

Werner Heinz  
Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.  
Suchthilfezentrum Bleichstraße Frankfurt

## **Verlaufstypen der Opiatsubstitution: Ihre Bedeutung für substitutionsunterstützte Psychotherapie und medizinische Rehabilitation**

### **Anregungen und Thesen zum Fachtag akzept e.V. am 2.12.2011 in Berlin Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting**

Die nachstehende Skizze basiert auf einem Vortrag im Rahmen des *Forums Opiatsubstitution, Rehabilitation, Psychotherapie* beim Deutschen Suchtkongress 2011 in Frankfurt.

Ich habe die beim Vortrag verwendeten Folien auf Anregung von Prof. Heino Stöver als Thesenpapier und Skizze montiert mit dem Ziel, Anregungen und vielleicht ein Raster für die Diskussion therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen auf Grundlage der Substitutionstherapie zu vorzulegen.

*Der Text dokumentiert eine Suchbewegung nach zwanzigjähriger Praxis in der abstinenzorientierten und substitutionsgestützten Drogenberatung und Suchttherapie. Er versteht sich als Skizze und Diskussionsvorlage, enthält sicher auch Zuspitzungen und Verkürzungen und ist bisher nicht durch empirische Überprüfung abgesichert.*

### **Die Opiatsubstitution hat sich seit den 1990er Jahren von einer second-line-Intervention zur first-line-Behandlung bei Opiatabhängigkeit entwickelt**

- Bis zur Neufassung der Indikationen zur Substitutionstherapie in den BUB-Richtlinien 2002 gehörten zu den Indikationskriterien für die Opiatsubstitution gescheiterte Abstinenzversuche /-therapien sowie das Vorliegen einer Zweiterkrankung.
- Heute wird die Substitutionstherapie de facto als first-line-Therapie häufig v o r einer medizinischen Rehabilitation durchgeführt.
- Zunehmend wird die ursprünglich vorrangige stationäre Abstinenztherapie bzw. medizinische Rehabilitation von den Abhängigen selbst, aber auch von substituierenden Ärzten und Fachkräften der psychosozialen Betreuung als „Last exit“ nach Scheitern der Substitution verstanden.

### **Die Opiatsubstitution wird in aller Regel nicht als Suchttherapie praktiziert**

- Systematische Psychosoziale Betreuung findet nur mit einer Minderheit der Substituierten statt
- Psychosoziale Betreuung wird überwiegend als sozialarbeiterische Basis- und Krisenhilfe, Drogenberatung oder „Eingliederungshilfe“ (Betreutes Wohnen) praktiziert
- Die Infrastruktur für „PSB Substitution“ verfügt nur selten über suchtttherapeutische Angebote und Qualifikationen. Fachkräfte mit Anerkennung für die Durchführung der AR sind in der substitutionsbegleitenden PSB so gut wie überhaupt nicht vertreten. Die restriktiven Zugangsregelungen der Leistungsträger zu einer substitutionsunterstützten Rehabilitation ermutigen die Träger nicht, mit kostenintensiven Weiterbildungen die personellen Voraussetzungen für substitutionsgestützte Rehabilitation zu schaffen.

## **Die Opiatsubstitution wirkt de facto als Ausschlussgrund gegenüber der medizinischen Rehabilitation.**

### *- ...seitens der Leistungsträger*

Mit der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen v. 4.5.2001 wurde zwar ein Zugang auch für Substituierte zur medizinischen Rehabilitation eröffnet. Jedoch bilden die Indikationskriterien und Kautelen für die „übergangsweise substitutionsunterstützte medizinische Rehabilitation“ ein erhebliches Zugangshemmnis.

Die DRV Bund verfügt bundesweit über 12 (!) Behandlungsplätze zur übergangsweise substitutionsunterstützten stationären Rehabilitation, aufgeteilt auf zwei von ihr belegte Fachkliniken. Zwar ergänzen einige regionale Rentenversicherer das Angebot– aber auch hier bleiben die Fallzahlen in der substitutionsgestützten stationären und ambulanten Rehabilitation marginal.

