Fachtag „Psychiatrie und Sucht“ am 21.10.2016

Workshop 1: Grenzfälle Psychiatrie und Sucht aus ambulanter Sicht

1. Gemeinsame Wurzeln der ambulanten Suchthilfe und Gemeindenahen Psychiatrie in Leipzig – heute noch erkennbar und nutzbringend für „Grenzfälle“ anwendbar

Die gemeinsamen Wurzeln der ambulanten psychiatrischen und Sucht-Hilfen liegen in Leipzig in den 80iger Jahren, in den damaligen Polikliniken - Abteilungen Psychiatrie und Neurologie - wurden eigene Unterabteilungen „Sucht“, sogenannte “Suchtdispensaires“, geschaffen. Als ich in der Poliklinik Süd in Leipzig anfing, im Herbst 1989, also vor 27 Jahren, gab es bereits 2 Psychologen und 2 Sozialarbeiter (damals Fürsorger genannt) – derzeit hat die Suchtberatungsstelle „Känguruh“, die daraus hervorging und der ich leitend vorstehe, rund 2 ¾ Fachkräfte. Vorteil der Poliklinik war damals, dass ein multiprofessionelles Team mit Ärzten und ambulanter Entgiftungsmöglichkeit und akuter Psychosebehandlungsmöglichkeit, Beschäftigungstherapie, gemeindenaher Versorgung inkl. Hausbesuchen usw. aus einer Hand vorhanden waren.

Heute haben wir mehr Vielfalt, weniger Interdisziplinarität aus einer Hand oder unter einem Dach, sondern über verschiedenste Träger, Vereine und Institutionen verteilt – daraus ergibt sich zwingend das Gebot der Vernetzung, um die vielfältige professionelle Hilfe, gerade für Grenzfälle, nutzbar zu machen.

Welche Formen der Vernetzung sind bewährt, wo sind Lücken oder Löcher neu zu knüpfen – das sehe ich als eine Aufgabe für die spätere Diskussion im Workshop 1.

2. Ambulante Hilfen bei chronischen (psychischen und Sucht-) Erkrankungen gehen einher mit der längsten zeitlichen (Intervall-) Inanspruchnahme durch Pat./Klienten und der längsten persönlichen Therapeutenbindung

- **Selbsthilfe, Tagesstätten, Beschäftigungsangebote - nicht vergessen als sinnvolle Langzeitangebote**
- **Nützlichkeit von Gruppenarbeit**

Viele chronisch Erkrankte werden über längere Zeiträume oft in Intervallen begleitet, jeder hier im Raum denkt da wahrscheinlich sofort an bestimmte Klienten, die er auch nicht „alleine“ hat - uns ging es in der Vorbereitung dieses Workshops auch so. Wer begleitet da eigentlich wen, könnte man auch fragen. Warum fallen mir hier besonders die ambulanten Hilfen ein? Vielfach ist die stationäre Therapie die angemessene und sogar einzig mögliche Hilfe, jedoch gilt das Prinzip der Vorrangigkeit (ambulant vor stationär) und auch das Prinzip der Subsidiarität, d. h. professionelle Hilfen erst, wenn Selbsthilfe nicht ausreicht; in der Regel ergänzen sich professionelle Hilfe und Selbsthilfe in

