



Gehört die Sucht in die
psychiatrische
Krankheitslehre?

M.Krausz, Vancouver



Suchtmedizin

Psychiatrie

Zwei Identitätskrisen

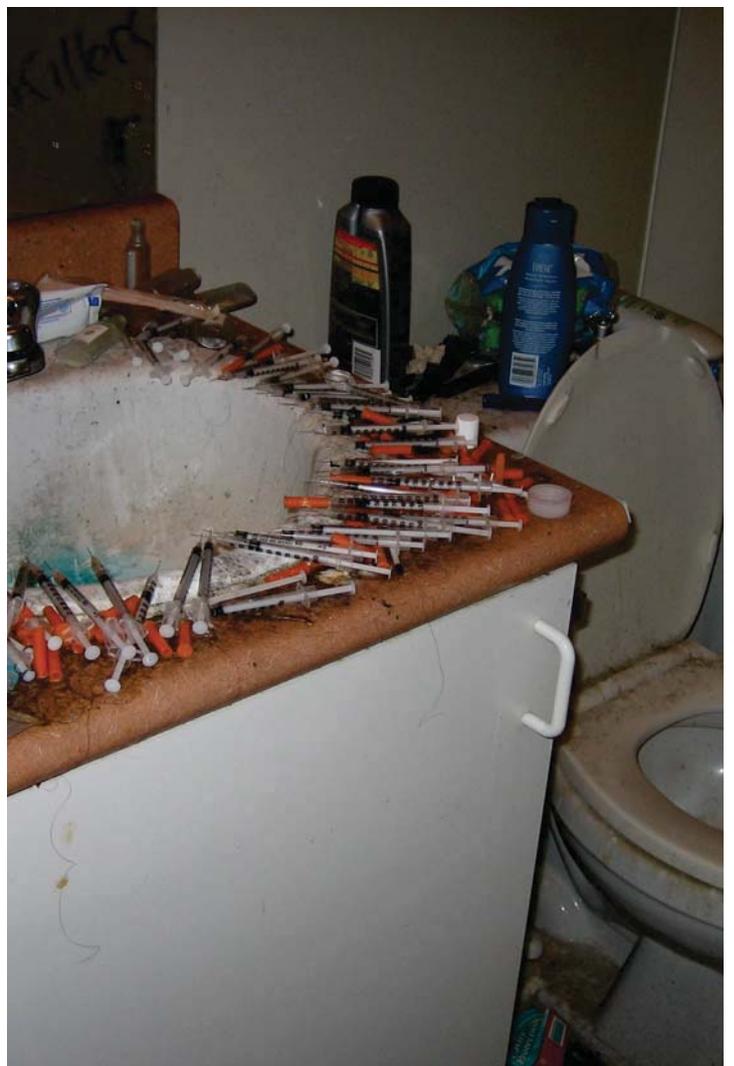
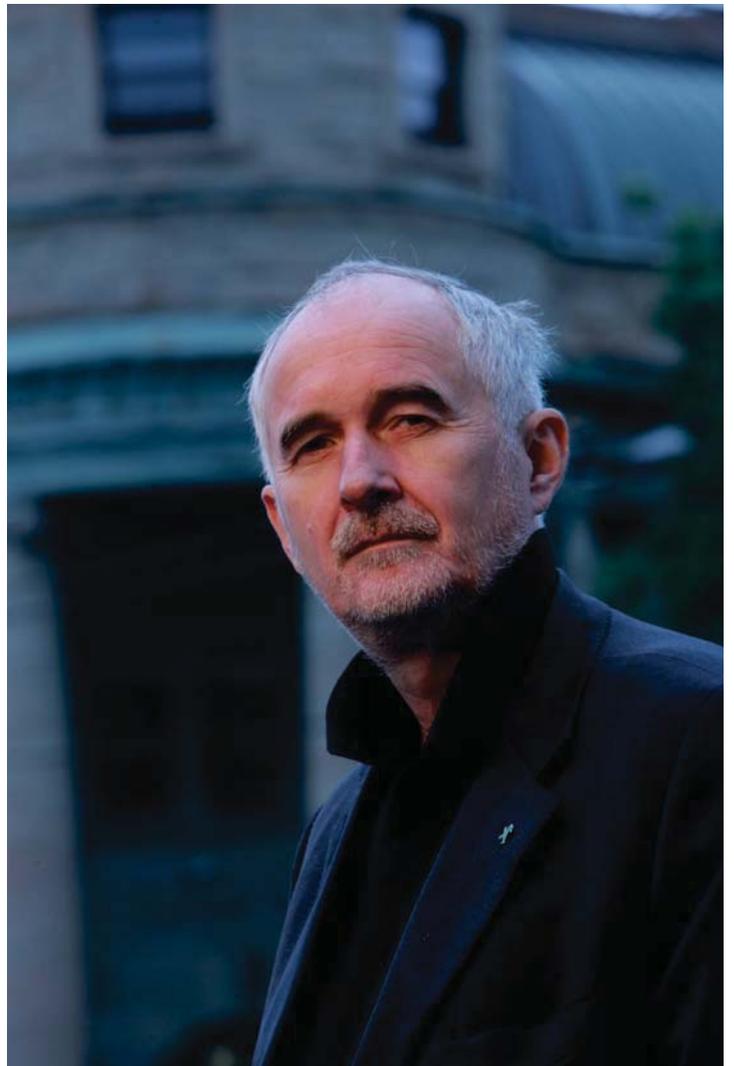


Vorstellung: R. Michael Krausz

Leadership Chair for
Addiction Research
Professor of Psychiatry
& the School of
Population and Public
Health
at the University of
British Columbia (UBC)

