

# Nachteile grösser als Vorteile

Autor(en): **Manz, Andreas**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Die Kette : Schweizerisches Magazin für Drogenfragen**

Band (Jahr): **14 (1987)**

Heft 1

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-799812>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

die auf eine Droge nicht verzichten wollen oder können, sondern an die Stelle des Begriffes von Heilung oder Stabilisierung ist das Konzept der Bewältigung einer Krankheit getreten. Wie bei allen chronischen Krankheiten ist das Umgehen-Lernen mit der Krankheit innerhalb eines sozialen Umfeldes in seiner Bedeutung erkannt worden. Diese Entwicklungen innerhalb der psychosozialen Medizin führen gegenüber der Sucht zu einer klaren Haltung, dass Substitutionsbehandlungen durchgeführt werden müssen und entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen notwendig sind, um den entsprechenden Bedürfnissen Rechnung zu tragen.

### **Eine Alternative zu drogenfreien therapeutischen Angeboten.**

Die Einführung von Methadon-Behandlungen erwuchs aus dem Entscheid, Opiat-abhängige anzusprechen, die entweder nicht mehr in der Lage sind, drogenfreie Behandlungen fortzusetzen oder solche zu erreichen, die aufgrund ihrer Lebensgeschichte und/oder institutioneller Erfahrungen nicht in der Lage sind, drogenfreie therapeutische Angebote wahrzunehmen. Mit diesem Entscheid liess sich unsere grundsätzliche Haltung, Methadon-Behandlungen als Behandlung zweiter Priorität zu werten, vereinbaren. Dieser Entscheid, Methadon-Behandlungen durchzuführen, bedeutete nicht nur Abgabe von Methadon, sondern Einhalten bestimmter Rahmenbedingungen (Bewilligungspflicht, Indikationskriterien, Abgabemodalitäten, psychosoziale Begleitbetreuung). Derartige Rahmenbedingungen schaffen bezüglich der Methadon-Behandlungspraxis eine Struktur, in dem sich der Methadon-Patient und seine Betreuer nach gegebenen Regeln bewegen.

### **Methadon: mehr Kontinuität in der therapeutischen Arbeit**

Wenn wir von einer Wechselwirkung von Psychotherapie und Pharmakotherapie ausgingen, bedeutet Methadon-Abgabe nicht pharmakologische Lösung einer vielschichtigen Lebensproblematik. Methadon bedeutet psychologische Sicherheit gegenüber dem Stress der Beschaffungskriminalität und dem Sog der Drogenszene. Die Distanz gegenüber Dealern und anderen Drogenbenützern stellt umgekehrt physische und psychische Energien frei. Das bedeutet die Chance, etwas Neues aufzubauen. Arbeitsfähigkeit und materieller Verdienst, Zufriedenheit in der Beziehung mit dem Partner und der Familie, sind wichtige Verstärker in Richtung einer selbstverantwortlichen Lebensführung. Für die Beziehung zum Betreuer bedeutet die Distanz gegenüber der Droge die Chance der grösseren Kontinuität der therapeutischen Arbeit. Dieses bedeutet für den Betreuer selbst einerseits manches Positive, andererseits aber auch ein stärkeres Umdenken in Richtung einer notwendigen Begleitung über sehr lange Zeiträume. So erfreulich der Klient anfänglich über Veränderungen in Bereichen wie Drogen, Ar-

beit, Partner- und Familienkontakte berichten kann, so sehr benötigen persönliche Entwicklungen lange Zeiträume und gehen nur in sehr kleinen Schritten vor sich. Dies erklärt, dass häufig erst nach Jahren eine psychosoziale Stabilisierung soweit stattgefunden hat, dass sich eine Fortführung der Methadon-Behandlung erübrigt.