Augenhöhe. Für das Zentrum für Drogenhilfe kann ich zwei Beispiele der Arten von Selbsthilfe anführen: Die SBB „Regenbogen“ in der Friesenstraße, wo auch ein Standort des Verbundes der Gemeindenahen Psychiatrie unter dem selben Dach ist, also eine SBB mit Begegnungszentrum, sogenannter vorgeschalteter Selbsthilfe, und andererseits die Selbsthilfe im „Känguruh“ mit derzeit 12 aktiven Selbsthilfegruppen. Unsere Selbsthilfegruppen sind häufig aus Therapiegruppen wie Suchtnachsorge oder Ambulante Reha Sucht (die ambulante Langzeittherapie zur Entwöhnung) hervorgegangen, um dem chronischen Charakter ihrer Erkrankung angemessen länger an Therapiezielen „dranbleiben“ zu können wie fortwährende Stabilisierung der Persönlichkeit und selbstkontrollierten Lebens innerhalb gesellschaftlicher Normen und unter Wahrung von Abstinenz von Suchtmitteln. Menschen halten an inneren, persönlich bedeutsam gewordenen Zielen, die sich durch Einflüsse wandeln können, ein Leben lang fest (und das gilt für jeden Menschen - unabhängig, ob als gesund oder krank klassifiziert). Im Umkehrschluss müssen jedoch nicht alle chronisch psychisch Kranken lebenslänglich Beratung, Behandlung oder Selbsthilfe in Anspruch nehmen. Aber zu wissen, wo sie wiederkommen können und dies ohne große Hürden, wie Therapieanträge, ist für chronisch Kranke unabdingbar und für mich immer ein Kriterium für erfolgreiches Arbeiten im ambulanten Setting. Denn die Fähigkeit, stabile vertrauensvolle Bindungen aufzubauen und zu halten oder wiederaufzunehmen ist gerade bei unseren Grenzfällen verkümmert oder noch nicht in ihrer Entwicklung gefördert worden und der Satz „Suchtarbeit ist Beziehungsarbeit“ trifft als Kernsatz psychosozialer Hilfen sowohl auf die Psychiatrie als auch auf die Sucht gleichermaßen zu.

Eine besondere Form der Beziehungsarbeit bietet sich in Form von therapeutisch geleiteter Gruppenarbeit an. Wenn man bedenkt, dass nur ca. 2 % aller genehmigten Psychotherapien durch die gesetzlichen Krankenkassen Gruppentherapien sind, heißt das, dass Gruppentherapien nur stationär, teilstationär stattfinden oder eben in Beratungsstellen/Fachambulanzen dafür Möglichkeiten bestehen, die therapeutisch sehr sinnvoll sind. Also: Für mich in der ambulanten Suchthilfe ist es ein Riesen-Vorteil z. B. gegenüber meinen niedergelassenen ambulanten Psychotherapeuten-Kollegen, dass sich nicht vorrangig die Frage stellt: Wer finanziert das?

Viele Suchtberater sind therapeutisch hoch qualifiziert und nutzen auch immer mehr spezielle Weiterbildungen, weil die Aufklärung von Klienten über Zusammenhänge ihrer Symptome und Vermittlung erster Skill’s oder z. B. Sicherungsübungen (z. B. Programm „Sicherheit finden“ – von Najavits etc.) wichtiger wird. Information und Aufklärung sind wichtig für Klienten, um sich für weiterführende Therapien entscheiden zu können. Was ist eigentlich das Ziel jeder Therapie? Es ist die prozesshafte Entwicklung der Fähigkeit, sich selbst und die Menschen um einen herum besser auszuhalten - salopp gesagt, in der Fachsprache kursiert dafür seit einiger Zeit der Begriff des MENTALISIERENS, d. h. zu lernen, sich selbst besser von außen und sein Gegenüber von innen wahrzunehmen (und dabei stets respektvoll zu wissen, sein Gegenüber von innen niemals genau erfassen zu können – ganz wichtiger Grundsatz auch für alle Therapeuten, die diese Fähigkeit übrigens auch ständig trainieren müssen) und zu lernen, Gefühle, Bedürfnisse, usw. angemessen, d. h. im Verhalten für Andere von außen erkennbar, auszudrücken.