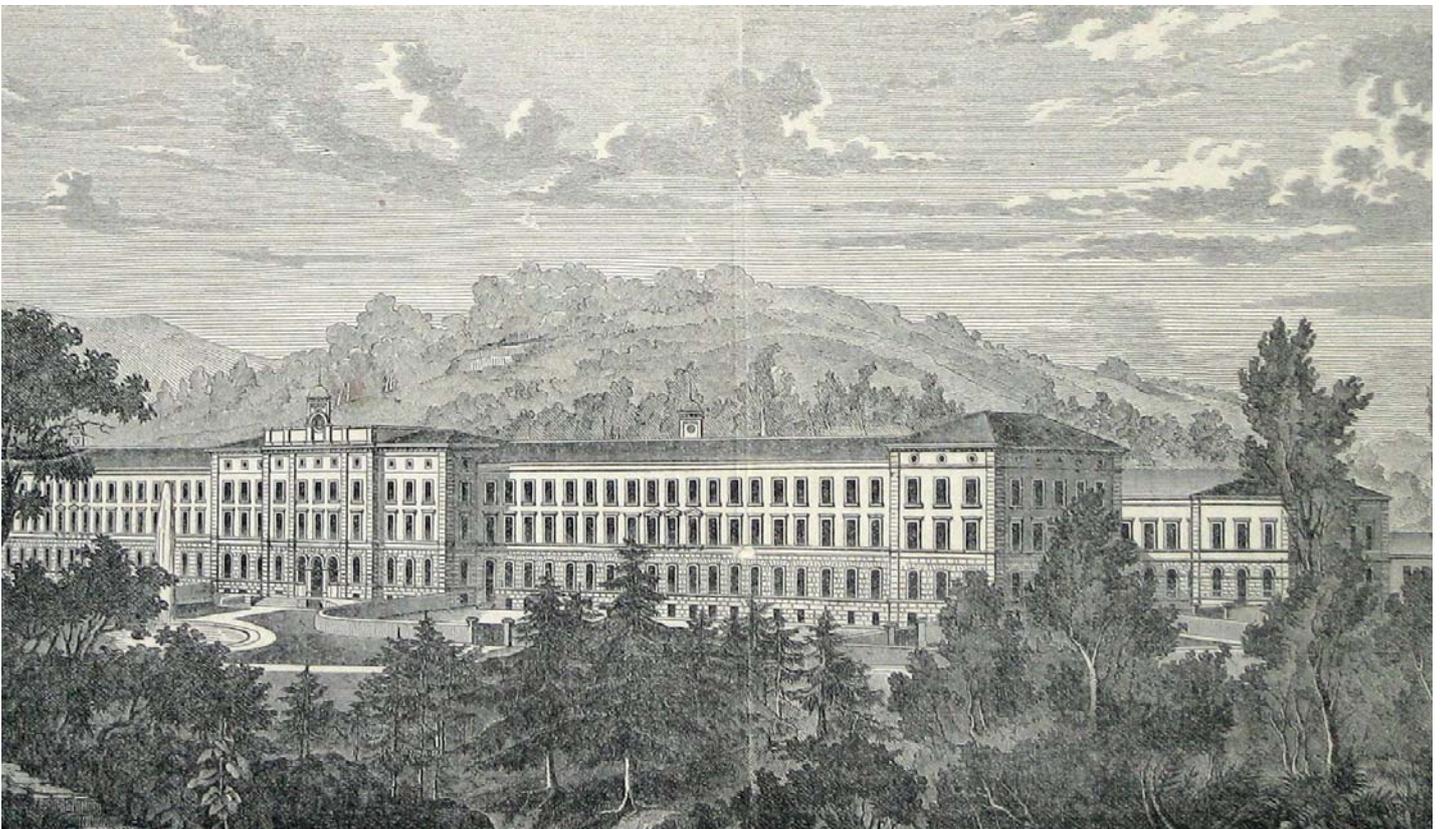
Interpretationen zum Thema

- Die Sucht als
psychiatrischer
Sündenfall
- Medikation und
Selbstmedikation
Substanzgebrauch als
psychiatrische Realität
- Von der Identitätskrisen,
der **Nützlichkeit** und
dem **Aussterben**





Ein bisschen
Geschichte vorweg



Burghoelzli, Zuerich

Eugen Bleuler 1911

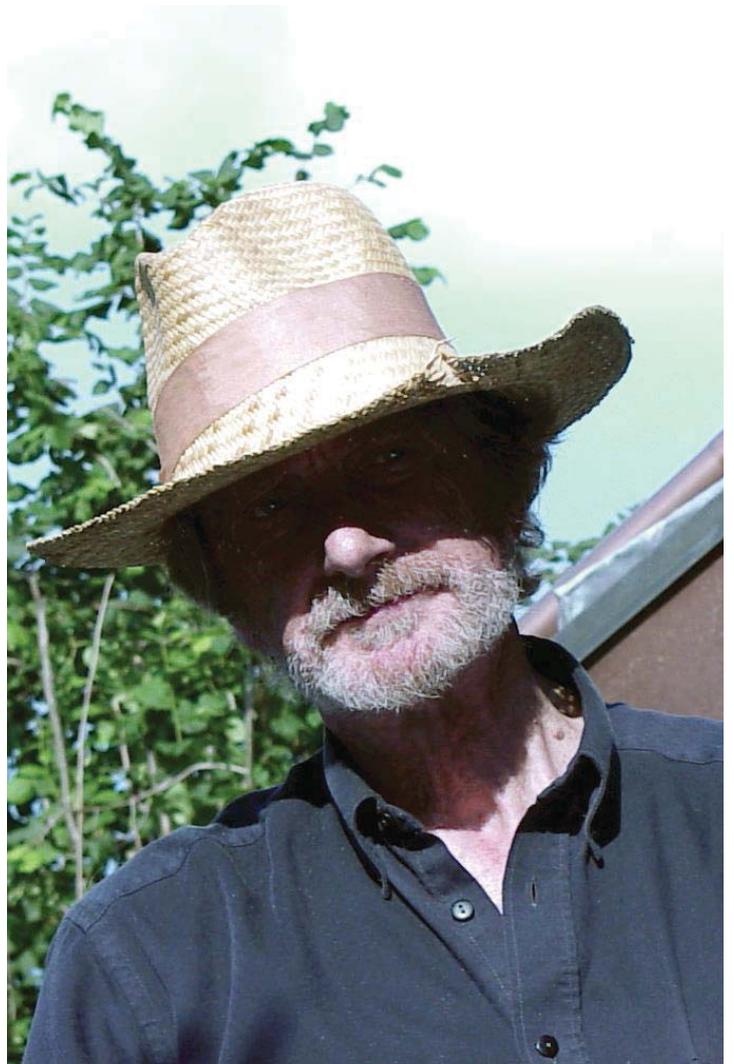
- „Der haltlose Schizophrene wird leicht Trinker. Nur 10% unserer Alkoholiker sind zugleich Schizophrene... In diesen Fällen ist der Alkoholismus wohl als Symptom der Schizophrenie aufzufassen.“

(Eugen Bleuler: Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien, 1911)