### **Wegen AIDS-Problematik mehr Substitutionsbehandlungen in naher Zukunft**

Substitutionsbehandlungen in Basel erfolgen einerseits durch ein Team von Psychiatriepersonal und einem Arzt innerhalb eines spezialisierten Dienstes der PUK und einer Anzahl praktizierender Ärzte,

an die Patienten delegiert werden, indem Methadon abgegeben wird und einem Behandlungsprogramm der Psychiatrischen Universitäts-Poliklinik, das die Abgabe von Dicodeid-Tabletten beinhaltet. Es ist zu erwarten, dass insbesondere im Hinblick auf die zunehmende AIDS-Problematik die Anzahl von Substitutionsbehandlungen in den nächsten Monaten und Jahren zunehmen wird. Wichtig scheint, dass derartige Behandlungen dokumentiert und ausgewertet werden, um bezüglich der Indikation, bezüglich der therapeutischen Arbeit und bezüglich des Stellenwertes von Substitutionsbehandlungen überhaupt, nicht nur Meinungen, sondern Fakten zur Diskussion gestellt werden.

Prof. Dr. D. Ladewig

# Nachteile grösser als Vorteile

**Dr. med. Andreas Manz**  
ist Psychiater und hat zwei Jahre am  
Aufbau der Cikade mitgearbeitet.

## **Therapeutische Aspekte**

Substitutionsbehandlungen wurden vorerst aus therapeutischer Perspektive heraus entwickelt. Diese Argumentationsebene beherrschte denn auch lange die Diskussion. Ich persönlich bin sehr skeptisch darüber, ob Substitutionsprogramme tatsächlich einen wertvollen therapeutischen Beitrag bei Drogenabhängigkeit leisten. Die katamnesticen Untersuchungen sind mir sehr wohl bekannt. Die "Therapieerfolge" sind vielfältig dokumentiert. Eine Frage bleibt aber offen: sind die betreffenden Personen wegen oder trotz Substitution stabiler geworden. Die Frage ist in dieser Verallgemeinerung natürlich nicht zu beantworten, sie ist auch viel zu provokativ formuliert. Aus psychodynamischen und aus praktischen Gründen nähren sich aber meine grossen Zweifel an der therapeutischen Nützlichkeit dieser Programme.

## **Psychodynamische Gesichtspunkte**

Suchtkranke haben neben einigen Ähnlichkeiten der psychischen Abwehrstrategie, resp. der Neutralisierung von Triebspannungen ganz verschiedene psychopathologische Merkmale. Die einen haben eine relativ stabile neurotische Struktur, bei anderen ist die narzistische Störung ausgeprägter oder ist die Psyche auf Borderline-Niveau organisiert. Es kommen selbst psychotische Strukturen vor. Metha-

don-Programme rechtfertigen sich häufig damit, dass sie eine andere Gruppe von Süchtigen ansprechen als drogenfreie Programme. Damit wird meistens gemeint, dass denjenigen Süchtigen, die "zu schwach" sind, um auf ein drogenfreies Programm eingehen zu können, eine andere therapeutische Hilfe geboten werden soll. Die Zielklientel wäre also vornehmlich bei schwerer gestörten Süchtigen zu suchen. Meine Erfahrung hat mich gelehrt, dass zu Beginn eines therapeutischen Kontaktes mit dieser Gruppe von Süchtigen vor allem eine Abwehrform zentrale Bedeutung hat und auch therapeutisch zu nutzen ist: Die Identifikation mit dem Aggressor. Diese Abwehrform ist aber nur dann therapeutisch nutzbar, wenn die Person, welche als "Aggressor" in Erscheinung tritt, auch idealisierbar ist. In drogenfreien Programmen wird diese Kombination von der Struktur her gegeben: Vom Süchtigen wird etwas verlangt (die Abstinenz), was er mit dem einen Teil seiner Persönlichkeit ablehnt und mit dem anderen Teil seiner Persönlichkeit ersehnt, resp. idealisiert. Ein Methadon-Programm kann diese therapeutische Grundlage einer persönlichen Auseinandersetzung nicht nutzen, weil eine Spaltung zwischen Suchtmittel-einnahme (resp. Suchtmittel-abgabe) und Psychotherapie eingebaut ist. Das Konzept der Therapiepolarisierung (GMUER) stützt tendentiell eher die Suchtstruktur als solche, fördert, was bereits stabil vorhanden ist. Der Therapeut wird innerlich vom Süchtigen entwertet, so wie dieser sich selber als Abhängiger verachtet. Besonders schwer gestörte Persönlichkeiten ertragen meiner Ansicht nach auf die Dauer diese Spaltung nicht und agieren weiter in pathologischer Weise ih-