Für uns „Känguruh-Team“ hat sich zur Förderung dieser Fähigkeit bei unserem Klientel die Gruppenarbeit sehr bewährt, durch Ausbildungen und Arbeiten in verschiedenen Settings wie Beratung oder Ambulante Reha. Gruppenarbeit ist überhaupt unser wichtigstes Arbeitsinstrument, aber erst nachdem in der Einzelarbeit gemeinsam die Bedürfnisse und Notwendigkeiten erkundet und ein Mindestmaß an Arbeitsbündnis und Compliance hergestellt ist.
Gruppenarbeit hat unschätzbare Vorteile, die bereits 1992 von Faulkes beschrieben wurden:

- ermöglicht effektive Sofortversorgung
- bietet Ausgleich sozialen Mangels
- ermöglicht interaktives Lernen
- bietet einen Proberaum für neues Verhalten im sozialen Kontext

- kann als Ablöseübung dienen bei schwierigem Umfeld (haben unsere Grenzfälle meistens, und in der Sucht besteht häufig eine gute Durchmischung aller sozialer Schichten und nicht jeder Suchtkranke ist komorbid, so dass hier wirklich gute Chancen sich bieten)
- von Vorteil ist auch, dass es, zumindest in den nicht kostenträgermäßig finanzierten Gruppen, also außer amb. Reha, keine Zeitbegrenzung im Sinne von Vorgaben der Inanspruchnahme gibt, also wann Klienten diese Gruppe wieder verlassen müssen und genügend Stabilität und Motivation für weitere Therapien oder (wieder) Selbsthilfe erworben haben müssen

Also, noch einmal zusammengefasst die Merkmale ambulanter Hilfen: zeitliche Intervalle ohne Vorgaben oder Beantragungshürden, rasche Zugänglichkeit und das Einbeziehen von Angehörigen kommen den Schwierigkeiten bei unseren Grenzfällen entgegen

3. Ambulante Einrichtungen üben elementare Steuerungsfunktion (nicht nur bei Grenzfällen) aus im Sinne Vermittlung wirksamer Inanspruchnahme von Versorgungssystemen

Wenn hier steht, dass den Ambulanten Hilfen elementare Steuerungsfunktionen zukommen, d. h. die Aufgabe, den Pat./Klienten methodisch professionell und kenntnisreich zu beraten, sich im Dickicht verschiedener Therapien und Angebote mit unterschiedlichen Kostenträgern (Krankenkassen, Rentenversicherungen usw.) zurecht zu finden und das für ihn Angemessene zu finden, so ist das nicht genug hervorzuheben. Professionelle Beratung heißt zu wissen (ich denke, die Kriterien akutstationärer Hilfen sind für jeden hier klar):

1. Aufgrund welcher Kriterien empfiehlt wer dem Pat./Klienten einen Arzt aufzusuchen, Angebote von Tageskliniken (in der Psychiatrie oder in der Sucht) zu nutzen, sich mit der Idee, eine amb. oder stationäre Psychotherapie oder Reha zu machen, anzufreunden; sich einer SHG oder einem Beschäftigungsangebot (z. B. in der Werkstatt der SBB „Haus Altschönefeld“ oder einer Tagesstätte) anzuschließen? Manchmal kommen Klienten erst nach einer stationären Entgiftung auf eine Suchtberatungsstelle zu. Was den Klienten zunächst als „schwierigen Klienten“ erscheinen lässt, ist sein massives, von Ärger geprägtes Auftreten, wie am Beispiel eines konkreten Einzelfalles: „Ich komme grad aus Alcatraz!“, zeigte. Gemeint war eine Entgiftungsklink dieser Stadt…, das ließ nichts Gutes ahnen, wie er wohl unsere Suchtarbeit empfinden mochte. Jede Beratungsstunde bestand zur Hälfte aus den Äußerungen des Patienten, worüber er sich allein auf dem Weg zu uns über alles geärgert hatte. Mir fällt bei solchen Klienten auch oft die Arbeit von Andreas Märcker ein über in der DDR politisch Verfolgte - einer übrigens kaum in Psychiatrie und Sucht auftauchenden Klientengruppe - die sich befasst mit Ärgererleben und Ausdruck von Ärger als Form von Abwehr tiefer Furchtgefühle als Traumafolge. Zunächst erschien dieser Klient häufig nicht wie vereinbart, dann wieder tauchte er überraschend in einer Gruppe auf, obwohl wir ihm eine Wartezeit signalisiert hatten – wir redeten also eine Weile etwas aneinander vorbei. Schließlich ist dieser Klient fest in einer geleiteten Gruppe bei uns integriert worden, hat nochmal neuen Anlauf zu einer ambulanten Psychotherapie genommen und mit Hilfe der KV wegen zu langer Wartezeiten und Abweisungen jetzt in Delitzsch eine niedergelassene Psychologin gefunden, mit der er seine

