV-Gesetzgebung entspreche. Zudem hat das Bundesgericht in Luzern mehrmals entschieden, dass bei Sucht Leistungen wegen grobfahrlässigem Verhalten zu kürzen seien. Drogen zu konsumieren sei unvernünftig, da man allgemein wisse, dies sei ungesund und die Betroffenen haben deshalb im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht darauf zu verzichten. Wenn belegt werde, dass eine

grosse Anzahl der Betroffenen neben Sucht noch eine psychiatrische Erkrankung aufwiesen, die eine IV-Leistung begründeten, sei eine Finanzierung aber weiterhin möglich. Das Zauberwort hiess also Doppeldiagnose! Die BewohnerInnen der therapeutischen Gemeinschaften wurden darauf Psychiatern zu Kurzgutachten zu Händen des Arztes des BSV zugeführt. Schliesslich wurde auch die Frage der Qualität der Behandlung aufgeworfen und der Bundesrat gab 1998 den Auftrag, ein Finanzierungsmodell zu entwickeln. Darauf entstand das leistungsbezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie FiSu-FiDé.[1] Die Tatsache, dass in der Schweiz Gesundheit und Fürsorge Sache der Kantone sind, führte dazu, dass Platzierungen des Klientels ausserhalb des eigenen Kantons, trotz des vom Bund vorgeschlagenen Finanzierungssystems, schwierig blieben. Mehrere Dutzend kleinere, aber auch grössere therapeutische Gemeinschaften mussten ihren Betrieb ab den 1990er Jahren einstellen. Gemäss Infodrog waren es bis 2007 42 Institutionen, seither folgten weitere.[2] Dieser Prozess wurde durch die Tatsache unterstützt, dass die Heroinepidemie in der Schweiz um 1990 herum ihren Zenit überschritten hatte.[3] Entsprechend mangelte es zunehmend an jungen Abhängigen ohne gravierende weitere Probleme wie massiver Polysubstanzkonsum und schweren psychischen Störungen. Diese «traditionelle» Zielgruppe, die sich die therapeutischen Gemeinschaften in ihren Bewerbungsverfahren während der Hochblüte der Heroinepidemie Ende der 1980er Jahren aussuchen konnte, fehlte zunehmend und die Plätze in den Institutionen konnten nicht mehr alle besetzt werden. Die Gründe für die Misere waren schnell gefunden: die zunehmende Medikalisierung der Drogenproblematik, die immer noch als grundsätzlich soziales Problem und nicht als Krankheit angesehen wurde, und das Einschleusen der Klientel in substitutionsgestützte Behandlungen.

Umdenken in der Suchttherapie

Tatsächlich hatte sich die Medizin bezüglich Drogentherapie lange sehr zurückgehalten. Erst als die offenen Drogenszenen und das Aufkommen von HIV-Infektionen und Aids bei Drogenabhängigen die Dimensionen der Problematik sichtbar machten, fand ein gewisses Umdenken statt. Dem Problem war einfach nicht mehr mit sozialpädagogischen Massnahmen beizukommen und die Medizin liess sich zögerlich vermehrt auf die Drogenproblematik ein. Eine Möglichkeit der Hilfestellung waren die substitutionsgestützten Behandlungen. Sie wurden und werden zum Teil noch heute als «Second line»-Therapien angesehen, d.h. Massnahmen zweiter Wahl, wenn vorgängige Abstinenztherapien gescheitert sind,[4] obschon sie nach kürzlich publizierten Metaanalysen als erfolgreiche Vorgehensweise bei Opioidabhängigkeit wissenschaftliche Evidenz zeigen.[5] Nach einigem Hin und Her und gegen den Widerstand der Krankenkassen wurden diese Behandlungen in den Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung ins Kapitel Psychiatrie aufgenommen und sind so Teil des Leistungskatalogs der Grundversicherung. Damit haben diese Behandlungen eine andere Finanzierung als die sozialtherapeutischen Gemeinschaften.

Und die Alkoholtherapie?

