

Rede von Herrn Dr. Wolfgang Eirund anlässlich des Festaktes zum 20-jährigen Bestehens des Therapiedorfes Villa Lilly am 07.09.2007

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich freue mich, dass ich als leitender Arzt zu diesem Anlass sprechen darf, obwohl ich noch lange keine zwanzig Jahre im Therapiedorf Villa Lilly bzw. überhaupt als Arzt, Psychiater oder Psychotherapeut tätig bin.

Die Arbeit in einer solchen Einrichtung ist für einen Mediziner eine besondere Erfahrung. Abseits des eigentlichen medizinischen Betriebes in Akutkliniken und Arztpraxen wird hier ein Ausmaß an interdisziplinärer Zusammenarbeit gefordert, welches über den sonst üblichen Rahmen deutlich hinausgeht.

Die Suchtkrankenhilfe für Drogenabhängige wurde von der Medizin ja lange stiefmütterlich behandelt. Dankenswerterweise haben sich dafür andere Berufsgruppen um die Etablierung von Hilfesystemen gekümmert, allen voran Sozialarbeiter, Psychologen und Pädagogen. So steht es mir als Arzt auch nicht zu, die Geschichte therapeutischer Konzepte an dieser Stelle all zu kritisch zu beleuchten. Dennoch wird man mir wohl zustimmen, dass die bisherigen Erfolgsquoten in der Therapie Drogenabhängiger nicht hinreichend befriedigend sind, um mit den bisherigen Konzepten kritiklos weiter arbeiten zu können. Die Notwendigkeit kritischer Auseinandersetzung mit bisherigen Therapieansätzen wird durch vielschichtige und schnelle Veränderungen unserer sozialen Welt noch zusätzlich betont.

In meinem Vortrag möchte ich mich in der Kürze der Zeit aber nur auf eine, aber dafür sehr breit diskutierte Veränderung der Anforderungen an die Arbeit mit Drogenabhängigen beziehen: Die scheinbare und viel diskutierte Zunahme an sogenannten „Doppeldiagnosen“, also psychisch komorbiden Patientinnen und Patienten, die neben der Suchterkrankung an mindestens einer weiteren gravierenden psychischen Störung leiden.

Dabei stellt sich vielen die Frage, ob wir schlichtweg nur mehr von diesen Patienten entdecken, oder ob der Anteil der psychisch komorbiden Patienten unter den Suchtpatienten tatsächlich zugenommen hat.

Einerseits ist unsere Sensibilität für das Vorliegen psychischer Erkrankungen bei Suchtkranken ja zweifelsohne gewachsen. Neben der immer differenzierteren Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten mag dies auch mit der zunehmenden Bedeutung psychiatrisch und psychotherapeutisch ausgebildeter Fachärzte in der Suchtkrankenversorgung zusammenhängen, deren klinische Erfahrungen aus der stationären Psychiatrie die Wahrnehmung dieser Erkrankungen in der Entwöhnung sicherlich gefördert hat.

Aber die klinische Wahrnehmung psychischer Symptome hängt ja nur zum Teil mit der Sensibilität der *Untersucher* und ihrer Messinstrumente zusammen. Die Wahrnehmung des Untersuchers wird ja unzweifelhaft auch von der Symptompräsentation der *Betroffenen* bestimmt. Suchtmittelkonsum und damit auch der süchtige Konsum kann zumindest in einer seiner Dimensionen auch als Versuch der Unterdrückung psychischer Probleme verstanden werden. Damit geht einher, dass unter Konsumbedingungen die eigentlichen psychischen Symptome verblassen oder wenigstens von den Symptomen der Sucht „überschrieben“, also verändert werden und im Bewusstsein der Betroffenen eine oft untergeordnete Rolle spielen. Im Kontakt mit den Suchttherapeuten finden solche Symptome dann umso weniger eine Erwähnung, je länger die süchtigen Kompensationsmuster das Erleben bereits bestimmen und umso schneller nach dem ersten Auftreten seelischer Probleme sich das süchtige Verhalten etabliert hat. In den Beratungsstellen, Entgiftungen und Substitutionspraxen erscheinen die Betroffenen meist unter Konsum- oder Entzugsbedingungen, die zugrundeliegende psychische Erkrankung tritt davor in den Hintergrund.