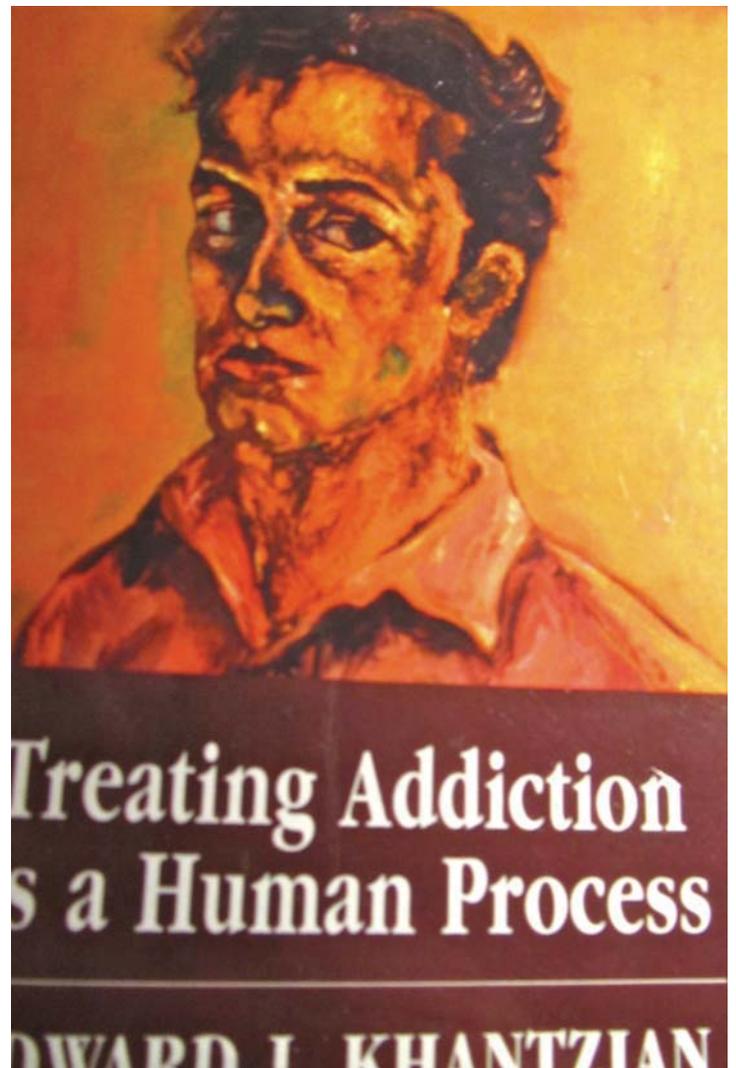
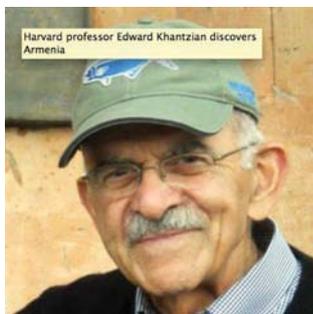
A.Uchtenhagen

- Psychiater, Psychotherapeut, Philosoph und Künstler
- Oberarzt unter M.Bleuler
- Lehrstuhl fuer Sozialpsychiatrie
- Gründungsdirektor des Instituts fuer Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF)
- Pionier des Paradigmenwechsels in der Suchttherapie in der Schweiz



Ed Khantzian

- Psychiater und Psychoanalytiker aus Harvard/Boston
- der mit der ersten Formulierung der Selbstmedikations - hypothese der Modelldiskussion zu den psychischen Ursachen des Substanzkonsums einen Schub gegeben hat



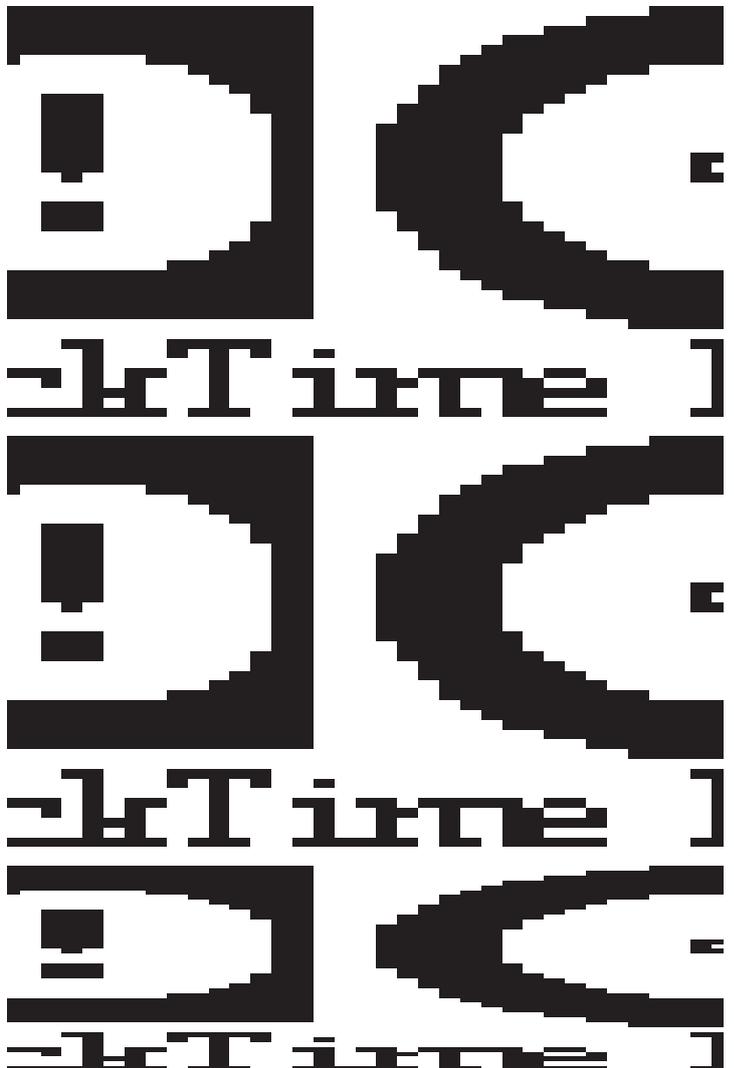
Der psychiatrische
Sündenfall

Impulsgeber und oder Bremser?!