noch nicht genügende Ablösung von der Mutter bearbeitet und befindet sich darüber hinaus, nicht zu vergessen, im ambulant betreuten Wohnen für psychisch Kranke (nicht über Sucht) und stellt sich seiner Psychiaterin in regelmäßigen Abständen vor.

2. Steuern durch professionelle Beratung heißt aber auch: Ich kann Klienten am besten motivieren, wenn ich die anderen Angebote kenne. Wissen alle im medizinisch-psychosozialen Hilfenetz voneinander, was sie tun und auch, wo die Grenzen liegen? Welche Gremien des fachlichen Austausches gibt es? Mir fallen vor allem die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG'n) in dieser Stadt ein, wo Sucht und Psychiatrie zusammentreffen und andere Bereiche auch, und die nach territorialen Prinzipien arbeiten, aber wo sind auch Ärzte, Hausärzte usw. mit im Boot? Wie kann das Prinzip, was uns auch heute hier zusammenführt, der sinnvollen Kooperation und der Nutzung von Synergien von Psychiatrie und ambulanter und stationärer Suchthilfe konkret umgesetzt werden?

Zusammenfassung:
Was heißt Steuerung aus Sicht der ambulanten Suchthilfe? Das heißt, Motivationsarbeit leisten - nicht nur für Abstinenz und abstinenzorientierte Suchttherapien, sondern auch durch Kenntnis der anderen Begleiterkrankungen und deren Therapiemöglichkeiten und Motivation für die Inanspruchnahme anderer Hilfesysteme leisten.

4. Sucht und Psychiatrie: Gleichzeitig oder strikt nacheinander?

Die Praxis zeigt: Sowohl als auch und Beides kann sinnvoll sein: In die Suchtberatung kommen Menschen, die eine tagesklinische Behandlung anstrebten und zunächst zu uns verwiesen wurden, aber auch vor Beginn einer amb. Psychotherapie, manchmal auch parallel zu Psychotherapien. Im Einzelfall ist immer sinnvoll zu klären: Wie viele Berater/Behandler gibt es um den Klienten herum? Ist dem Klienten auch klar, wofür er welches Angebot nutzt? Wo verläuft die Grenze, dass sich Helfer-Systeme nicht mehr sinnvoll ergänzen, sondern in co-abhängiger Weise dem Pat. Selbstverantwortung abnehmen? Sind die Angebote klar abgegrenzt und voneinander unterscheidbar? Klienten sagen mir oft im Erstgespräch: „Ach, es geht hier nicht nur um meine Sucht?“ - die Konnotation kann Erleichterung oder auch Irritation sein und Ängstlichkeit hervorrufen. Bei einer Nachfrage in einer von mir geleiteten Frauengruppe zeigte sich, dass Mitglieder der selben Gruppe das gleiche Angebot für sich durchaus unterschiedlich einordnen und das ist auch sehr gut so: Von Aussagen: „Diese Gruppe reicht mir voll und ganz - ich brauche nicht nochmal eine Psychotherapie wie vor x Jahren wegen meiner Borderline-Störung, na und wenn was ist, hab ich ja Sie noch!“ bis „Ich bin hier wegen der Abstinenz, dass ich es mal ernsthaft schaffe und überlege mir, was ich hier bespreche und was mit meiner Therapeutin und Ärztin.“ (das ist eine Trauma-Patientin, die noch dazu sagte, hier - sprich in der Suchtgruppe - bekomme ich auch mal klare Ansagen, Kritik oder eine Grenze aufgezeigt, „das brauche ich auch“). Häufig braucht es bei komorbiden Klienten lange Zeiträume, um eine notwendige erneute stationäre Therapie zu wagen. Sucht- und z. B. Traumaarbeit widersprechen sich im Beratungssetting nicht, da ich konfrontativ und annehmend zugleich sein kann, d. h. ich muss die Trauma-Patientin nicht dauerhaft wegen gehäufter Rückfälligkeit aus der Frauengruppe ausschließen, wie ich es in der Reha-Therapie-Gruppe müsste, sondern kann sie wieder aufnehmen und die Patientin kann erleben, dass ihr zugetraut wird, auch wenn sie selbst an sich zweifelt und wieder gescheitert ist, ihr Ziel doch noch erreichen zu können.