So könnte man zusammenfassen, dass die eigentlichen Lebensprobleme der Suchtkranken oft erst in abstinenzorientierten stationären Einrichtungen und aufgrund der zunehmenden Sensibilität der Untersucher sichtbar werden. Die vermeintliche Zunahme an „Doppeldiagnosen“ wird also sicherlich auch durch die

insgesamt sensibleren Untersuchungsbedingungen in Entwöhnungseinrichtungen bestimmt.

Andererseits scheinen einige psychische Störungen auch in der Allgemeinbevölkerung zugenommen zu haben. Das ursächliche Bedingungsgefüge der meisten psychischen Erkrankungen schließt neben biologischen immer auch soziale und familiäre Faktoren mit ein. Gerade unter Suchtkranken finden wir oft besonders ausgeprägte soziale und familiäre Belastungsfaktoren. So dürfen wir davon ausgehen, dass es unter den Drogenabhängigen zu einem *zumindest* proportional vergleichbaren Anwachsen psychischer Erkrankungen kommt.

Zudem ist bekannt, dass das Vorliegen einer bestimmten psychischen Störung nachgewiesenermaßen häufig zum Auftreten einer weiteren psychischen Erkrankung prädisponiert. Da die Suchterkrankungen selber per se psychische Störungen sind, wäre auch eine überproportionale Zunahme weiterer psychischer Störungen gerade in dieser Gruppe also gut nachvollziehbar.

Für eine reale Zunahme von Süchten in der Risikogruppe psychisch Kranker könnten auch soziale Faktoren wie etwa vereinfachter Zugang zu Drogen und Alkohol verantwortlich sein, was gelegentlich von psychiatrischer Seite diskutiert wird.

Auch im Therapiedorf Villa Lilly sind wir seit längerem mit dem Thema „Komorbidität“ konfrontiert. Unter den Therapiebewerbern sind immer häufiger Patienten, bei denen weitere psychische Störungen ärztlich bestätigt werden. Oft begegnen uns Neuaufnahmen, die bereits eine psychopharmakologische Behandlung erhalten.

Um dieser Entwicklung besser gerecht zu werden, haben wir nach vielen internen Diskussionen ein Konzept entwickelt, über dessen Durchführung wir gegenwärtig mit den Vertretern der Kostenträger eine fruchtbare Diskussion führen. Ich erlaube mir vorwegzunehmen, dass wir in Zukunft wohl mit Sicherheit mehr als bisher auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe werden eingehen können. Dass dies nur mit entsprechend ausgestattetem Personal möglich ist, liegt auf der Hand und ist natürlich auch Gegenstand unserer Diskussionen mit den Kostenträgern.

Um Sie nicht mit Details eines Konzeptentwurfes zu langweilen, möchte ich Ihnen hier heute vor allem die Idee, quasi den Geist unseres therapeutischen Ansatzes etwas näher bringen.

Mit dem Begriff „Komorbidität“ oder noch verbreiteter „Doppeldiagnose“ wird ja mittlerweile sehr offensiv umgegangen. Es ist heute keineswegs ungewöhnlich, dass die Betroffenen über die Diagnosen informiert wurden und so bei Aufnahme in unsere Einrichtung erklären: „Ich hab’ nicht nur ´ne Sucht, sondern auch Borderline.“