re Suchtstruktur aus. Ein Mittel, auf psychotherapeutischer Grundlage dem Klienten langsam mehr Kohärenz zu ermöglichen, wird durch die Spaltung im Substitutions-Programm behindert. Gerade für schwerer gestörte Süchtige ist eine klare und einheitliche Position unabdingbar, die suchtfreien Programmen, mindestens prinzipiell, innewohnt. Ich behaupte, dass vor allem relativ stabile neurotische Persönlichkeitsstrukturen von einem Substitutions-Programm profitieren. Diese Klientel stellt sowohl für Methadon-Programme als auch für drogenfreie Programme den Grossteil der erfolgreichen Absolventen dar. Vergrößert möchte ich behaupten, dass Süchtige trotz der Erschwernisse, die ihnen ein Substitutions-Programm auf psychodynamischer Ebene entgegenstellt, durch ein solches gesund werden können. Ich möchte aber sehr anzweifeln, ob es gerade die schwach-strukturierten Süchtigen sind, die von solchen Programmen profitieren. Meines Wissens ist bislang keine Arbeit erschienen, welche beweisen würde, dass die erfolgreichen Absolventen von Methadon-Programmen und von drogenfreien Programmen wirklich unterschiedlichen Gruppen zuzuordnen wären. Es ist mir nur eine Arbeit bekannt geworden, welche diese Frage am Rande berührt. (TEXTOR). Das Ergebnis, erhoben an nur 14 Klienten, dokumentiert eher die entgegengesetzte Aussage: Diejenigen, welche eine einigermaßen intakte Ich-Struktur haben, die bei der ersten Untersuchung als relativ psychisch gesund und mit guter Prognose erfasst wurden, konnten das Methadon-Programm nutzen. Das sind sicher auch jene Süchtigen, welche von allen therapeutischen Interventionen profitieren würden, oder welche ihnen zum Trotz "gesund" werden. Die erwähnte Arbeit weist bei den 14 Klienten nach, dass Süchtige, die bei der ersten psychotherapeutischen Exploration in die Kategorie mit fraglicher Prognose, d.h. als relativ psychisch angeschlagen, mit schwacher Ich-Struktur besetzt, definiert wurden, auch durch das Methadon-Programm keine längerfristige Stabilisierung erfahren hatten. Diese Süchtigen sind es aber gerade, für welche die Vertreter von Ersatzprogrammen diese spezielle Form der Hilfe bereithalten wollen. Mein Eindruck ist ähnlich dem Ergebnis der erwähnten Untersuchung, dass gerade für solch "schwache" Personen die Doppelbödigkeit der Hilfe auf die Dauer schwer zu ertragen ist und dass gerade diese – wenn überhaupt – auf eine Hilfe, welche eine eindeutige Aussage macht, angewiesen sind.

#### **Praktische und strukturelle Gesichtspunkte**

Ich habe zu bemängeln, dass mir keine Arbeit bekannt ist, welche Wunsch und Wirklichkeit der Durchführung von Substitutions-Programmen zum Inhalt hat. Die Programme vom GMUER, UCHTENHAGEN, etc. sind sehr klar konzipiert. Die Indikationsstellung ist definiert, das Abgabeprozedere, die Einnahmekontrolle, die Bedingungen einer begleitenden