Es gibt Hinweise auf eine vorsichtige Öffnung einiger Rentenversicherer bei der Kostenübernahme für die medizinische Rehabilitation Substituierter – im Rahmen von jeweils speziell zu begründenden Einzelfallentscheidungen. Die häufig unrealistische Anforderung, dass die Patienten während der Rehabilitation Abstinenz durch Abdosieren des Substitutionsmittels erreichen müssen, wirkt weiterhin ausgrenzend.

Die vom medizinischen Dienst der Krankenkassen akzeptierte Entgiftungsdauer von maximal 3 Wochen reicht nicht aus, um Patienten in Langzeitsubstitution vor Antritt einer stationären Abstinenztherapie adäquat zu entgiften.

### *- ...seitens der Klientel*

Opiatabhängige geben zunehmend der Substitution Vorrang gegenüber einer Abstinenztherapie (vgl. die nachstehenden Ausführungen zu den Verlaufstypen der Opiatsubstitution).

### *- ....seitens des substitutionsorientierten Gesundheitswesens*

Arztpraxen aber auch die meisten auf die substitutionsbegleitende PSB spezialisierten Beratungsdienste und Eingliederungshilfen verfügen in aller Regel weder über ausreichende Kenntnisse und Feldkompetenz hinsichtlich der medizinischen Rehabilitation noch über suchttherapeutische Qualifikationen. Sie sind nur eingeschränkt in der Lage, ihre Patienten adäquat über medizinische Rehabilitation zu beraten oder auf eine Reha/Suchttherapie vorzubereiten.

### *- ....seitens der Fachkliniken*

Die Therapeutischen Einrichtungen und Fachkliniken für Drogenabhängige haben den Bedeutungswandel der Opiatsubstitution lange ignoriert und konzeptionell nicht angemessen auf die Fachdiskussion zur Substitutionstherapie reagiert. Dabei wird die stationäre Entwöhnung direkt und indirekt erheblich von der Entwicklung der Substitutionstherapie tangiert:

- Je mehr sich die Opiatsubstitution von einer second-line Intervention zur first-line Behandlung wandelt, desto größer wird ihr negativer Selektionseffekt für die stationäre Rehabilitation. Die stationäre Reha wird weniger opiatabhängige Patienten mit guter Prognose erreichen, dafür wird der Anteil der Opiatabhängigen mit gescheiterter Substitutionstherapie steigen.
- Das nach einer Langzeitsubstitution mit Methadon prolongierte Entzugssyndrom hat erhebliche Auswirkungen auf Haltkraft und Rehafähigkeit in der Eingangsphase der stationären Abstinenztherapie.
- Die Funktionalität des Substitutionsmittels für die Aufrechterhaltung der psychischen Funktionsfähigkeit und Stabilität muss konzeptionell und methodisch berücksichtigt werden

- Ambivalenzkonflikte und Abbruchkrisen der Patienten werden erheblich von der abbruchfördernden Option einer ambulanten Substitutionstherapie beeinflusst.

### **Wie kann die medizinische Rehabilitation für Substituierte nutzbar gemacht werden?**

- Zugänge zur stationären und ambulanten Reha auch für Substituierte öffnen
  - Kompetenz des substitutionsgestützten Hilfesystems für Reha-Motivierung und Reha-Vorbereitung durch Mitarbeiterqualifizierung und Vernetzung mit Abstinenztherapeutischen Angeboten verbessern
  - Unrealistische Anforderungen – z.B. vor der Rehabilitation abgeschlossene Entgiftung nach einer Langzeitsubstitution - aufgeben
  - Das Abdosieren des Substitutionsmittels zur Abstinenz im Verlauf der Rehabilitation in die Entscheidung und Steuerung der Patienten zusammen mit dem behandelnden Arzt legen - nicht weiterhin als verpflichtende Bedingung für der Kostenübernahme voraussetzen.
- Haltekraft der Rehabilitation verbessern
  - Erhaltung statt Entzug der stützenden Funktion der Substitutionsmedikation in der Krise der Veränderung
  - Substitution als Rückfallintervention auch in der Medizinischen Reha ermöglichen

