

Das neue Denken : vom willenlosen Wrack zur respektierten PartnerIn

Autor(en): **Suter, Daniel**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **24 (1998)**

Heft 6

PDF erstellt am: **20.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-801066>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Das neue Denken: Vom willenlosen Wrack zur respektierten PartnerIn

Das neue Behandlungskonzept der Entzugs- und Therapiestation für Drogenabhängige der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Wil/SG wirkt sich nicht nur auf den Einsatz von Medikamenten aus, sondern auch auf die Zusammenarbeit mit den KlientInnen allgemein.

DANIEL SUTER*

In der Suchtarbeit beginnt sich – längst überfällig – neues Denken breit zu machen. Paradigmata¹ werden geknackt, Pseudowahrheiten wie z.B. die so genannte Leidensdrucktheorie als stets wiederholte Behauptungen entlarvt, Ideologien durch pragmatische Betrachtungsweisen abgelöst. So sind Rückfälle nicht mehr nur destruktive Rückschritte, sondern können auch als Bewegungen im konstruktiv-dynamischen Prozess der (Selbst-) Heilung interpretiert werden. Abstinenzerrreichung und -Erhaltung hat als alleinige therapeutische Zielsetzung abzuwandeln: Risikovermindertes Verhalten im Umgang mit dem Sucht-(Genuss?)

* Daniel Suter, Leitender Arzt und Leiter des Programms Sucht und der Entzugs- und Therapiestation für Drogenabhängige der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Wil/SG

Mittel ist gefragt. Pragmatische Zielsetzungen lassen sich dadurch formulieren, definierte Ziele dementsprechend erreichen. Der Weg zu breiter und allseitiger «Harm-Reduction» ist frei: Für die Süchtigen, weil Ausrutscher verzeihbar, konstruktiver Umgang mit ihnen erlernbar ist und Überleben erste Priorität hat. Für TherapeutInnen, weil durch diese Art von Arbeit «Burnout-Prävention» geleistet wird, was wiederum deren «Überleben» in der Suchtarbeit sichert.

Neues Denken – alte Widerstände

Obwohl dies alles so leichtfüssig und gut verständlich daherkommt, sind hartnäckige Widerstände in der praktischen Suchtarbeit alltäglich: Jahrzehnte alte Traditionen und durch Generationen von SuchttherapeutInnen überlieferte Prinzipien sind in Frage gestellt und – mehr noch – offensichtlich überholt, obsolet. Dies gilt für das Paradigma des kalten Entzuges ebenso wie für die bereits oben erwähnte Leidensdrucktheorie. Neues Denken stösst auf entsprechende Skepsis, die Angst davor, sich selbst in Frage zu stellen, verhindert die Umsetzung einleuchtender Gedankengänge im praktischen Alltag.

Umsetzung in die Praxis

Eine Avantgarde neuen Denkens hat nach sorgfältiger und gründlicher Gedankenarbeit und auf dem Boden traditioneller Offenheit vor gut einem Jahr in Wil ein Konzept in Kraft gesetzt, das seither die Arbeit der Entzugs- und Therapiestation für Drogenabhängige der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Wil mehr und mehr prägt. Zähes Ringen um dieses neue Behandlungsverständnis rückt die zum Teil bereits oben zitierten Stichworte ins