Gesprächstherapie sind festgelegt. Nur: Die meisten Methadon-Patienten, die mir in den vergangenen sechs Jahren begegnet sind, hatten keine begleitende Psychotherapie und haben von grossen Unregelmässigkeiten in der Art der Einnahme berichtet. Ich lehnte 16-jährige "Kinder" im Methadon-Programm kennen und konnte meist den Indikationsgedanken für die Aufnahme in solche Programme nicht nachvollziehen. Im Umfeld jedes Methadon-Programms entwickelt sich zwangsläufig auch ein Methadon-Schwarzmarkt aus Beständen von Praxis- und Apothekeneinbrüchen und von Süchtigen, die bei der Einnahme nicht geschluckte Flüssigkeit schmuggeln. Diese Wirklichkeit von Methadon-Programmen hat sicherlich verschiedene Gründe. Ich frage, wie es kommt, dass bei der Begründung von solchen Programmen fast zwanghafte Regeln beschrieben werden, und bei der Ausführung chaotische Zustände herrschen. Mit der beabsichtigten Hilfe und ihrer Begründung hat das nur wenig zu tun. Die willkürlich anmutende Wirklichkeit von Methadon-Verschreibungen ist sicher auch Ausdruck der Suchtstruktur, die dem Ersatz-Präparate-Konzept innewohnt. Ich mache aber weniger die mangelhafte Fähigkeit der Programmleiter für diese Wirklichkeit verantwortlich sondern ihren Arbeitsansatz, der mehr der Sucht entnommen ist, als den Erkenntnissen über süchtige Strukturen. Die meisten Versuche, Suchtstrategien durch Kontrolle und gute Vorsätze zu entschärfen, zerschellen daran, dass jenes Denken sich im Kreise dreht, Kontrolle und Chaos sind die zwei Seiten der Sucht (BATESON 1969 u.a.). Substitutions-Programme versuchen dies erneut zu verleugnen. Die Wirklichkeit des Abgabechaos ist beredtes Zeugnis davon.

#### **Medizinische Aspekte**

Seitdem die AIDS-Krankheit bekannt ist und immer mehr Drogensüchtige daran manifest erkranken, wird die Substitution für die betroffenen Süchtigen als notwendig empfunden. Es scheint mir sehr einleuchtend, dass hier die körperliche Erkrankung im Vordergrund steht und die Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik an sekundäre Stelle tritt. In kleinerem Umfange und in einer etwas anderen Form hat sich diese Problematik seit jeher bei schweren Erkrankungen und nach Unfällen von Süchtigen gestellt. In solchen Situationen haben die behandelnden Ärzte eine Substitution stets selber zu verantworten, nie war die Rede von besonderen "Programmen" oder Bewilligungsverfahren. Auch bei der AIDS-Erkrankung muss meiner Ansicht nach die medizinische Betrachtungsweise darüber entscheiden, ob eine Substitutionsbehandlung drohender Abstinenzsymptome Voraussetzung für die adäquate Pflege des aktuellen Krankheitszustandes ist oder nicht. Soweit die medizinische Seite beim floriden Krankheitszustand.

Die psychologische und ethische Seite, die in der längerfristigen Betreuung von AIDS-erkrankten Drogensüchtigen sichtbar wird, ist sicherlich eine andere und ist nicht zu vergleichen mit Fragestellungen, die sich in der Betreuung von noch nicht erkrankten Süchtigen ergeben. Der wahrscheinliche Tod und der mögliche Tod sind zwei grundsätzlich unterschiedliche Rollen. Die Schaffung von genügend Betreuungsangeboten steht demnach auch viel stärker im Zentrum als die Entwicklung spezieller Substitutionsprogramme. Während einer manifesten AIDS-Erkrankung sollte aber die Möglichkeit einer Substitution gegeben sein. Zur Zeit fehlen aber noch weitgehend die notwendigen Erfahrungen für differenzierte Urteile.