- Trotz der gespannten Beziehung von Suchtmedizin und Psychiatrie, Suchtkrankenversorgung und Psychiatrie haben Psychiater und Psychotherapeuten immer wieder **eine wichtige Rolle** gespielt in und fuer die Weiterentwicklung gespielt
- In der **Substitution**, der Psychotherapie der Sucht waren sie an vielen **Innovationen** beteiligt
- Wenn das auch nicht zu einer Veränderung des Verhältnisses von Psychiatrie und Suchttherapie geführt hat

Eckpunkte eines gestörten Verhältnisses

- **Professionelles Stigma**
Patienten mit einem schädlichem Konsum werden oft schlechter behandelt. Abstinenz wird als Voraussetzung verlangt. Psychotherapie ist eine Ausnahme
- **Substitution**
Psychiater beteiligen sich kaum an der Substitution Opiatabhängiger
- **Suchtforschung**
gibt es nach wie vor wenig an den Universitäten
- **Behandlungsqualität**
im Suchtbereich ist eine der schlechtesten in der Medizin (US Institute of Health)
- **Integration**
zwischen Psychiatrie und Suchtkranken -
versorgung ist unterentwickelt

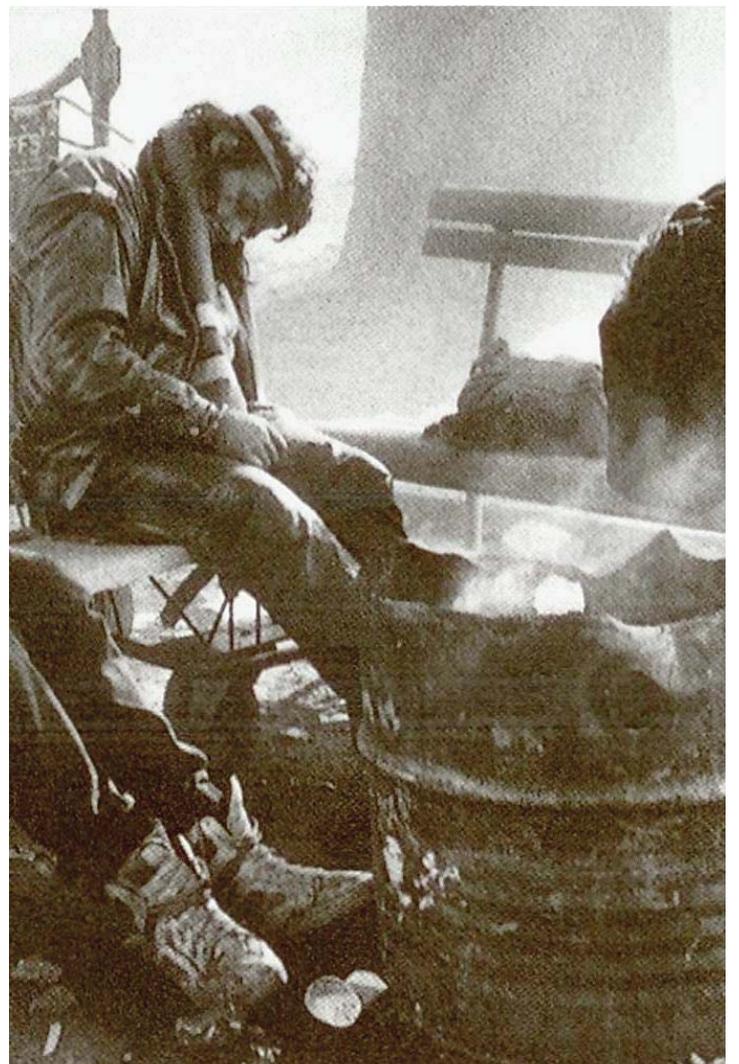




Auf Abstand - Die Angst vor der Sucht?

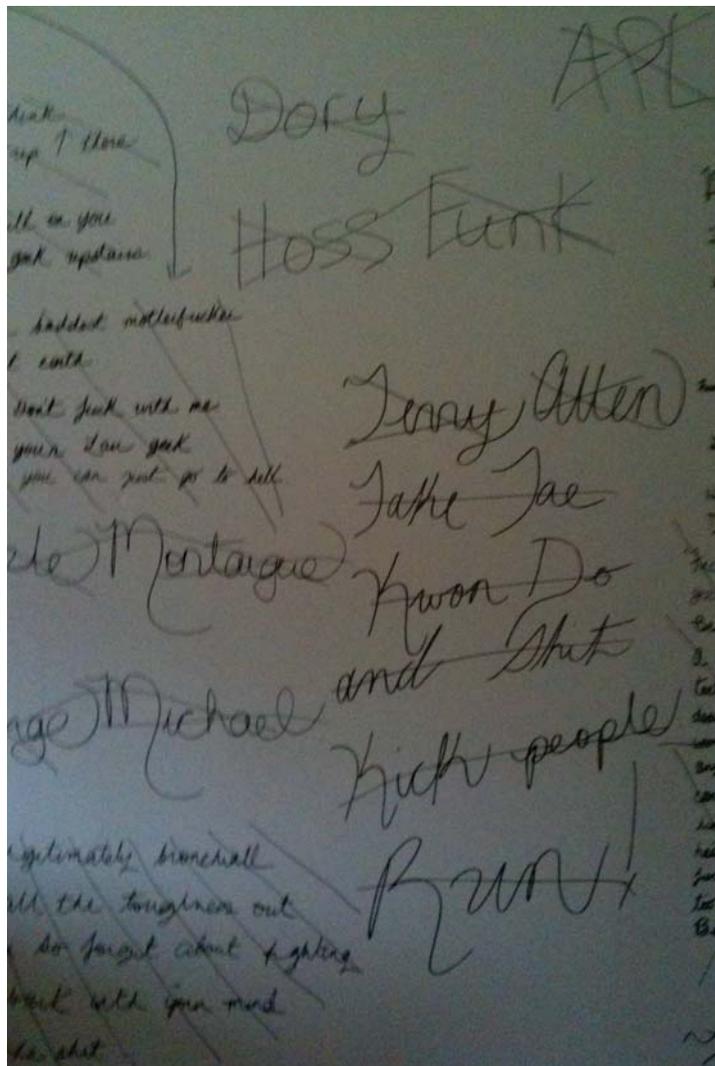
Jenseits der akademischen Prioritäten

- Gemessen an der “burden of disease” wird die Suchtforschung kaum gefördert, die Situation hat sich **nur wenig verbessert** in den letzten 20 Jahren)
- Im deutschsprachigen Raum gibt es nur wenige universitäre Abteilungen und Lehrstühle (ZI Mannheim) und international kompetitive Abteilungen
- 80% der weltweiten Forschungsförderung wird in den USA ausgegeben (NIAAA, NIDA etc.)