Mit den nachstehend skizzierten Verlaufstypen wird ein Versuch unternommen, typische Charakteristika von Behandlungsverläufen phänomenologisch zu ordnen und dabei auch die psychische Funktionalität des Substitutionsmittels zu verstehen und zu berücksichtigen. Mit diesem Vorgehen können begründete Annahmen über die Eignung, Chancen und Anforderungen der medizinischen Rehabilitation und Psychotherapie bei substituierten Patientinnen und Patienten entwickelt werden. Möglicherweise wären mit einer psychodiagnostisch fundierten Typenbildung stärkere Argumente für die Anwendung von Psychotherapie zu gewinnen. Da meine Erfahrungen sich jedoch vorwiegend aus der „psychosozialen Begleitung“ Substituierter sowie der ambulanten und stationären Rehabilitation Suchtkranker speisen, habe ich mich an der Bewältigung von Suchtverhalten und den Zielen der Rehabilitation orientiert.

### **Verlaufstypen der Opiatsubstitution und ihre Bedeutung für Rehabilitation, Soziotherapie und Psychotherapie**

<b>Verlaufstyp</b>	<b>Reha- und Therapiechancen</b>
1. Substitution als Ausstiegshilfe	Ambulante Rehabilitation
2. Ambivalenz auf Dauer gestellt	Stationäre Rehabilitation / Kombitherapie
3. Stagnierende Langzeitsubstitution	evtl. stationäre Rehabilitation
4. Ersatzdroge als Überlebenshilfe Basisversorgung bei Polytoxikomanie, bindung und Dauerkrise	stationäre Soziotherapie Stationäre Reha mit juristischen Szene- Auflagen
5. Basismedikation bei Psychiatrischer Comorbidität Angststörung / Depression / BPS ADHS / Psychose	psychiatrische Mitbehandlung Psychotherapie Traumatherapie Dialektisch-Behaviorale Therapie ambulant-stationäre Therapie-Intervalle

## **Verlaufstyp 1: Substitution als Ausstiegshilfe**

### *Charakteristika des Behandlungsverlaufs*

Die Substitutionstherapie verläuft bei guter Compliance begebrauchsfrei. Die Patienten entwickeln unter der Substitution ein weitreichendes Kontrollerleben gegenüber dem Suchtmittel und der Suchtdynamik. Psychische und soziale Integrationsprozesse gelingen. Perspektivisch erscheint das Abdosieren des Substitutionsmittels zur Abstinenz aussichtsreich, allerdings erhöhen sich erfahrungsgemäß die Rückfallrisiken kurz vor und nach Erreichen der Abstinenz erheblich, sodass ein großer Teil dieser Patientengruppe wieder in die Substitutionstherapie zurückkehrt.

### ***Patienten-Charakteristika***

- Es bestehen vergleichsweise gute soziale und psychische Ressourcen
  - Es besteht ein stützendes soziales Umfeld, oft auch familiäre Integration/Partnerschaft
  - Die Patienten verfügen über schulische/berufliche Kompetenzen und haben
  - häufig Erfahrungen mit (zeitweise erfolgreichen) Abstinenztherapien und Cleanphasen
- Eingeschränkte Selbstwirksamkeitserwartungen beeinträchtigen die Abstinenzzuversicht*
- Die Patienten erleben sich häufig in der Abstinenztherapie gescheitert,
  - Sie erleben hohe Ängstlichkeit gegenüber Rückfallrisiken und Craving bei Absetzen der Substitutionsmedikation.

### *Funktionalität des Substitutionsmittels*

- Das Substitutionsmittel dient als Risikovermeidung und Craving-Prophylaxe
- Die Substitutionsmedikation Methadon/Subutex wird als „Filter“ erlebt gegen Überforderung, Emotionen / Spannungszustände / äußere Anforderungen / Selbstwertzweifel eingesetzt
- Sie soll als Psychopharmakon bei psychischen Krisen und Instabilität dämpfend wirken.