In aller Stille – der öffentliche Fokus war ja ganz auf die Heroinproblematik ausgerichtet – fand auch ein Wandel im Alkoholbereich statt. Die Beratungsstellen und stationären Institutionen sowie ihre zum Teil stark christlich ausgerichteten Träger erlebten eine Professionalisierung. Während noch in den 1980er Jahren ehemalige Dorfpolizisten, die in ihrer Polizeiarbeit als zu lieb beurteilt wurden, als Alkoholfürsorger eingesetzt wurden, wurden sie zunehmend durch ausgebildete SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen ersetzt. Der nun geforderte Qualitätsnachweis und die Eigenheit, dass sozialarbeiterische Interventionen kaum von den Krankenkassen übernommen werden, gab in den letzten Jahren zudem den Impuls in Richtung psychotherapeutischer Behandlung durch PsychologInnen. Überspitzt ausgedrückt wurde das Gebet durch Psychotherapie ersetzt.

Suchtmittelkonsum als autonom gewählter Lebensstil

In den 1980er Jahren setzte ein Wandel in den ethischen Haltungen ein. Die paternalistische Haltung, die in der Betäubungsmittelgesetzgebung und ihren Verboten deutlich zu Tage tritt, wurde zunehmend kritisiert und die internationalen Vereinigungen «European Movement for the Normalisation of Drugpolicy» und die «International League against Drug Prohibition», von denen es auch Schweizer Sektionen gab, wurden gegründet. Drogenkonsum wurde in der Schweiz 1986 im Grundsatzpapier «Perspektiven einer neuen Drogenpolitik» des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute VSD, dem Vorläufer des Fachverband Sucht, nach dem Modell aus Holland als selbstgewählter Weg mündiger Bürger mit Rechten und Pflichten definiert. Die Stossrichtung war eine Entkriminalisierung und Entstigmatisierung der KonsumentInnen. Gleichzeitig sollten sie aber weiterhin Hilfestellungen erhalten können, aber nur wenn sie es selber wünschten.

Ähnlich löste auch in der Medizin ein ethisches Modell, bei dem die Autonomie der PatientInnen das wichtigste Gut ist, das hippokratische Modell, bei dem der Arzt entscheidet, was für die Betroffenen gut ist, ab. Entsprechend diesem Modell geht es darum, die PatientInnen die für sie richtigen Entscheidungen selbst fällen zu lassen oder sie zu befähigen, diese zu treffen. Substitutionsgestützte Behandlungen sind in der Lage, den Suchtdruck, also den Konsum- und Beschaffungsdruck, wegzunehmen. Entsprechend ist es unter substitutionsgestützter Behandlung möglich, ein weitgehend normales Leben zu führen, einer Arbeit nachzugehen, familiäre Beziehungen zu pflegen, seinen gesellschaftlichen Verpflichtungen nachzukommen etc. und letztlich nach genügender Stabilisierung das Substitutionsmedikament langsam auf null abzubauen. Betrachtet man die geringen Unannehmlichkeiten und Einschränkungen der persönlichen Freiheiten, die mit einer Substitution verbunden sind, ist dies durchaus eine vernünftige Entscheidung.

Die Realität zeigt, dass die Konzeption des Drogenkonsums als selbstgewählter Lebensstil ein in die Irre führendes Konzept war. Vielmehr ist es im statistischen Schnitt so, dass Heroinabhängige schon lange vor dem ersten Heroinkonsum mit Schwierigkeiten zu kämpfen hatten: Zahlreiche Studien zeigen auf, dass Menschen mit späteren Substanzstörungen vermehrt Misshandlungen und sexuellem Missbrauch ausgesetzt waren. Misshandlungen sind auch ohne Substanzstörung mit erhöhtem Risiko für spätere schwere Depression und Dysthymie, posttraumatischen Belastungsstörungen, Selbstverletzungen und Suiziden verbunden.[6] Reine Stabilisierung der Sucht führt in derartigen Fällen nicht automatisch zu einer vollständigen Gesundung und sozialen Integration. In den 1990er Jahren stellte sich zunehmend die Erkenntnis ein, dass die PatientInnen in den substitutionsgestützten Behandlungen neben der Sucht unter weiteren psychischen Störungen leiden, also sogenannte Doppeldiagnosen haben. So finden sich heute in den substitutionsgestützten Behandlungen viele