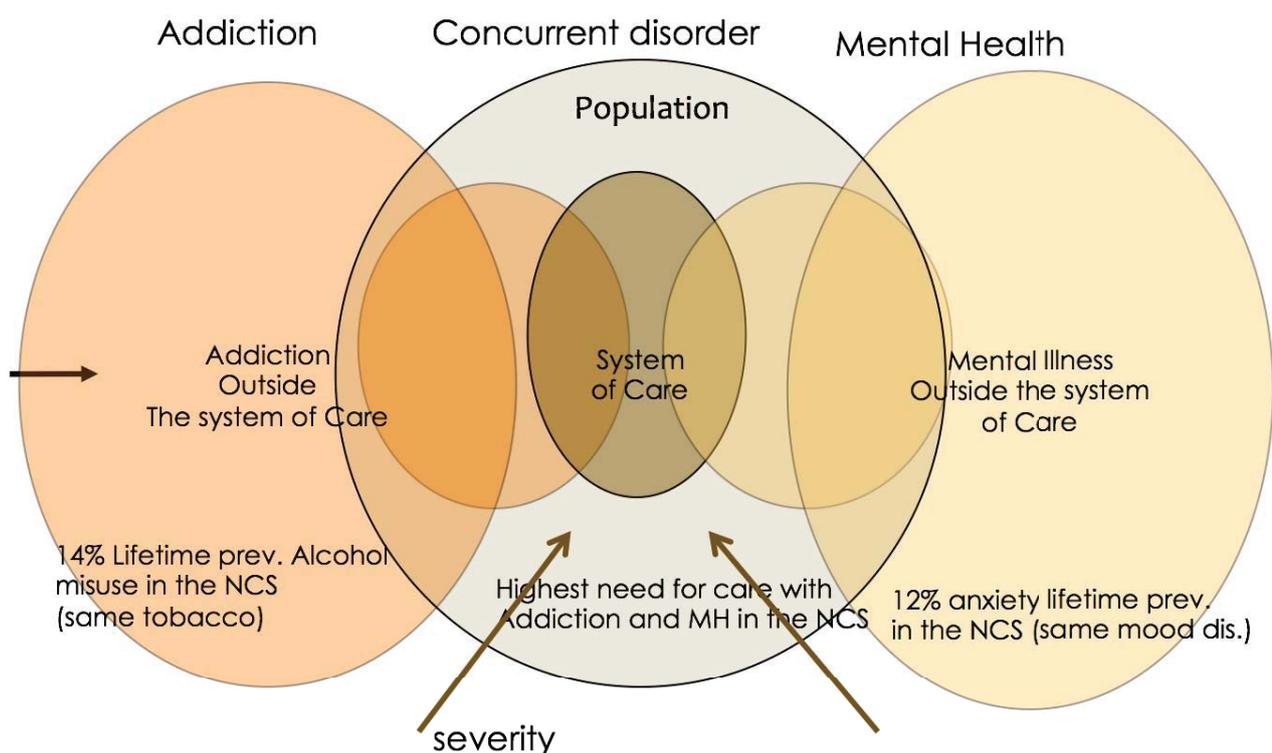


Ignoranz klinischer Realitäten

- Je grösser die Akuität psychiatrischer Störungsbilder oder je schwerwiegender der Substanzkonsum, umso wahrscheinlicher die Koinzidenz
- Der NCS in den USA hat den Zusammenhang zwischen Behandlungsbedürftigkeit und Komorbidität belegt
- Die Relevanz für Therapiekonzepte jeder Art ist bewiesen