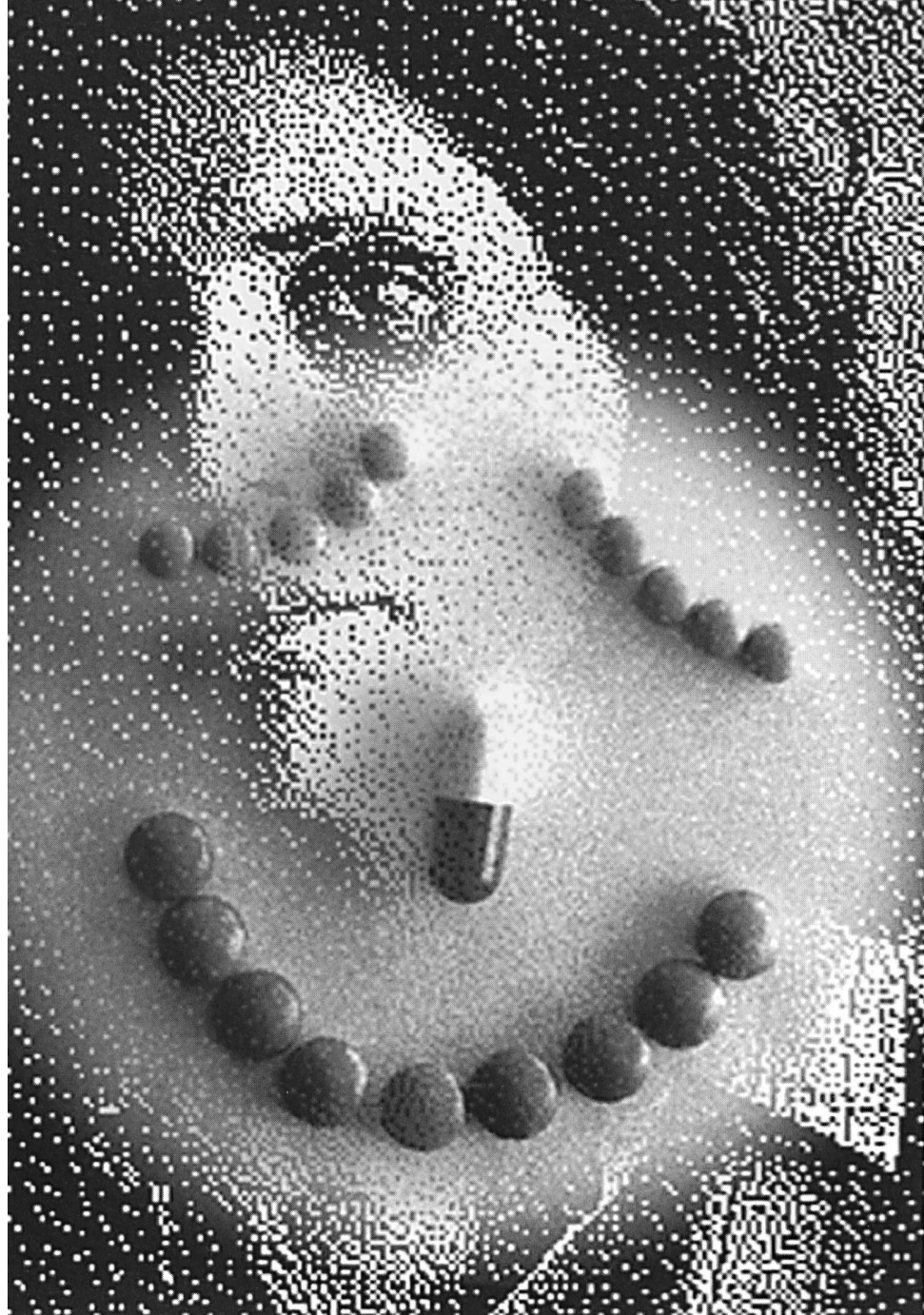
Zentrum der praktischen Arbeit: Der Glaube an die Selbstheilung und daraus resultierend das Bekenntnis zur Schadensbegrenzung. Die Relativierung der Abstinenzerrreichung um jeden Preis als ultimatives Behandlungsziel. Einen fundamentalen Wechsel in der Sichtweise der PatientIn: Vom willenlos-süchtigen Wrack zur selbständigen, respektierten ArbeitspartnerIn.

Die nachfolgend skizzierten Vignetten des neuen Behandlungskonzeptes mögen Einblick in die Bemühungen nach dem Finden und Beschreiten neuer Behandlungswege geben. Freilich können es nur einzelne Facetten sein, Schlaglichter auf vorwiegend Atmosphärisches, das als therapeutisches Milieu eigentlich nur erlebbar ist. So verbindet sich mit diesem beschreibend-erklärenden Text die Einladung an Interessierte, anlässlich eines Besuches Einblick in das Produkt neuen Denkens, die praktisch-alltägliche Arbeit der Entzugs- und Therapiestation für Drogenabhängige zu nehmen.

Beziehung statt Strukturen

Die Öffnung der während der ersten 15 Betriebsjahre geschlossenen Station dokumentiert das neue Denken wohl am offensichtlichsten. Wir gehen davon aus, dass PatientInnen ihren Entschluss zum Eintritt zur stationären Behandlung ebenso selbständig fällen, wie sie sich dafür entscheiden, dort zu bleiben. Hohe Behandlungsqualität, Kundenfreundlichkeit und ein lebendiges, adäquates Beziehungsangebot überzeugen vom Sinn einer Behandlung. Solange die Einsicht besteht, vom Behandlungsangebot profitieren zu können, wird der Aufenthalt verlängert.