Nun ist es aber so, dass psychische Erkrankungen keine eigentlichen „Diagnosen“ etwa in dem Sinne sind, wie wir diesen Begriff bei körperlichen Erkrankungen verwenden. Dort mag die Blinddarmentzündung vielleicht recht problemlos sowohl symptomatisch als auch ätiologisch einer völlige anderen Krankheitsgruppe zugeordnet werden als ein Lungenkarzinom. Das Ausmaß der Symptomvarianz ist in der Organmedizin meist deutlich geringer als in der Psychotherapie. Die somatische Medizin verfügt über weit mehr technische Möglichkeiten, eine Verdachtsdiagnose zu verifizieren oder auszuschließen. Diese Methoden erlauben ein meist zumindest biologisch viel tiefergehendes Verständnis des Krankheitsgeschehens und damit auch eine sicherere Abgrenzung der einzelnen Krankheitsbilder voneinander, als dies in der Psychotherapie möglich ist.

So müssen die Vertreter der Seelenheilkunde eingestehen, dass sie sich mit einem bei weitem undurchsichtigeren „Gegenstand“ beschäftigen. Dennoch wird mit dem Begriff „Diagnose“ und damit erst recht mit dem Ausdruck „Doppeldiagnose“ oder Komorbidität eine Sicherheit suggeriert, über die unser Fachgebiet kaum verfügt. Wären wir nosologisch strenger, könnten wir eigentlich nur von „Syndromen“ sprechen, deren Erscheinungsbilder instabil und deren Ursachen sehr heterogen und individuell unterschiedlich sein können. So ist in der Nervenheilkunde spätestens seit Karl Bonhoeffer durchaus bekannt, dass etwa die akuten Hirnerkrankungen trotz verschiedener biologischer Auslöser einander sehr ähnlich sein können, umgekehrt aber auch ein und der selbe Auslöser bei verschiedenen Betroffenen sehr unterschiedliche Symptome hervorrufen kann.

Nun sind psychische Störungen ja zumindest ohne eine Hirnaktivität nicht denkbar. Alles jedoch, was wir über die biologischen Bedingungen psychischen Erlebens heute wissen, spricht dafür, dass diesen enorme neuronale Vernetzungen zugrunde liegen, die bisher weder anatomisch noch funktionell scharf voneinander zu trennen sind. Vielmehr scheinen sich verschiedene neuronale Systeme gegenseitig zu beeinflussen, was sich bis in die mikroanatomische Struktur des Gehirns auszuwirken scheint: Das meint der Begriff „neuronale Plastizität“. Wahrscheinlich sind diese so komplexen, unabgrenzbaren und variablen biologischen Bedingungen psychischen Seins einer der Gründe für unser Dilemma, vielen psychischen Krankheiten noch keine so eindeutige Ursache zuschreiben zu können, wie dies etwa bei einer Streptokokkenangina möglich zu sein scheint.

Und dennoch sagen wir „Komorbidität“, ganz als ob es möglich wäre, den gestörten seelischen Funktionen unserer Patienten einer Maschine gleich zwei-drei gestörte Funktionseinheiten zuordnen zu können, deren Reparatur voneinander unabhängig durchgeführt werden könnte: Den Auspuff flicken und das Glühbirnchen austauschen: Die beiden Störungen traten nur zufällig gleichzeitig auf und haben nichts miteinander zu tun...

Mit einem solchen mechanistischen Verständnis seelischer Störungen könnte man ein Therapiekonzept entwerfen, welches etwa im Sinne von Modulen indikativer Therapien die verschiedenen Störungen aufgreift, bis alles hinreichend behandelt zu höherer psychischer Stabilität führe. Dazu muss man eigentlich „nur“ das know-how aus anderen Einrichtungen in die eigene integrieren, um so die unheilige aber immer noch erstaunlich rigide Trennung in „Suchthilfe“ und „Hilfe für (andere) Psychisch Kranke“ durchlässiger werden zu lassen.