#### **Strafrechtliche Aspekte**

Mit Recht wird geltend gemacht, dass die strafrechtlichen Konsequenzen, welche die Folgekriminalität der Drogensucht nach sich zieht, für die Süchtigen meist verheerende Folgen haben. Der Gedanke ist einleuchtend, dass die Substitution Beschaffungskriminalität verhindern hilft. Die Erfahrung zeigt, dass dem wenigsten zum Teil auch so ist, wenn auch die erreichten längerfristigen Stabilisierungen nicht so eindeutig ausfallen. So naheliegend es ist, dem einzelnen Süchtigen diese Möglichkeit zu offerieren, seine Sucht ohne Folgekriminalität leben zu können, so unmoralisch erscheint mir die Lösungsstrategie als Ganzes. Wenn schon die Einsicht vorhanden ist, dass die Bestrafung keine Hilfe für eine psychische Fehlentwicklung darstellt, so sollte man die strafrechtlichen Konsequenzen der Folgekriminalität verändern. Das Strafrecht soll mit strafrechtlichen Mitteln verändert werden und nicht mit medizinischen. Der Einsatz von Substitutionsmitteln aus strafrechtlichen Gründen vergrössert in hohem Masse die Doppelbödigkeit der gesellschaftlichen Ordnung. Der Grad solcher Doppelbödigkeiten und die Häufigkeit von Suchtkrankheiten und anderen schweren psychischen Krankheiten haben sicherlich etwas miteinander zu tun.

Heroin von der Gasse bleibt zwar verboten, Pseudoheroin wird aber vom gleichen Staat als Notwendigkeit propagiert. Glauben eigentlich die progressiven Juristen, welche sich für eine solche Lösung einsetzen, so wenig daran, dass derart verheerende Widersprüche unumgänglich sind? Es erstaunt mich, dass offenbar wenig auffällt, wie sehr konservative Ruhe- und Ordnungs-Ideologie und diese Problemlösungsvorschläge sich ähneln. Beiden Gedankengängen scheint die Struktur der eingesetzten Mittel nebensächlich zu sein.

#### **Gesellschaftspolitische Aspekte**

Diese Ebene wird manchmal auch als "drogenpolitische" Ebene bezeichnet. Unter anderem wird ins Feld geführt, dass es

eine Anmassung darstellt, Süchtige zur Therapie zu zwingen oder ihnen nicht zugestehen, dass Abstinenz ein zu hohes Ziel darstellen würde. Substitutionen ohne ein Setzen von Schwellen (Bedingungen) wird vorgeschlagen. Therapie unter Abstinenzbedingungen wird dabei als eine zu verurteilende Einmischung in die persönlichen Angelegenheiten eines Süchtigen angesehen. Therapie, Zwang, Abstinenz und das Recht auf Selbstbestimmung werden oft sehr undifferenziert in den selben Topf geworfen.

Auch hier erscheint es mir sehr merkwürdig, dass progressiv anmutende Vorstellungen so nahe zu konservativen Prinzipien von Ruhe, Ordnung und oraler Bedürfnisbefriedigung gerückt sind. Das schlimmste Verbrechen, das einer Gruppierung einfallen kann, ist das Infragestellen unbeschränkter oraler Bedürfnisbefriedigung. So denken zumindest konservative Kräfte, welche genau wissen, dass umfassende orale Befriedigungsvoraussetzung für unbehelligtes Steigern von Profiten darstellt. Dass dabei die sich frei befriedigenden Personen selber zugrunde gehen, scheint belanglos. Die Einsichtsfähigkeit in die tödliche Gefahr ist wegbefriedigt, die Oralität hat einen Grossteil einer Bevölkerung innerlich zu stark ausgehöhlt, sodass die Kraft und Einsicht zum Widerstand verloren gegangen ist. Weshalb ist es denn eine Anmassung, Reibungsflächen anzubieten? Wie kann man zu der Aussage kommen, die Abstinenz sei für die Mehrheit der Süchtigen ein unangemessenes Ziel? Das tönt etwa gleich wie: das Nicht-Sterben-Wollen durch verpestete Luft und vergiftetes Wasser ist ein zu hohes Ziel. Offenbar wird die Erkenntnis nicht wahrgenommen, die die Anonymen Alkoholiker durch viele tausend Einzelgeschichten über das Verhältnis von Sucht, Elend, Hoffnungslosigkeit und Abstinenz zu Tage gefördert haben. Das Stichwort heisst hier: Einzelschicksale. Meiner Ansicht nach kommt kein Süchtiger an der Tatsache vorbei, dass es für ihn ganz speziell um sein Einzeldasein geht. Sucht und Tod stehen hier recht nahe beieinander. Obige Substitutionspropagandisten scheinen wieder einmal der Verdrängung des Todes erlegen zu sein. Ich glaube, dass damit weder dem einzelnen Süchtigen noch der Gesellschaft als Ganzes ein guter Dienst erwiesen ist.