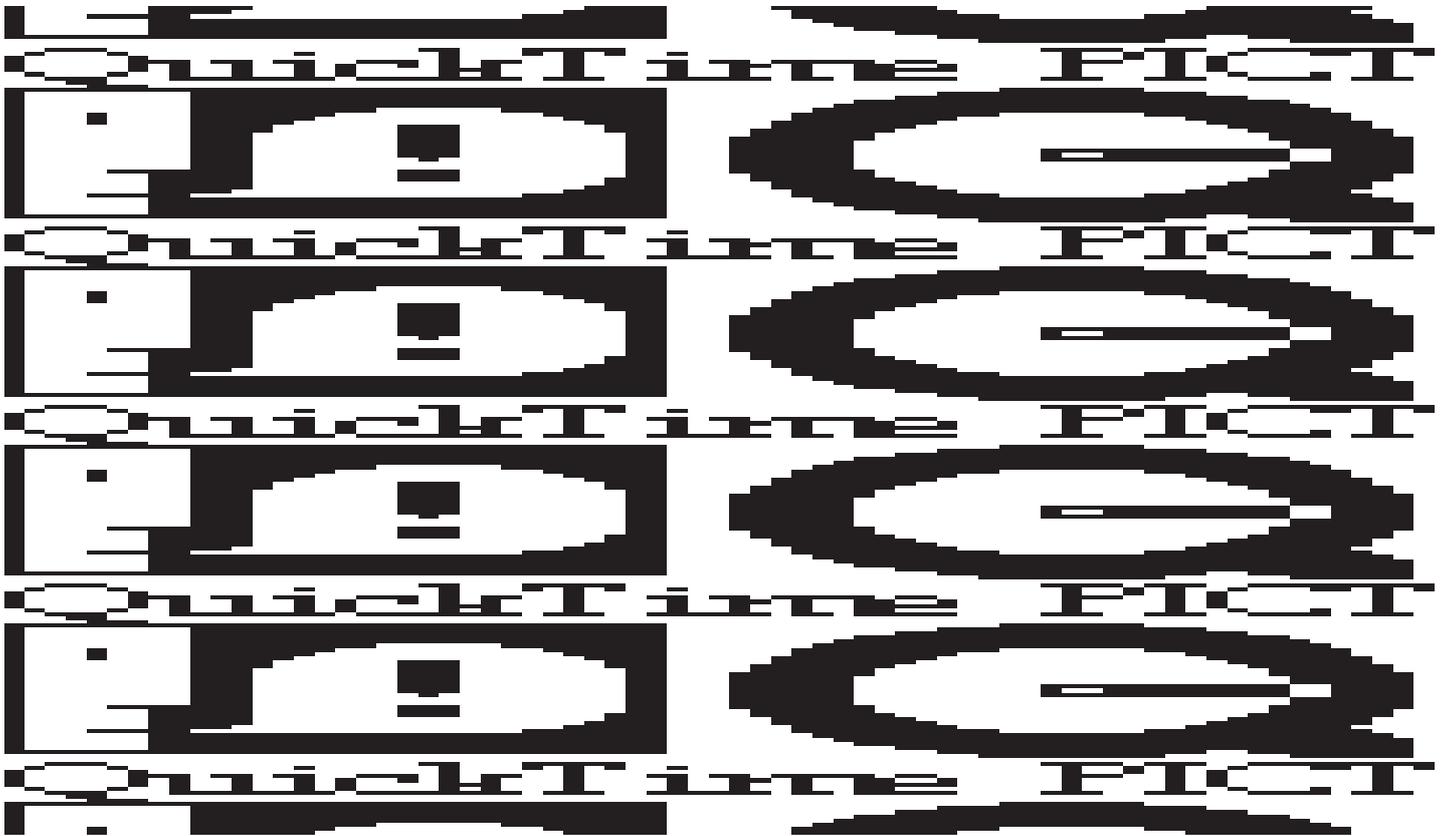
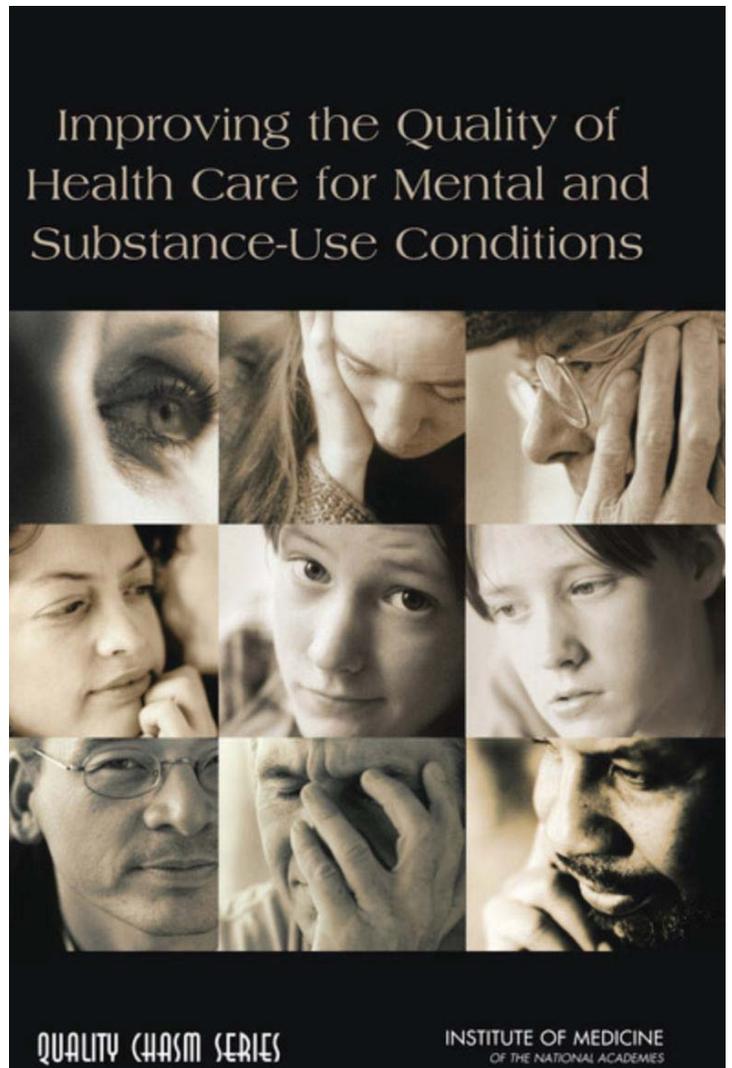
Severe addiction and Mental Illness (SAMI) Based on Population and in the System of Care



(Fast) Getrennte Versorgungssysteme

- “ Millions of Americans today receive health care for mental or substance-use problems and illnesses. These conditions are the leading cause of combined disability and death among women and the second highest among men.
- Effective treatments exist and continually improve. However, as with general health care, deficiencies in care delivery prevent many from receiving appropriate treatments. That situation has serious consequences —...”

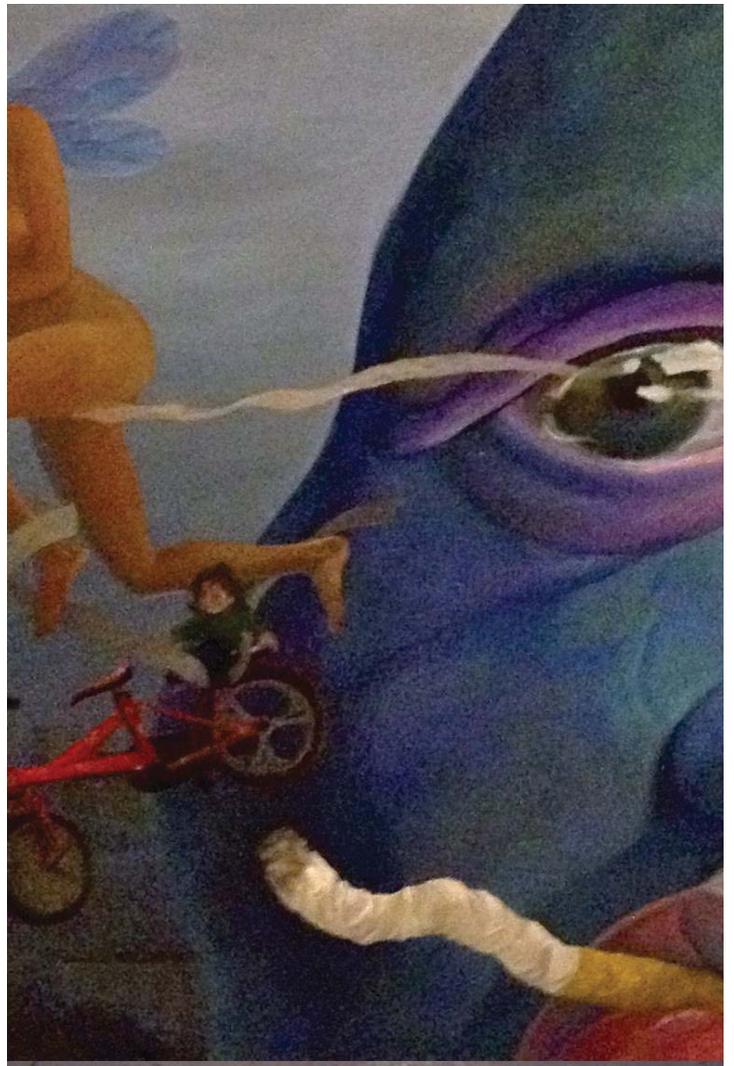
Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions 2006