### *Rehabilitation*

In der Regel besteht eine Indikation zur Ambulanten Rehabilitation, sofern die Fortsetzung der Substitutionstherapie vom Leistungsträger akzeptiert wird

### *Integration in Einzel- und Gruppensetting der Ambulanten Reha ist möglich*

*Rückfallprophylaxetraining (Beikonsum)+Struktur der Alltagsbewältigung + biografische Hintergründe und Krankheitsverständnis + Bewältigung v. Ängsten / Dysphorie / Depressiven Verstimmungen + Selbstwert / Selbstwirksamkeit + Kommunikation/Kontakt*

### *Die Einzel- und Gruppentherapie sollte kombiniert werden mit*

- Maßnahmen zur Arbeitsintegration
- Aktivierung + Anregungen Kultur, Freizeit
- Hilfestellungen zur Entwicklung eines stützenden/anregenden sozialen Umfeldes

Selbsthilfegruppen wie Narcotics Anonymous finden meist geringe Akzeptanz

Faktisch errichtet die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen große Hürden vor die Aufnahme dieser Patienten in Ambulante Rehabilitation durch die Vorgaben

- Die Patienten haben v o r Beginn der Rehabilitation noch keine Abstinenzfähigkeit erreicht und nur geringe Zuversicht in stabile Abstinenzfähigkeit entwickelt

- Die Vorgabe eines Abdosierungsplanes, von der Umsetzung ggf. die Verlängerung einer Kostenzusage abhängig gemacht wird, wirkt als fremdbestimmter Stressor äußerst negativ auf den Rehabilitationsprozess.

Die sukzessive Öffnung einzelner Leistungsträger durch „Einzelfallentscheidungen“ bleibt unsystematisch und ist nicht geeignet, ein strukturelles und konzeptionelles Defizit zu kompensieren.

## **Verlaufstyp 2: Ambivalenz auf Dauer gestellt**

### *Charakteristika des Behandlungsverlaufs*

Den Patienten gelingt unter der Substitution eine spürbare Verbesserung der Lebenssituation sowie phasenweise eine „Entschärfung“ der Suchtdynamik - aber die „Kosten“ und Konsequenzen, die eine stabile Beigebrauchsabstinenz oder Abstinenzorientierung für die Lebensführung implizieren, werden (noch) vermieden. Auf zeitweise gute Compliance und intensive Inanspruchnahme der Hilfen folgen episodisch heftige Rückfallkrisen mit Beikonsum von Heroin, Alkohol, Benzodiazepinen, Kokain. Relativ häufig werden Versuche zur Dosisreduktion unternommen – einsetzende Rückfälligkeit wird mit Dosiserhöhungen oder auch Wechsel des Substitutionsmittels beantwortet.

Zu den Rückfallmustern gehören häufig auch das Aufdosieren von zusätzlichem Methadon aus dem Schwarzmarkt bzw. missbräuchliche Aufdosierungen aus der Take-Home-Vergabe. Dabei besteht die Gefahr, dass sich ein methadon-zentriertes Suchtmuster mit Kontrollverlust herausbildet.

### *Patienten-Charakteristika*

Die für diesen Verlaufstyp charakteristische Ambivalenz findet sich häufig bei Patienten, die neu oder, nach eigenem Verständnis „übergangsweise“, mit dem Ziel der „ambulanten Entgiftung“ zur Substitution aufgenommen wurden, nicht selten auch nach abgebrochener oder gescheiterter Abstinenztherapie.

Die Patienten verbleiben bei ambivalenter und immer wieder erneuerter Ausstiegsabsicht schließlich in langfristiger Substitution. Sie streben Abstand zur drogenzentrierten Milieus und „Szenen“ an – mangels sozialer Ressourcen und sozialer Unterstützung und bei großer Ängstlichkeit vor Kontakten in sozialen Welten außerhalb der vertrauten „Szenen“ gelingt die Integration in stützende soziale Umgebung nur unbefriedigend.

Die Rollenanforderungen eines selbstverantwortlichen Erwachsenenlebens werden bejaht – ihre Umsetzung bleibt hoch defizitär. Eine tragfähige soziale Eingliederung misslingt überwiegend, die Selbstwirksamkeitserwartung bleibt instabil. Mangelhafte Konstanz im Leistungsvermögen, Defizite in Berufs- und Partnerrollen, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung sowie fehlende Ablösung von Versorgungssystemen behindern die psychosoziale Weiterentwicklung und beruflich-gesellschaftliche Integration..

### *Funktionalität des Substitutionsmittels:*

Das Substitutionsmittel wird mit hohen Erwartungen hinsichtlich der Kompensation fehlender oder unzureichender Bewältigungskompetenzen besetzt.