Und das ist in der Tat auch sinnvoll und notwendig, denn mache man so weiter wie bisher, dann würden viele Probleme der Betroffenen ja weiterhin unberührt bleiben. So wird auch unser Therapiekonzept solche indikativen Gruppenangebote beinhalten bzw. beinhaltet es diese bereits jetzt schon zum Teil. Das und deren Ausbau allein aber erscheint uns zu wenig, um dem Problem psychischer Komorbidität gerecht zu werden. Aber die Störungen treten nicht unabhängig voneinander oder zufällig nebeneinander auf.

Darum ist es uns wichtig, den Betroffenen gegenüber die Suggestion „doppelt krank“ kritisch zu reflektieren. Außerdem ist es doch eine wesentliche Funktion psychischen Erlebens, sich „eins“ mit sich zu fühlen. Wenn wir unser Seelenleben in einer Innenschau beleuchten, wird uns dies in aller Deutlichkeit klar: Unser Zeiterleben, unsere Erinnerung, unsere verschiedenen Sinneskanäle, unsere intellektuellen Fertigkeiten: Sie alle stellen wir in den Dienst, von uns EIN Bild zu entwerfen, uns damit als „unteilbar“, also wörtlich übersetzt: Als „in-dividuell“ zu erleben.

Wenn wir etwa die bei einer Schizophrenie auftretenden Ich-Störungen betrachten, wird uns das psychische Einheitserleben als ein wesentliches Zeichen psychischer Gesundheit besonders deutlich.

Um dieses seelische Einheitserleben zu fördern, wollen wir dem Patienten mit einem Angebot möglichst stabiler therapeutischer Beziehungen im Behandlungsalltag eine ebenso stabile Spiegelung seiner Person mit ihren Nuancen und Fertigkeiten ermöglichen.

So wollen wir in unserem Konzept den Versuch wagen, neben modulhaften indikativen Angeboten für die jeweiligen Störungsbilder das Verständnis des Menschen als „In-dividuum“ in den Vordergrund zu stellen. Das beinhaltet neben der zu vermittelnden Vorstellung der Unaufteilbarkeit menschlichen Seelenlebens die Aufgabe, im Rahmen *kontinuierlicher und verlässlicher* therapeutischer Beziehungen einen jeweils maximal auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnittenen Therapieplan zu entwickeln.

Bisher ist der Wechsel der Patienten von der stationären in eine teilstationäre oder ambulante Therapiephase aber häufig mit einem Therapeuten- und Milieuwechsel verbunden. Unser Konzept ermöglicht demgegenüber einen Übergang von stationären in tagesklinische und ambulante Therapiephasen ohne Unterbrechung des therapeutischen Milieus und so eine möglichst hohe Beziehungskonstanz: Das selbe Team mit all seiner unterschiedlichen Professionalität und im Idealfall der selbe Bezugstherapeut wird über die gesamte Therapiedauer dem Betroffenen zur Verfügung stehen.

Zur Förderung der Individualität zählen wir aber noch einen weiteren Punkt: Die Abkehr vom therapeutisch intendierten Einsatz reglementierend-sanktionierender Mittel. Die Therapieinhalte sollen sich von den über Jahre etablierten schematischen Ansätzen der Suchttherapie soweit absetzen, wie es der Tagesablauf und der Personalschlüssel erlaubt. Allgemeingültige Regeln bleiben im Dienste der Harmonisierung des menschlichen Miteinanders bestehen, werden jedoch nur noch allenfalls zweitrangig als therapeutisch wirksames Agens eingesetzt und verstanden.

So ließe sich unser Ansatz abschließend und zusammenfassend damit umreißen, dass wir ein Angebot indikativer Gruppen mit maximal individueller Therapieplanung und möglichst hoher Beziehungskontinuität verbinden wollen. Der Wunsch, dies im Sinne ineinander übergehender ambulanter, teilstationärer und sozialpsychiatrischer Therapiebausteine als *kontinuierlichen* Behandlungsablauf anbieten zu wollen, ist ein hoher Anspruch, über dessen Verwirklichungschance nicht zuletzt die bereitgestellten Mittel entscheiden werden.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.