Umgekehrt wirken Zweifel am Sinn der Behandlung demotivierend; das Gefühl, in der eigenen Problematik



unverstanden zu bleiben und wenig Unterstützung zu finden, leistet einem Behandlungsabbruch Vorschub. Strukturelle Vorkehrungen wie die übliche relative Geschlossenheit einer Suchtstation ändern daran nichts und können Behandlungsabbrüche – wenn überhaupt – höchstens verzögern. Verbindlichkeit erspart den PatientInnen das Weglaufen: eine Tatsache, die gerade in der abstinenz-orientierten Arbeit einer Entzugsstation von grösster Bedeutung ist. Abstinenz ist gefährlich, schwindende Toleranz erhöht das Risiko von Überdosierungen, Behandlungsabbrüche werden dadurch zur lebensgefährlichen Aktion. So ist nicht verwunderlich, dass seit Öffnung der Station die Behandlungsabbrüche ab-

genommen haben, die durchschnittliche Verweildauer angestiegen ist, was eine Zunahme der durchschnittlichen Belegung zur Folge hat (Kostendeckung!). Wir schliessen daraus, dass dieser Weg zum neuen Denken richtig ist: Das Behandlungsangebot entspricht der Nachfrage (Kundenfreundlichkeit) und unsere PatientInnen können davon profitieren. Dafür sprechen auch Stichtagsbefragungen bei PatientInnen und MitarbeiterInnen. Freilich soll nicht verschwiegen werden, dass vom Schritt der Öffnung kleinere Segmente wenig bis nicht profitieren können: Z.B. ganz junge PatientInnen, oder solche, die explizit einen Entzug in geschlossenem Rahmen wünschen, kommen zu kurz.

Von cool bis mollig-warm

Der Umgang mit Medikamenten ist pragmatisch. Frühere diesbezügliche Ideologien² haben keinen Platz mehr. Nach der Devise «soviel wie nötig, sowenig wie möglich» werden pharmakologische Indikationen gestellt, Medikamente fest oder «in Reserve» verordnet. Im wesentlichen kommen ein «Catapresan-Mogadon-Schema», Antidepressiva, Neuroleptika oder Benzodiazepine zur symptomatischen Behandlung von Entzugsbeschwerden zum Einsatz. Letzere vor allem zum stufenweisen Abbau bei lang dauerndem und hoch dosiertem Benzodiazepingebrauch. Immer häufiger und mit wachsender Beliebtheit kommt der Methadon-gestützte Opiatentzug zum Einsatz.

Rezeptorbefreiung und Systemadaptation

Am äussersten Ende der «Kalt-warm-Skala» liegt FOEN, der Forcierte Opiat-Entzug mit Nemexin in Narkose. In Wil hat er bereits rund 1½-jährige Tradition, wird regelmässig kontrolliert und erfolgreich praktiziert als Behandlungsangebot für ein spezielles, allerdings noch genauer zu definierendes Segment Süchtiger. Mittels Einsatz eines Opiat-Antagonisten (Naltrexon/Nemexin®) und wegen dadurch ausgelöster intensivster Entzugserscheinungen in 4 – 5-stündiger Narkose erfolgt die Phase der Rezeptorbefreiung ebenso forciert wie passiv. Zu Erdulden bzw. aktiv zu Überstehen bleibt hingegen die Phase der System-(Organ-) Adaptation; ebenso aktiv zu leisten ist die Angewöhnung an Opiat-freies Leben. Eine Ausführliche Publikation der Resultate des FOEN wird im SuchtMagazin im Sommer 1999 erfolgen.

Nicht zuviel des Guten

Drogenstationen sind Organismen, die erfahrungsgemäss einem Schwingungsprozess zwischen puristischer Struktur und auflösendem Chaos unterworfen sind. Gewünscht wäre somit eine Lebensform, die fähig ist, beide Extreme einzuschliessen: bildhaft also das «strukturierte Chaos». Auf den ersten Blick mag dies ein absurder Wunsch sein, jedoch leben wir in der Suchtarbeit in vielerlei Widersprüchen: In der Gestaltung der therapeutischen Beziehung kennen wir die «distanzierte Nähe», in der Begegnung mit der PatientIn die «elastische Konsequenz» und die «kollegiale Autorität», um nur einige Beispiele zu nennen. Das Regelwerk unserer Station haben wir unter das Motto «nicht zu viele Regeln» gestellt.