Bei unbefriedigendem Behandlungsverlauf oder in Krisen werden Lösungen gerne durch Wechsel des Substitutionsmittels gesucht: Umstieg von Methadon auf Buprenorphin, weil man sich davon einen Rückgang der Lethargie und eine „Befreiung“ des Aktivitätspotentials verspricht, Umstieg von Buprenorphin auf Methadon in der Erwartung, dass damit Krisen und Emotionen besser abgemildert, gedämpft werden können.

Der Substitutionsmedikation wird eine basale Rolle als „Filter“ gegen überwältigende Gefühle, Krisen und Craving zugeschrieben. Der Substitutionsmedikation kommt eine zentrale Funktion für die Aufrechterhaltung des psychischen Funktionsniveaus zu ( psychoanalytisch mit Kohut

verstanden wird sie zu einem „Selbstobjekt“, das hilft, die psychische Funktionsfähigkeit des Selbst zu bewahren bzw. überhaupt erst aufzubauen).

*Rehabilitation:*

Diese Patienten würden von einer substitutionsunterstützten ambulanten oder stationären Rehabilitation, vorzugsweise von einer ambulant-stationären Kombitherapie, erheblich profitieren.

Es ist eine qualifizierte, zeitlich durchaus aufwendige Motivierung und Vorbereitung zur Rehabilitation erforderlich. Diese umfasst

- Entwicklung von Einsicht in den Ambivalenzkonflikt und seine Dynamik und Wirkung im Behandlungsverlauf
- Motivierung zu verbindlicher Mitarbeit in einem zielorientierten Behandlungs- und psychosozialen Trainingsprogramm
- Vertiefung von Krankheitseinsicht und Entwicklung eines fundierten Verständnisses der Substitutionstherapie (z.B. durch Psychoedukation)

Analog zur ambulanten und stationären Entwöhnung zielt die substitutionsgestützte Rehabilitation auf Nachreifung und Kompensation von psychosozialen Entwicklungsdefiziten. Eine ambulant-stationäre Kombitherapie dürfte von substituierten Patienten eher akzeptiert werden als eine „klassische“ stationäre Entwöhnung. Die Patienten erleben im Schutz der Substitution ein verbessertes Kontrollerleben gegenüber Suchtdruck und Rückfallkrisen. Gleichzeitig bietet die Substitution eine verbesserte Chance zum Training der neu erworbenen oder reaktivierten Kompetenzen unter Alltagsbedingungen.

- Die stationäre Behandlungsphase bietet einen Milieuwechsel auf Zeit und die Schutzfunktion des stationären Settings als Hilfe zur Krisen- und Rückfallbewältigung. Sie ermöglicht die Begegnung mit einem stützenden sozialen Umfeld sowie eine positive Erfahrung, wie die häufig starke soziale Isolation und Einsamkeit in einem rehabilitativen Milieu überwunden werden kann.
- Kernaufgabe der stationären Behandlungsphase ist die Einleitung eines zielorientierten Trainings von Leistungsvermögen und sozialen Kompetenzen / Skills-Training sowie das Erleben von Fähigkeiten
- *Zu den Kernaufgaben der Einzel- und Gruppenarbeit in der ambulanten Behandlungsphase gehören*
  - Rückfallprophylaxetraining
  - Förderung von Kontinuität und Leistungsvermögen in Maßnahmen zur Arbeitsintegration sowie ggf. erreichten Beschäftigungsverhältnissen
  - Hilfestellungen zur Entwicklung von Konstanz und Kontinuität bei der beruflichen Integration (Arbeitssuche, Maßnahmen zur Arbeitsintegration, am Arbeitsplatz)
  - Krisenintervention und -bewältigung
  - aktivierende und unterstützende Hilfestellungen zur Erweiterung der Erlebnis- und Gestaltungsmöglichkeiten im kulturellen Umfeld und in der Freizeit.