ältere Abhängige, die der Drogenszene als einer Jugendszene längst entwachsen sind, die zwar immer noch leben, aber denen es psychisch nicht gut geht und die eine ausgeprägte Psychopathologie zeigen. Zudem zeigen sie neben einer psychischen auch eine ausgeprägte somatische Komorbidität wie chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Leberzirrhosen, ausgeprägte Osteoporose und anderes. Entsprechend sind in der umfassenden Behandlung zunehmend neben PsychiaterInnen auch AllgemeinmedizinerInnen und intermedizinische Spezialisten gefordert. Im Gesamten führt die gesundheitliche Situation aber trotzdem zu einer massiv reduzierten Lebenserwartung.

Diagnosen sind Ausdruck gesellschaftlicher Konventionen

Nun stellt sich die Frage, wie die psychischen Diagnosen zueinander stehen, was ihre Verbindung ist und ob z.B. die eine die andere bedingt. Grundsätzlich werden drei Modelle eines Zusammenhangs diskutiert. Das unidirektionale direkte Kausalmodell besagt, dass Störung 1 die Störung 2 verursacht. Darunter fällt die Selbstmedikationshypothese: Eine Substanz wird konsumiert, um die unangenehmen Folgen einer anderen Störung zu minimieren. Bei diesem Modell können sowohl die Substanzstörung wie auch die psychische Störung die zweite Störung verursachen. So kann z.B. die Substanzstörung eine Depression bedingen. Gemäss dem zweiten Modell, dem bidirektionalen Kausalmodell, schaukeln sich die beiden Störungen, die Sucht und die andere Störung gegenseitig auf. In einem dritten Modell geht man von gemeinsamen ätiologischen Faktoren aus. Es stellt sich dabei die Frage, ob die Suchtstörung eine eigene Diagnose darstellt oder ob sie einfach ein Symptom einer anderen Störung ist.[7] So oder so gehen die Modelle davon aus, dass die Diagnosen, wenn sie gemäss den Kriterien der aktuellen Diagnostiksysteme «International Classification of Diseases ICD-10» oder «Diagnostic Statistial Manual DSM-5» gestellt werden, richtige und eigenständige Diagnosen sind.

Diagnosen sind gesellschaftliche Konventionen und unterliegen entsprechend gesellschaftlichen Entwicklungen und dem Zeitgeist. So enthielt das ICD System bis zur Einführung des ICD-10 1992 die gleichgeschlechtliche Liebe als Krankheit mit dem Code 302.0. Psychiatrische Diagnosen folgen heute immer noch den vom deutschen Psychiater Emil Kraepelin (1856 – 1926) festgelegten Prinzipien: eine Diagnose einer Störung grenzt sich von einer anderen durch ihr Symptommuster, ihre Biologie und Genetik ab. Als Begründer der Ethnopsychiatrie stellte Kraepelin zudem nach einer Reise nach Java fest, dass die biologischen und genetischen Bedingungen in Java und Europa gleich sind, dass aber die lokale Kultur den variablen Inhalt formt, durch den sich die Erkrankung manifestiert. Während sich für körperliche Erkrankungen noch relativ einfach Ätiologie und Pathogenese beschreiben lassen, wird dies bei den psychiatrischen Erkrankungen schon deutlich schwieriger, da persönliche Entwicklungen und Umgebungsbedingungen Symptome modulieren. Es ist deshalb fraglich, ob die simplizistischen sechs Kriterien für Abhängigkeitssyndrome in der ICD-10, aufgeteilt nach Substanzen, wirklich eine eigenständige kategorielle Einheit, respektive eine Krankheit, bezeichnen. Schon 1947 unterschied der Psychoanalytiker Ernst Simmel vier Typen von Alkoholikern, bei denen der übermässige Alkoholkonsum das verbindende Element darstellt, der Konsum aber psychodynamisch einen anderen Stellenwert hat.[8] Das heisst, dass Sucht als Symptom betrachtet Teil von ganz verschiedenen Symptommustern sein kann, die dann wiederum unterschiedliche Krankheiten darstellen. Phänomenologisch gleichen sich zwar die verschiedenen Substanzabhängigkeiten, wie auch die nicht substanzgebundenen Süchte bis zu einem gewissen Grad, nosologisch dürften sie aber bei genauerer Betrachtung verschieden sein. In neuerer Zeit wurde die Idee, dass Suchtstörungen nicht unbedingt eigenständige Erkrankungen sind, wieder aufgenommen. Nitzgen kommt in seinen Ausführungen zur Klassifikation von Sucht zum Schluss, dass Sucht selbst Symptomcharakter hat. «Mit Blick auf die Diagnostik gilt daher, dass Suchtentwicklung und Persönlichkeitsstruktur letztlich untrennbar sind und demzufolge auch diagnostisch nur auf Kosten der klinischen Komplexität voneinander getrennt werden können.»[9] Der Schlüssel zu einer besseren Beschreibung könnte die psychodynamische Diagnosestellung nach dem OPD-System sein (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik).[10] Allerdings ist dieses System so kompliziert, dass es in der praktischen Anwendung bei Klinikern gegenüber den eher simplen Systemen von ICD und DSM den Kürzeren zieht.