Wir wissen, dass nach jedem (meist unangenehmen) Vorfall Stimmen laut werden, die neue Regeln fordern, die geeignet sind, eben diesen Vorfall zukünftig auszuschliessen. Wir wissen auch, dass diese neue Regel zwar bezogen auf den eben erlebten Vorfall durchaus geeignet sein mag, dem generellen Geschehen auf der Station aber nicht gerecht werden kann. Zu viele Regeln schematisieren unsere Interventionen, machen unser Behandlungsangebot starr, unmenschlich; unsere MitarbeiterInnen und PatientInnen fühlen sich unfrei, arbeiten automatenhaft. Was wir benötigen, ist eine Regelhierarchie. Es gibt Grundregeln, z.B. «keine Gewalt auf der Station» oder «keine Drogen auf der Station», die wir kraft voller Überzeugung im Sinne eines Credo zu vertreten vermögen. Das weitergehende Regelwerk (z.B. Rückfälle ausserhalb der Klinik im Urlaub, Umgang mit Beziehungen in der PatientInnengruppe) wird dann unserem Auftrag gerecht, wenn es in Bewegung ist und individuell-interpretatorisch

Spielraum zulässt. Dann werden Regeln vom Selbstzweck zum eigentlichen Zweck: Sie geben uns Anlass, uns mit unseren PatientInnen über kritische Punkte auseinanderzusetzen. Zu viele, zu starre Regeln verhindern die therapeutische Auseinandersetzung im Team und mit den PatientInnen; die Kommunikation stirbt ab.

Es ist auch erlaubt, gar nichts zu tun

Das therapeutische Angebot der Entzugs- und Therapiestation ist breit; man darf aber während einer gewissen Zeit auch nichts tun. So bieten wir nach erfolgtem Eintritt eine mindestens 12 Stunden, höchstens aber 5 Tage dauernde Ruhephase an. Die PatientIn entscheidet somit, wann sie genug der Ruhe gehabt hat und bereit ist, sich am Angebot therapeutischer Aktivitäten zu beteiligen. Sie tritt in die Entzugs- und Motivationsphase über, die ihr – sobald Entgiftung und Entzug abgeschlossen sind – den Weg zur Übergangsphase, ins Moratorium oder in die Kurztherapie öffnet. Hier nun werden moralisch verbindliche Behandlungsverträge abgeschlossen, in denen nach reiflichem Überlegen das «Therapie-Menu» festgelegt wird. Der Beschluss zu einer therapeutischen Aktivität drückt auch die Absicht aus, von dieser konstruktiv und aktiv Gebrauch zu machen.

Das therapeutische Angebot ist breit: Einzel- und Gruppengespräche, Gespräche mit Einbezug von Bezugspersonen (Familie, ArbeitgeberIn, Behörden, etc.), Werktherapien kreativer Ausrichtung, Arbeitstherapie in der freien Natur, gemeinsames Kochen, Massage, Meditation, Shiatsu, Sport und Musiktherapie. Besonderes Gewicht wird dem Gedanken der Selbsthilfe gegeben: Sogenannte autonome Suchtgruppen finden innerhalb der

Station, NA-Meetings³ ausserhalb der Station, aber auf Klinikgelände statt.

Der Weg ist das Ziel

Wenn ich vom neuen Denken in der Suchtarbeit geschrieben habe, so meine ich damit, wie ausgeführt, gesunde Respektlosigkeit vor Paradigmata und Skepsis gegenüber Gurus und Koryphäen. Ich meine aber noch mehr: Nachfragefreundliches Denken, Anpassung an den Wandel unserer KlientInnen, PatientInnen, der konsumierten Substanzen, der Konsumformen. Ich meine berechtigten Stolz über adäquates, therapeutisches Handeln ebenso wie Einsicht in die Begrenztheit des Einflusses unserer therapeutischen Bemühungen auf den Verlauf von Suchtkrankheiten. Eines ist sicher: Institutionen, die die gesundheitspolitischen Entwicklungen der kommenden Jahre und Jahrzehnte überleben wollen, tun gut daran, sich darauf einzustellen, dass der Wandel das einzig Konstante sein wird. Kundenfreundlichkeit wird eines der obersten Gebote sein, weil gute Belegung die einzige Überlebensgarantie von Institutionen ist. Diese zu praktizieren, ohne die Überzeugung in Authentizität und Ehrlichkeit des eigenen therapeutischen Handelns zu verlieren, bleibt die grosse Kunst. Neues Denken kann uns auch in der Suchtarbeit dabei helfen, uns selber treu zu bleiben. ■

1 Paradigma: Nicht nur, aber besonders in der Suchtarbeit eruerbare Behauptungen, die sich zu Wahrheiten entwickeln: Sie brauchen bloss genügend häufig wiederholt und von suchtttherapeutischen Gurus unterstrichen zu werden.

2 Ideologie: Anschauungen, Vorstellungen verschiedenster Art, die nur vorgegeben werden, um wahre Interessen oder Beweggründe zu verbergen (Mayer's Taschenlexikon).

3 Meetings der Selbsthilfegruppen Narcotics Anonymous