*Die ambulante Behandlungsphase sollte idealerweise durch Eingliederungshilfen wie Betreutes Wohnen / Maßnahmen zur Arbeitsintegration / Freizeitprojekte begleitet werden.*

### **Verlaufstyp 3: Stagnierende Langzeitsubstitution**

#### *Charakteristika des Behandlungsverlaufs*

Nach mehrjähriger Opiatsubstitution haben sich die Patienten in einem „randständigen Gleichgewicht“ ohne dramatisch soziale Verelendung und Kriminalitätsbelastung im „Substitutionsmilieu“ eingerichtet. Die Substitution erfolgt überwiegend mit Methadon, zumeist in hoher Dosierung – sehr häufig bei sedierendem und durchgängigem Beikonsum „mindestens“ von Cannabis, sehr oft auch kritischem oder abhängigem Alkoholkonsum. Episodischer oder Low-Level-Beikonsum anderer Substanzen – vorzugsweise Benzodiazepine – ist nicht so stark ausgeprägt, dass die Substitution gefährdet wäre, behindert aber nachhaltig Fortschritte und Entwicklungen hinsichtlich einer beruflichen und sozialen Integration.

#### *Patienten-Charakteristika*

Die Patienten – Altersgruppen zwischen 30–50 Jahren - haben ausgeprägte Versorgungshaltungen entwickelt. Ihr Umgang mit komplexeren Anforderungen hat Züge einer „erlernten Hilflosigkeit“. Bei geringer Belastbarkeit und sinkendem Aktivitätsniveau zeigen sich vorzeitige Alterung und Anzeichen „mentaler Vergreisung“. Es bleibt unklar, welche Wirkung dabei neben depressiven Problematiken auch der hochdosierten Dauersubstitution, der anregungsarmen, sozial isolierten Lebensführung sowie einer subkulturell vermittelten, generalisierten Passivität zukommt.

#### *Funktionalität des Substitutionsmittels:*

Methadon wird in meist hoher Dosierung eingesetzt zur Sedierung und als starker psychischer Filter gegen Ängstlichkeit und Überforderung

Die hochdosierte Substitutionsmedikation dient der Entlastung von den umfassenden Anforderungen einer Lebensführung in Erwachsenenrollen und als soziales und pharmakologisches Bindemittel in einem subkulturellen „Substitutionsmilieu“

#### *Soziotherapeutische Interventionen und Rehabilitation*

Unter der sedierenden Medikation und bei starken passiven Versorgungshaltungen, die von den diese Patienten umgebenden Peergroups und Milieus noch verstärkt werden, zeigen soziotherapeutische Interventionen und Impulse nur geringe Wirksamkeit. Die Patienten können bei intensiver Zuwendung punktuell zu einer begrenzten Mitwirkung gewonnen werden ohne dass sich rehabilitative Zielorientierungen herausbilden oder gar stabilisieren ließen. Stundenweise Mitarbeit in geeigneten Beschäftigungsprojekten, Teestuben als soziale Treffpunkte, aktivierende Anregungen in Kombination mit verstärkenden Belohnungen sind geeignet, eine gewisse Aktivitätsbereitschaft und Tagesstruktur zu fördern und bieten ein begrenztes Gegengewicht zur sozialen Isolation und inneren Vereinsamung.

*Stationäre Rehabilitation und Behandlungsangebote* treffen auf ausgeprägte Ängstlichkeit: Versagensangst, soziale Ängste, tiefgreifende Bindungs- und Beziehungsstörungen, fehlende Zuversicht in die Entwicklung eigener Kompetenzen und einen tiefen Fatalismus angesichts der gescheitert erlebten Biografie. Ein Methadonentzug wird als völlig unrealistisch erlebt – Methadon bildet im Erleben dieser Patienten die unverzichtbare Basis eines ohnehin höchst fragilen psychischen Funktionierens.

Die Prognose bezüglich der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zur den Konditionen des allgemeinen Arbeitsmarktes ist eher negativ – insofern ist die Indikation zur medizinischen Rehabilitation fraglich.

Eine diese Patienten erreichende stationäre Behandlung müsste vorrangig stark unterstützende und Sicherheit vermittelnde Hilfestellungen und Interventionen anbieten, im Alltagsablauf Übergänge und Erprobungsmöglichkeiten zwischen Rückzug und Gruppenintegration erlauben und

sich zunächst auf die Überwindung von Versagensängsten und Vermeidungsverhalten konzentrieren.