Dieses Zutrauen zunächst von Anderen in das Entwicklungspotential von Fähigkeiten, auf der Welt wie „normale“ Menschen zurecht zu kommen, hat ja meist aus dem Umfeld heraus gefehlt bei unseren, in der Regel tief verunsicherten und resignierten „schwierigen“ Grenzfällen, die Mühe haben, die für sie passenden Therapien zu finden und wir uns oft dabei auch überfordert fühlen, sie angemessen zu begleiten.

Ich plädiere, aber ich möchte der Diskussion nicht vorgreifen, für eine Gleichzeitigkeit der Versorgung, aber mit präziser Verzahnung!

5. Fazit: Empfehlung - gerade für Grenzfälle - Beratung anbieten

„Die Schwierigkeit ist, wenn Du nichts riskierst, riskierst Du sogar noch mehr!“ Erica Jong

- Grenzfälle lösen bei Beratern Ratlosigkeit und Hilflosigkeit aus, weil kein Angebot passt, gewohnte Abläufe funktionieren hier nicht, der Pessimismus der Klienten wirkt schnell ansteckend, nämlich die Überzeugung, ein „hoffnungsloser Fall“ zu sein, wo sich schon viele Therapeuten versucht haben und alles habe nichts genützt
- Grenzfälle lösen bei Beratern/Behandlern unangenehme Gefühle aus wie Angst vor machtvollen aggressiven Verhaltensweisen, aber auch Ekel vor buchstäblichem Schmutz oder unappetitlichen Gerüchen, häufig sind mangelnde Selbstfürsorge, sprich Verwahrlosung oder sog. Messie-Verhalten, einhergehend mit Sucht und Wahn
- Grenzfälle verleiten Behandler zu extremen Interventionen, entweder Agieren oder Unterlassen/Weiterschicken – genau dies würde Klienten jedoch in ihren destruktiven Selbst-Annahmen bestätigen

Aber: Beratung bietet gute Möglichkeiten – gerade für Grenzfälle! Ob in der Psychiatrie oder in der Sucht – und das sollte uns professionellen Fachkräften jedoch immer bewusst sein, gerade weil das Feld der Beratung immer unterschätzt wird, denn so steht es z. B. auch in der S3-Leitlinie: Beratung ist nicht in seiner Wirksamkeit nachgewiesen – allerdings steht dort in der gleichen Zeile: Die ambulante Psychotherapie auch nicht - dennoch ist diese weitaus geschätzter!

Zuletzt deshalb zur Ermutigung im Umgang mit „schwierigen Grenzfällen“ ein Zitat von Erica Jong, welches ich auch gern Klienten sage, um sie zu ermutigen, eine Therapie zu wagen: „Die Schwierigkeit ist, wenn Du nichts riskierst, riskierst Du sogar noch mehr!“. Das Gleiche gilt für uns Berater und Behandler – also riskieren wir zunächst den offenen Austausch im Workshop!