Ich möchte hier nicht missverstanden werden: ich trete nicht für eine Berechtigung der Zwangstherapie ein. Abstinenzforderung und Zwang gehören nicht in den gleichen Topf, wie dies nur allzuoft getan wird. Diese will "zur Gesundheit zwingen", jene bietet eine klar Reibungsfläche an. Das ist nicht dasselbe.

## Berufspolitische Aspekte

In den vergangenen Jahrzehnten fand u. a. in der Suchthilfe immer wieder eine Auseinandersetzung darüber statt, welche Art von Therapeuten mit welchen beruflichen Voraussetzungen in der Suchthilfe in er-

ster Linie eingesetzt werden sollten. Hier interessiert nun weniger der standespolitische als der handlungsstrukturelle und der symbolische Aspekt dieser Frage. Die Positionen können vergrößert als eine ärztliche und eine sozialtherapeutische bezeichnet werden. Mit der ärztlichen Position wird am ehesten eine Heilung durch körperliche Untersuchung, ein Erkennen der Krankheitsursache, resp. der typischen Symptome und eine Abgabe von helfenden oder lindernden Medikamenten assoziiert. Mit der sozialtherapeutischen Position wird die Problemstellung in Familie, Beruf und Gesellschaft, resp. Beratung und finanzielle Unterstützung verbunden. Immer wenn die ärztliche Position in der Suchthilfe fehlgeschlagen hat, und Resignation sich verbreitete, schlug die Stunde der sozialtherapeutischen Position. Wir wissen, dass diese Ebene für die meisten Problemstellungen der Sucht die adäquateren Mittel und Arbeitsansätze als jene besitzt. Der Süchtige richtet auf den Arzt häufig all seine oralen Bedürfnisse, begehrt ihm eher im Zustande der Regression. Arzt und Sozialtherapeut lernen vom Süchtigen eine andere Seite kennen. Eine Schwierigkeit ärztlichen Denkens ist sicherlich das Abtreten von Kompetenzen. Vom Arzt wird allzuoft eine Antwort auf unbeantwortbare Fragen, Hilfe in unmöglichen Situationen gefordert. So ist es für ihn besonders schwer, seine Grenzen klar zu definieren. Seine Berufsethik verpflichtet ihn ja zu einer Hilfestellung überall dort, wo Not sich kundtut, und fragt weniger danach, ob er überhaupt die Mittel für eine solche Hilfe in Händen hält. So erstaunt es nicht, dass es der medizinischen Position nie ganz gelang, die Behandlung des Suchtproblems an die Sozialtherapeuten zu delegieren und sich lediglich auf Entzug und vitale Notfälle, resp. Folgekrankheiten zu beschränken.