#### **Verlaufstyp 4: Substitution als Überlebenshilfe und ärztlich geregelter Zugang zu einer Ersatzdroge bei Polytoxikomanie, starker Szenebindung und Dauerkrise**

##### *Charakteristika des Behandlungsverlaufs*

Überwiegend sehr hohe Dosierung mit dem Ziel einer spürbaren Sedierung. Oft Verstärkung der Methadonwirkung durch Alkoholkonsum unmittelbar nach der Medikamentenvergabe. Hochgradiger und abhängiger Beikonsum von Alkohol/Benzodiazepinen, Kokain/Crack oder Heroin/ i.v. Methadon konterkariert die stabilisierende Wirkung der Opiatsubstitution.

Die Methadonsubstitution wirkt als „Grundversorgung“ bei einem polytoxikomanen Konsummuster im Sinne einer Harm-Reduction: Reduktion des Beschaffungsdrucks durch kontrollierte Versorgung mit einem Opiat

Zu den positiven Wirkungen gehören der regelmäßige Kontakt und die „Bindung“ an das Hilfesystem bzw. eine Arztpraxis

Die Vergabeorganisation hat eine gewisse alltagsstrukturierende Wirkung

##### *Patienten-Charakteristika*

Hoher Anteil von Langzeit- und „Schwerstabhängigen“ in desolater Lebenssituation mit starker Szenebindung und Belastung durch Beschaffungskriminalität und Beschaffungsprostitution. Es besteht überwiegend sehr geringe Compliance – „Erreichbarkeit“ wird vorrangig über lebenspraktische Versorgung in Krisenzentren oder durch „nachgehende“ und aufsuchende Interventionen (Streetwork) des Hilfesystems erzielt.

##### *Besondere Risiken und Nebenwirkungen:*

Es ist zu vermuten, dass dieses Muster der Opiatsubstitution den Beikonsum von Alkohol/Benzodiazepinen oder Kokain/Crack häufig zusätzlich triggert und verfestigt. Allerdings entscheiden sich die Ärzte bei der Abwägung der Risiken meisten zur Fortsetzung der Substitution, um den erhebliche Gefährdungen durch Überdosierung oder durch Verschärfung der gesundheitlichen und sozialen Verelendung entgegenzuwirken.

##### *Psychosoziale Betreuung / therapeutische Interventionen / Rehabilitation*

Die Substitutionstherapie und die psychosoziale Betreuung zielen bei dieser Patientengruppe zunächst vorrangig auf die Herstellung von Haltekraft und Compliance in der medizinischen Behandlung der Sucht und ihrer Begleit- und Folgeerkrankungen.

Ein manualisiertes Motivationale Casemanagement „MOCA“ sowie ein strukturiertes Psychoedukationsprogramm wurden im Rahmen der deutschen Heroinstudie mit der Zielgruppe, allerdings unter privilegierten Betreuungsbedingungen, positiv evaluiert. Auch inzwischen positiv evaluierte Konsumkontrollprogramme wie „KISS“ haben unterstützende Wirkung bei der Reduktion des Suchtmittelkonsums.

Für einen Großteil der hier skizzierten Patientengruppe besteht eine Indikation zur diamorphingestützten Behandlung, die bisher jedoch nur in einigen Großstädten durchgeführt wird.

Stationäre Maßnahmen: Wiederholte Teilentgiftungen in Entgiftungsstationen sowie substitutionsgestützte stationäre Kriseninterventionen in Übergangseinrichtungen bewirken



zeitlich begrenzte Stabilisierungen und werden von vielen Patienten durchaus mit einer gewissen Regelmäßigkeit als „stationäre Intervalle“ genutzt.

Ein Teil der Klientel wird nach Inhaftierung – oder unter Zurückstellung von Haftstrafen – mit juristischen Auflagen in stationäre Rehabilitation vermittelt. Unter dem Regelwerk einer zeitlich begrenzten „Therapeutischen Gemeinschaft“ ist die Prognose für die reguläre Beendigung der stationären Entwöhnung nicht schlechter als bei „freiwilligen Therapiebeginn“.

Alternative Modelle zur Weiterentwicklung der Hilfestellungen für die hochgradig belasteten „Therapieversager“ werden durchgeführt als ambulant-stationäre Behandlungsintervalle zum Beigebrauchsentzug unter Aufrechterhaltung der Substitution, stationäre Krisenintervention in Übergangseinrichtungen bis hin zu Betreutem Wohnen unter Akzeptanz eines für den Betrieb der Einrichtungen verträglichen Suchtmittelkonsums.