Schlussfolgerung

Die Konsequenz ist, dass ein rein soziotherapeutisches Vorgehen der Problemstellung nicht gerecht wird. Es ist grundsätzlich eine eingehende psychiatrische Abklärung notwendig, die erfasst, wie die Symptome einer Sucht sich in die psychischen Bedingungen einer Person einfügen, ob sie Charakteristika einer anderen Störung sind oder ein eigenständiges Geschehen, welches sich als Phänomen Sucht abbildet. Therapeutisch ist sodann ein integriertes Vorgehen notwendig, das den Suchtphänomenen und der Komorbidität gleichzeitig Rechnung trägt. Dadurch rücken Suchtstörungen von der Finanzierung durch das Fürsorgesystem weg in Richtung Gesundheit. Sollen Suchtstörungen wirklich Krankheiten sein, wie dies seit mindestens 100 Jahren propagiert wird, ist dies gut so. Dass es irgendeine Verbindung zwischen Sucht- und psychischen Störungen gibt, wusste nämlich schon Platon.●

Literatur

Arbeitsgruppe Methadon (1995): Methadonbericht der Subkommission Drogenfragen der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission. 3. Auflage. Bern: BAG/EDI.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.)(2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Arbeitskreis OPD. Bern: Huber.

Darke, S. (2013): Heroinabhängigkeit im Lebenslauf. Typische Biografien, Verläufe und Ergebnisse. Bern: Huber.

Moggi, F./Berthel, T./Hämmig, R./Thon, N./Kunz, I./Stuppäck, C./Wurst, F.M. (2010): Komorbidität von Opiatabhängigkeit mit anderen psychischen Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie 6(2): 53-56.

Nitzgen, D. (2008): Psychoanalytische und psychiatrische Perspektiven einer Klassifikation der Suchterkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Komorbidität. S. 31-50 in: K.W. Bilitza (Hrsg.), Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Nordt, C./Stohler, R. (2006): Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. Lancet 367 (9525): 1830-1834.

Simmel, E. (1948): Alcoholism and Addicition. The Psychoanalytic Quarterly 17: 6-31.

SSAM – Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2012): Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit. www.tinyurl.com/nsh5xrg, Zugriff 10.01.2014.

Endnoten

1 www.fisu-fide.ch
2 Vgl. dazu die Statistik der eingestellten Angebote auf der Webseite von Infodrog: www.tinyurl.com/o72782z, Zugriff 9.1.2014.
3 Vgl. Nordt/Stohler 2006.
4 Vgl. Arbeitsgruppe Methadon 1995.
5 Vgl. Arbeitsgruppe Methadon 1995; SSAM 2013.
6 Vgl. Darke 2013.
7 Vgl. Moggi et al. 2010.
8 Vgl. Simmel 1948.
9 Vgl. Nitzgen 2008: 35.
10 Vgl. Arbeitskreis OPD 2006.