Ersatzpräparat-Programme entspringen dem medizinischen Denken, dass Heilung, resp. Linderung durch Medikamente herbeizuführen sei. Sie sind das Feld von ärztlichen Diensten. Die Einsicht, dass der ärztliche Denkansatz in der Suchttherapie all zu oft versagt hat, wird verleugnet. Eine spezielle Gruppe von Süchtigen wird postuliert. Es entsteht eine unheilige Allianz zwischen dem oralen Bedürfnis der Süchtigen und dem therapeutischen Ansatz ärztlichen Denkens. Das Hilfsangebot finden, Zuspruch und auch Heilungen stellen sich ein. Damit hat diese Position ihre Rechtfertigung und muss nicht weiter hinterfragt werden. Die Geschichte von Laienhelfer-Programmen, Abstinenz-Gemeinschaften oder therapeutischen Wohngemeinschaften ist aber durchaus auch die Geschichte von unerwarteten "Bekehrungen", von Wandlungen in Biographien hoffnungsloser Süchtiger. Letztere Gruppe ist in der Vergangenheit mitnichten die Gruppe geblieben, welche sozialtherapeutischen Interventionen trotzen. Bei den als hoffnungslos bezeichneten Süchtigen thematisiert sich existentiell die Frage, was Wandel in verfahrenen Situationen herbeiführt. Meistens sind es nicht "bessere Tricks" oder "griffigere Massnahmen".

**These: Substitutionsprogramme sind in der Suchthilfe ein Rückfall auf einen ärztlichen Denkansatz, der schon oft versagt hat. Umgekehrt ist der Aufbau von Substitutionsprogrammen Ausdruck des Versuches der Ärzte, die Suchthilfe nicht völlig aus den Händen zu verlieren.**

## Substitutionsprogramme nur im Einzelfall...

Ich habe zu zeigen versucht, weshalb ich in den vergangenen Jahren meine Skepsis gegenüber Substitutionsprogrammen nicht ablegen konnte. Die Nachteile erschienen mir derart überwiegend, dass ich fragen muss, weshalb so beträchtliche finanzielle Mittel in diese Programme investiert werden. Das Geld fehlt an Orten der Drogenhilfe, wo mit weniger zweifelhaften Angeboten Auseinandersetzung stattfinden kann (Familientherapie, Kurzzeitwohnheimgemeinschaften, betreute Förderung der Arbeitsfähigkeit, Schulung, therapeutische Entzüge, Gassenarbeit, usw.). Ich schlage deshalb vor, dass Substitutionsbehandlung lediglich als restriktiv zu handhabendes Instrument für den Einzelfall eingesetzt wird, so wie Prof. Ladewig dies viele Jahre lang praktiziert hat. Auf Substitution als stark ausgebaute Lösungsstrategie soll verzichtet werden zugunsten spezifischeren Problemlösungsvorstößen. Pharmaka sollen auch hier im Dienste medizinischer Problemstellungen stehen und nicht für strafrechtliche, gesellschaftspolitische, psychotherapeutische oder sozialhelferische Fragestellungen missbraucht werden. Ich hoffe auch, dass die Einsicht wieder an Boden gewinnt, dass es eine Pharmakotherapie der Sucht nicht gibt.

Andreas Manz

## Literatur:

- 1) Gmür M. "Die Methadonbehandlung von Heroinfixern - Konzept einer Therapiepolarisierung" Psychiatrische Praxis 8, 1981, S. 54-59
- 2) Gmür M. "Die Grenzen der Methadonbehandlung von Heroinfixern" Schw. Ärztezeitung, 1982, 426-28
- 3) Ladewig D./Renggli R. "Methadon-Erhaltungsprogramm", Schw. Med. Rundschau "Praxis" 1984 S. 731-39
- 4) Hartmann/Uchtenhagen et al "Hausärztliche Methadon-Behandlung bei Heroinabhängigen" Schw. Med. Rundschau "Praxis" 1984 S. 299-304
- 5) Textor C. "6-Jahres-Katamnese von 14 ehemaligen Methadonpatienten" Med. Diss. Zürich 1984
- 6) Rauchfleisch U. "Dissozial", Göttingen 1981
- 7) Bateson G. "Die Kybernetik des "Selbst": Eine Theorie des Alkoholismus" in G. Bateson: Ökologie des Geistes S. 400-35
- 8) Rosenfeld H.A. "Die Psychopathologie der Drogensucht + des Alkoholismus - Eine kritische Sichtung der psychoanalytischen Literatur" in: "Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände", Surkamp 1964
- 9) Kernberg O.F. "Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse" 1981, Klett-Cotta
- 10) Kohert H. "Narzissmus" 1973, Surkamp