## **Methadon als Basismedikation bei Opiatabhängigkeit und Psychiatrischer Comorbidität**

Die Substitution bei Psychiatrischer Comorbidität ist nicht als eigener Verlaufstyp zu beschreiben – alle skizzierten Verlaufstypen der Opiatsubstitution können wesentlich geprägt sein von den Symptomen und psychischen Belastungen der suchtasoziierten psychiatrischen Grund- oder Begleiterkrankungen: u.a. schwere Beeinträchtigungen des Selbstwertempfindens, soziale Isolation, schwere Beziehungsstörungen, schwere Störungen im Leistungsverhalten, Impulskontrollstörungen, Ängste, Depressionen, Zwänge und Somatisierungen.

Häufig lässt sich der „Beikonsum“ von Opiaten und Benzodiazepinen, das Aufdosieren von Methadon als dysfunktionale und selbstzerstörerische Selbstmedikation zur Bewältigung der comorbiden Symptomatik erklären. Auch die Substitutionsmedikation selbst wird häufig als Medikation zur Linderung des Leidens und zum Ertragen der psychischen Belastungen erlebt. Patienten beschreiben ihre Wirkung dann als Sedierung, „Coolen“, als Hilfe zum Ordnen und Regulieren von Gedankenflut, Grübelzwängen und Dämpfung bei Empfindungen von Leere und Verzweiflung. Diese Wirkung der Substitutionsmedikation wird häufig verstärkt durch Beikonsum von Benzodiazepinen, Heroin, Alkohol, auch zusätzlich beschafften und „wild“ dosierten Psychopharmaka wie Seroquel oder durch Aufdosieren von oral oder i.v. appliziertem Methadon.

Die Substitutionstherapie bildet hier eine Basis für psychiatrische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Interventionen. Sofern der Beikonsum psychoaktiver Substanzen nicht schematisch als „unerlaubter Beikonsum“ bekämpft und bestraft, sondern in seiner Funktionalität exploriert und verstehend „bearbeitet“ wird, kann oft auch bei Patienten mit erheblichem „Beikonsum“ die Compliance für ambulante und stationäre Behandlungsstrategien erzielt werden.

### **Psychiatrische Behandlung - Psychotherapie – Rehabilitation**

Zu den Voraussetzungen gehört eine qualifizierte psychiatrische Diagnostik und Medikation unter Berücksichtigung von Suchtproblematik und Substitution sowie eine Öffnung des psychiatrischen Versorgungssystems für Suchtpatienten mit Doppeldiagnosen.

Substituierte Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörungen können durchaus in die Netzwerke der dialektisch-behavioralen Borderline-Therapie integriert werden. Jellinek in Amsterdam hat dafür bereits in den 1990er Jahren praxistaugliche Modelle entwickelt.

Für Substituierte mit Traumabelastung führt die Asklepios Klinik Göttingen (Chefärztin Dr. Luedecke) erfolgreiche stationäre traumatherapeutische Intervallbehandlungen mit substituierten PatientInnen durch.

Elemente der dialektisch-behavioralen Therapie, z.B. das SkillsTraining, werden zunehmend in Fachkliniken der Suchtrehabilitation eingeführt, wo bereits seit vielen Jahren spezifische Behandlungsprogramme für Abhängige mit Doppeldiagnose vorgehalten werden. Irritierend und nicht nachvollziehbar allerdings, dass viele dieser spezialisierten suchtherapeutisch-psychiatrischen Konzepte keine Fortführung der Substitution zulassen, während gleichzeitig hochpotente und im Wirkungsspektrum verwandte sedierende oder die Schwingungsfähigkeit reduzierende Psychopharmaka eingesetzt werden.

Die Ausgrenzung der Substitution kann hier nicht psychiatrisch begründet sein – sie ist nur noch als Ausfluss eines angesichts der vorliegenden psychischen Erkrankungen und Belastungen irrationalen und überfordernden Abstinenzparadigmas begreifbar.

Frankfurt, 3.11.2011