

Henne- oder und Ei-Problematik?

Oft wird zwischen psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen unterschieden – auch wenn Sucht eine psychische Erkrankung ist. Es gibt eigene Einrichtungen für Sucht-Erkrankte, eigene TherapeutInnen, eigene Versorgungspläne – meist parallel zu den Angeboten für psychisch erkrankte Menschen. Beide Seiten betonen, dass sie das jeweils andere Thema sehr wohl mitdenken, aber der Fokus der Arbeit beim eigenen Thema liegt. Diese Spaltung gibt es nicht nur auf der übergeordneten Ebene, sondern erstreckt sich auf alle Bereiche: Bei vielen Einrichtungen für Sucht-Erkrankte sind andere psychiatrische Diagnosen (z.B. Psychose) ein Grund, eine Person nicht aufzunehmen, umgekehrt gibt es Einrichtungen für psychisch Erkrankte (z.B. Wohngemeinschaften) bei denen eine Suchterkrankung einen Ausschließungsgrund darstellt. Beide Seiten geben dafür nachvollziehbare (konzeptuelle) Gründe an. Ist ja gut, wenn es SpezialistInnen gibt, die erfolgreich in ihrer Arbeit sind; auch in anderen medizinischen Bereichen gibt es in einem Fach spezielle Unterteilungen (z.B. Chirurgie mit Thorax-Chirurgie, Neuro-Chirurgie, Gefäß-Chirurgie – mit Spezialausbildungen und eigenen Abteilungen). Also ist es perfekt, wenn Suchterkrankte in die Suchteinrichtungen gehen und psychisch Erkrankte in (allg.) psychiatrische Abteilungen gehen? Ja, für viele Betroffene passt das.

Aber es gibt eine große Gruppe von PatientInnen die (eine?) Erkrankungen haben, die sowohl in den einen Bereich als auch in den anderen passen und gerade deswegen weder hier wie dort gerne gesehen sind, oder sogar abgelehnt werden. Wenn die Co-Morbidität, d.h. wenn zu einer Grunderkrankung eine zweite (mehr oder minder stark ausgeprägt) dazu kommt, ein gewisses Maß übersteigt, kann es PatientInnen und ihren Angehörigen passieren, dass sie von Einem zum Anderen geschickt werden.

Viele ExpertInnen sind sich einig, dass bei der Mehrzahl der Suchterkrankungen andere psychische Erkrankungen eine wichtige Funktion als Auslöser oder zumindest als Verstärker haben. Das gilt auch umgekehrt: Manche Suchtmittel begünstigen den Ausbruch einer psychischen Erkrankung bzw. wirken sich negativ auf deren Verlauf und Behandlung aus. So ist die Frage danach, welche jetzt die Grunderkrankung und welche „nur“ die Nebendiagnose ist, ist oft genau so schwierig (oder sinnlos?) wie die Frage was zuerst da war: die Henne oder das Ei.

Viele Angehörige berichten bei uns vom oft ausgeprägten Suchtverhalten ihrer psychisch erkrankten Familienmitglieder und dessen negativen Auswirkungen v.a. auch in (vermeintlich) besseren Krankheits-Phasen. Zigaretten, Alkohol, Cannabis, „Pilze und Kräuter“, aber auch Glücksspiel und Internet werden dabei häufig genannt, sogenannte harte Drogen (z.B. Heroin, Kokain, Chrystal Meth, ...) kommen seltener vor. Oft wird in diesem Zusammenhang kritisiert, dass, auch wenn die/der PatientIn in psychiatrischer Behandlung ist, dem als so schädlich wahrgenommenen Suchtverhalten keine oder kaum Aufmerksamkeit geschenkt wird. Weisen Angehörige darauf hin, werden die Sorgen oft nicht ernst

genommen und sinngemäß vermittelt, es sind ja „nur“ weiche Drogen und stehen derzeit nicht im Vordergrund – Rückfallprophylaxe sieht anders aus. Auch wenn diese sogenannten „weichen Drogen“ in unserer Gesellschaft weit verbreitet sind, vielleicht auch schon als fast „normal“ gelten, haben sie einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf einer psychischen Erkrankung und die Wirksamkeit der therapeutischen Anstrengungen. Damit stellen sie einen wesentlichen Risikofaktor dar.

Gerade wenn es am Weg der Stabilisierung und Rehabilitation (zu) schwierig wird, Erfolge, Zuversicht oder passende Angebote fehlen, der Druck von innen und außen größer wird, scheint es vielen Angehörigen, dass der Kreislauf von der Droge zum Rückfall wieder beginnt – mit allen gesundheitlichen und sozialen Folgen. Bei der Diskussion darüber, wie Rückfälle verhindert (oder minimiert) werden können, wird von psychiatrischer Seite immer wieder darauf hingewiesen, dass PatientInnen, die ihre Medikamente nicht regelmäßig und langfristig einnehmen, ein höheres Risiko haben, erneut zu erkranken – und es wird hohes Augenmerk auf die medikamentöse Behandlung gerichtet. (Anmerkung: Noch immer wird zu oft nur „verschrieben“ und viel zu selten an einer gemeinsamen Behandlungsvereinbarung mit den PatientInnen gearbeitet.)

Wenn bekannt ist, dass sich psychische Erkrankungen und Sucht-Erkrankungen wechselseitig verstärken, kaum völlig getrennt voneinander auftreten und sich bei der Therapie wechselseitig negativ auswirken, scheint es unumgänglich, dass das Wissen, die Methoden, die Expertise aus beiden Bereichen stärker zusammengeführt werden. Es muss immer die/der PatientIn mit allen Aspekten ihrer/seiner Erkrankung (aus welchen menschlich definierten Diagnosen sie sich auch zusammensetzt) im Mittelpunkt stehen und es darf nicht möglich sein, einen wichtigen Teilbereich auszuklammern.

Es erscheint mir wichtig, weniger in Diagnosen, Medikamenten und Compliance zu denken, sondern den Menschen stärker in seiner persönlichen und sozialen Situation wahrzunehmen und den Betroffenen zu unterstützen, mit dem Risiko gesünder umgehen zu können.

Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern des KONTAKT besinnliche Weihnachtsfeiertage und dass es uns allen im kommenden Jahr gelingt, möglich achtsam mit dem eigenen Wohlbefinden zu sein.



MAG. EDWIN LADINSNER
Geschäftsführer HPE Österreich
edwin.ladinsner@hpe.at