Medikation und
Selbstmedikation

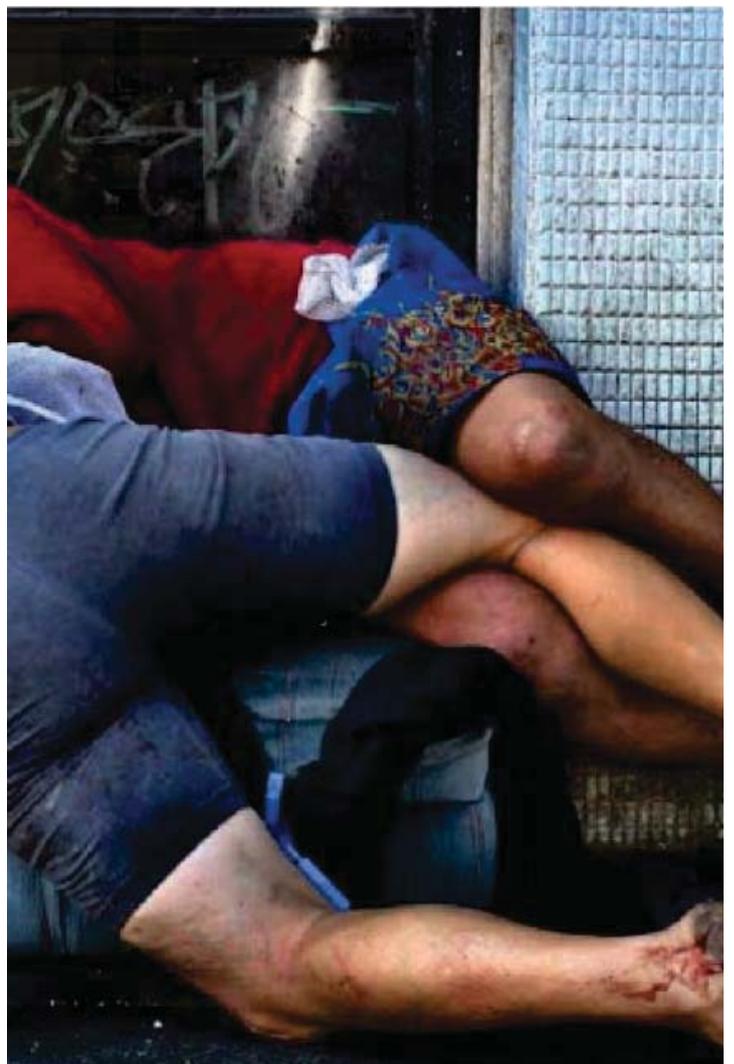
Die Selbstmedikations Hypothese

- Die Koinzidenz von psychischen Störungen und dem vermehrten Konsum psychotroper Substanzen legt nahe, dass sich die Betroffenen gezielt Erleichterung verschaffen wollen.
- Mehrere Studien haben diese Zusammenhänge untersucht und belegt, zuerst Khantzian in den Achtzigern.



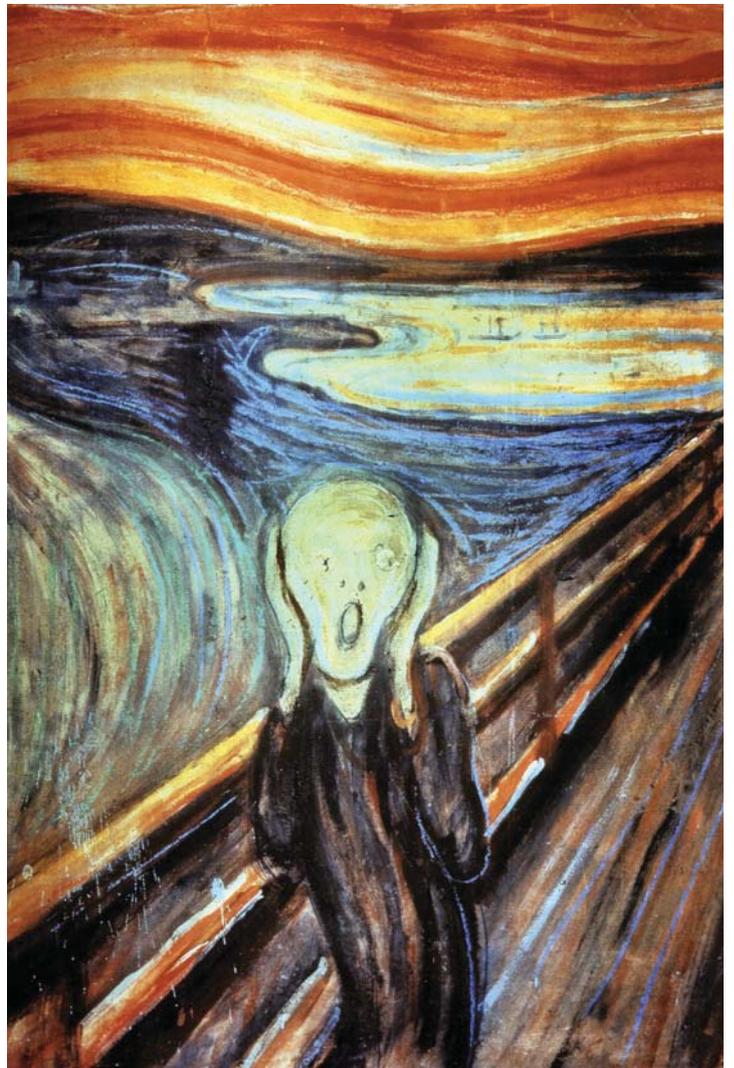
Trauma und Substanzkonsum

- 2/3 der Drogenkonsumenten in der NAOMI Stichprobe hatten die Erfahrung von frühkindlichem Trauma
- 2/3 der Wohnungslosen in der "Health of the Homeless" Stichprobe hatten die Erfahrung von frühkindlichem Trauma
- "Adverse Childhood Events - ACE" sind die besten Prädiktoren fuer Sucht



Suizid und Sucht

- Suizid auf Raten - eine alte Interpretation von Sucht
- Suizide bei Adoleszenten
- Dieselbe Bedeutung fuer den Suizid, wie depressive Stoerungen
- Zentrale Bedeutung für die Behandlung

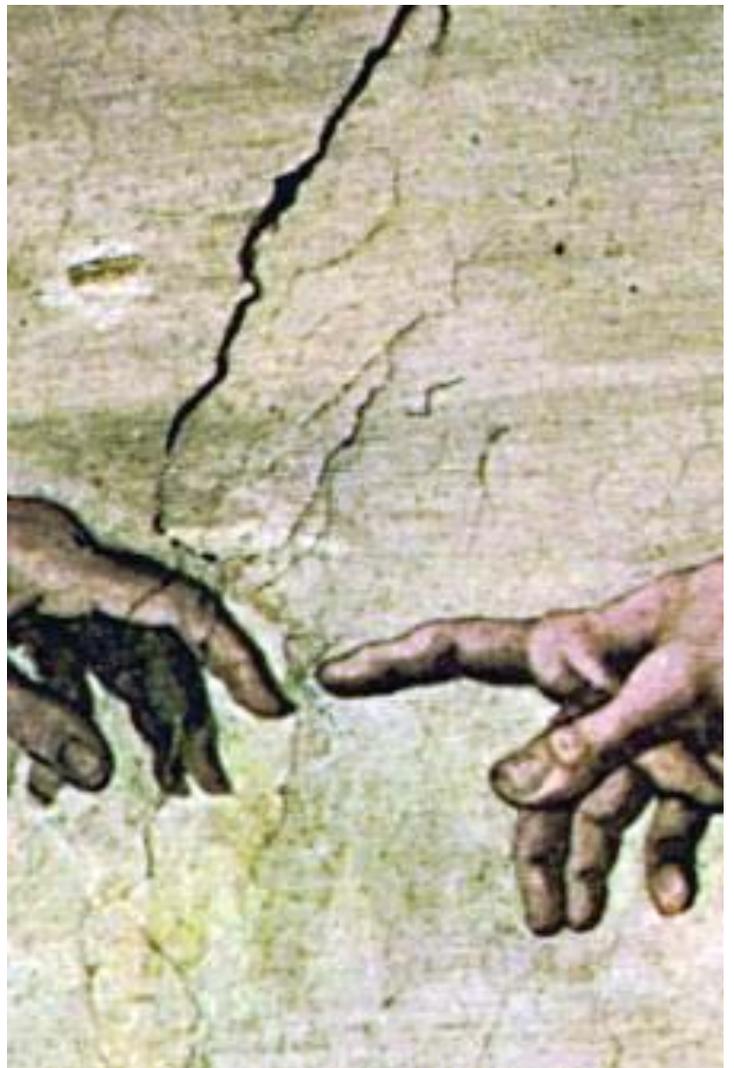


Nützlich oder
ohne Zukunft???

die Psychiatrie in der Medizin

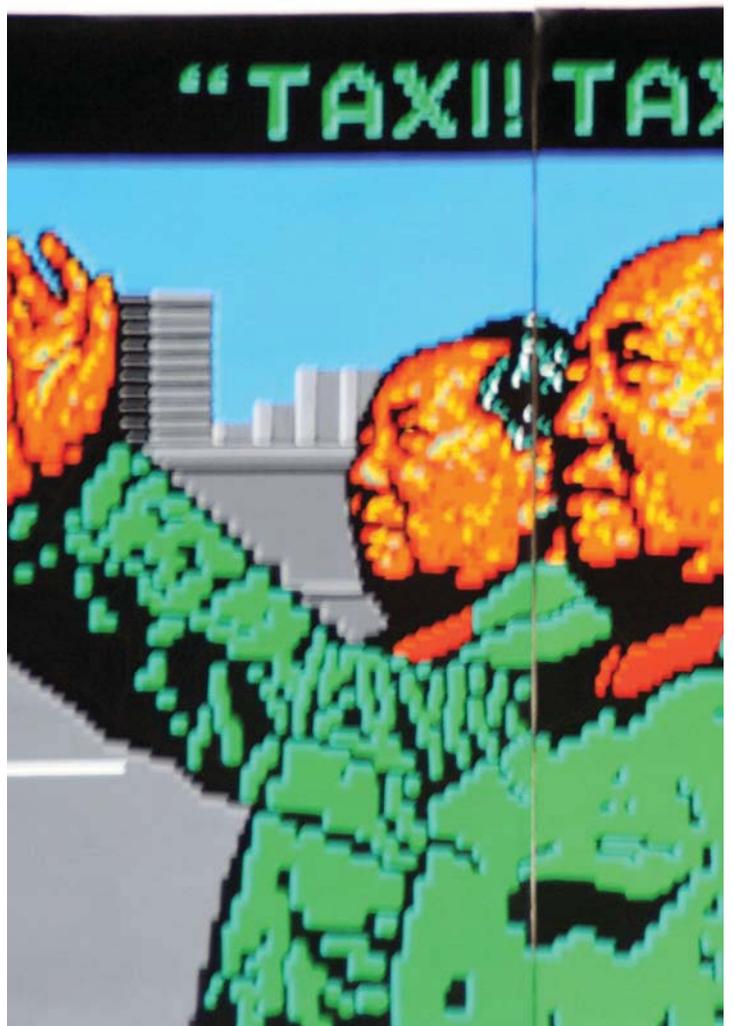
Vorraussetzungen für Nützlichkeit

- Klinisch angemessene Integration der Substitution Suchtbehandlung, Entgiftung etc. in die psychiatrische **Ausbildung**
- Anpassung der **Forschung** und Therapieansätze an die klinische Realität der überwiegenden Koinzidenz von Trauma, psychischen Störungen und Sucht
- Organisation der Versorgung entlang von einheitlichen **Behandlungspfaden**



voraussetzungen um überflüssig zu sein

- **Fortsetzung** der aktuellen Aufspaltung von Strukturen und Versorgungsansätzen
- Umfassende **Inkompetenz** der psychiatrischen Fachkräfte in der Behandlung von Sucht in den verschiedenen Dimensionen Entzug, Entwöhnung, Psychotherapie etc.
- Ignorieren der klinischen **Epidemiologie** überwiegender Komorbidität
- Kein aktiver Anteil der Psychiatrie an der Versorgung



Sucht und Psychiatrie?

- Integration von Sucht in die “**Krankheitslehre**” notwendige aber nicht ausreichende Voraussetzung moderner Psychiatrie
- Integration von Sucht in die “**Modellbildung**” notwendige aber nicht ausreichende Voraussetzung moderner Psychiatrie
- Der akute Regelpatient ist “komorbide” - die Integration des **Versorgungsansatzes** und der Interventionen ist die Kernfrage
- Die Entwicklung effektiver, integrativer **Behandlungsansätze** ist notwendig



Die Frage umgekehrt?

- Macht eine Psychiatrie, die sich an ihren Patienten und deren Bedürfnissen orientiert ohne Angebot an die Suchtkranken überhaupt irgendeinen Sinn?





eine interessante
Frage?!