

benserfahrung und aufgrund der beiderseitigen Lebensumstände, die andere vorwiegend nur von der abstraktnormativen Ebene her argumentieren kann. Diese von vielen Laien, aber auch von Geistlichen in der Seelsorge als eher mißlich empfundenen Situation wäre zu mildern, wenn die lehramtliche Verkündigung über Ehe und Familie auch dort, wo Schwächen und Mißstände angesprochen

werden, sich der Sprache eines abgenutzten kirchlichen Mitleids enthält und die Mündigkeit des einzelnen in der Weise ernst nimmt, daß sie ihm klare Aussagen über das Zurückbleiben hinter sittlichen Forderungen zumutet, aber nicht Lasten auferlegt, deren Sinn für ihn im dunkeln bleibt. Jedes hohle theologische Wort ist gerade in Sache Ehe und Familie zuviel.

David A. Seeber

Interview

Drogensucht – eine Zivilisationskrankheit der Adoleszenz

Ein Gespräch mit dem Freiburger Arzt und Biochemiker Gerhard Friedrich

Drogenabhängigkeit scheint – und darin liegt angesichts der Breite des Phänomens eine zusätzliche Tragik – gegenwärtig fast ausschließlich ein Problem der heranwachsenden Generation zu sein. Dadurch bedingt sind auch die besonderen Chancen und Schwierigkeiten der Therapie. Mit beiden Fragenbereichen beschäftigt sich das folgende Interview mit dem Freiburger Arzt und Biochemiker Gerhard Friedrich. Friedrich ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am gerichtsmedizinischen Institut der Universität Freiburg und verfügt als Arzt und Gutachter im Bereich der Drogenabhängigkeit und der Therapie von Drogensüchtigen über eine breite Erfahrung. Die Fragen stellte D. A. Seeber.

HK: Herr Dr. Friedrich, seit Jahren heißt es, die Drogenkonsumenten würden immer jünger und sie würden immer härtere Drogen nehmen. Hält dieser Trend weiter an?

Friedrich: Dieser Trend hält an bzw. verstärkt sich noch. Die Situation hat sich in der Bundesrepublik im Verhältnis zu den frühen siebziger Jahren in der Weise geändert, daß Anfang der siebziger Jahre fast ausschließlich der Konsum von Cannabis-Produkten üblich war. Besonders in den Jahren 1974/75 kam es zu einer Umstellung auf die harten Drogen bzw. fast ausschließlich auf Heroin. Wurde dieses anfangs noch relativ selten verwendet, so ist es inzwischen zur fast lawinenartigen Ausbreitung von Heroinkonsumenten gekommen, die nicht zuletzt durch zahlreiche Todesfälle und durch eine lawinenartige Zunahme von Rauschgiftdelikten signalisiert wird. Zur Illustration: 1966 wurden ganze 810 Rauschgiftverdächtige registriert; 1970 waren es 16188; 1979 hingegen bereits 47258. Die Zahl der Rauschgiftdelikte wird für das gleiche Jahr mit 51445 angegeben.

HK: Wir haben es gegenwärtig also mit einer fast ausschließlichen Konzentration auf Heroin zu tun?

Friedrich: Ja, es geht gegenwärtig fast nur um Heroin. Wir hatten im letzten Jahr 620 Todesfälle von Heroinsüchtigen in der Bundesrepublik, während es im Jahre vorher „nur“ 400 und 1977 200 waren. Die Zahl der Todesfälle aufgrund von Heroinkonsum liegt prozentual zur Bevölkerung gesehen wesentlich höher als selbst in den Vereinigten Staaten. Man muß wegen der rapid ansteigenden Todesfälle von einer epidemiehaften Ausbreitung sprechen.

„Man muß davon ausgehen, daß heute schon 12- bis 14jährige heroinabhängig sind“

HK: Es scheint in der Drogenszene so etwas wie herumziehende Märkte zu geben. In den USA hat der Drogenmarkt bereits umgeschaltet auf Kokain. Die Heroинphase scheint dort im Abklingen zu sein. Könnte es bei uns zu einer ähnlichen Entwicklung kommen? Bzw. ist damit zu rechnen, daß die jetzt überschwappende Heroinwelle in wenigen Jahren vorüber ist oder durch andere noch härtere oder auch weichere Drogen abgelöst wird?

Friedrich: Nein, denn daß es in Amerika anders ist, hat damit zu tun, daß das Heroin in den USA sehr teuer, bei uns aber relativ billig ist. In Amerika kostet das Heroin ungefähr das vier- bis fünffache der Preise in Deutschland. Der Grund dafür ist der neue Markt, den die Türken bei uns erschlossen haben. Das türkische Heroin ist billig und weist dazu noch einen hohen Reinheitsgrad auf. Es enthält zu 70 bis 80 Prozent reines Heroin, während das in den Vereinigten Staaten auf dem Markt befindliche Heroin nur wenige Prozent reines Heroin enthält. Der hohe Reinheitsgrad des Heroins führt häufig zu tödlichen Überdosierungen. Daraus erklärt sich zu einem guten Teil die hohe Zahl von Todesfällen.

HK: Ist nicht auch der Sockel der Einstiegsdrogen breiter geworden – man spricht ja auch von einem wieder erhöhten Konsum von Cannabisprodukten – oder greifen Jugendliche aufgrund der besonders günstigen Marktbedingungen direkt zum Heroin?

Friedrich: Cannabis ist keine Einstiegsdroge. Man muß davon ausgehen, daß Heroin gerade bei den sehr jungen Abhängigen direkt als Einstiegsdroge dient. Der Umweg über Cannabis gilt jedenfalls als nicht mehr gesichert.

HK: Und nochmals zur Ausgangsfrage zurück: Immer jüngere Jahrgänge, verstärkt sich auch da der Trend?

Friedrich: Der Trend zu immer jüngeren Jahrgängen hält sowohl in den Vereinigten Staaten an als auch bei uns. Man muß davon ausgehen, daß heute schon 12- bis 14jährige heroinabhängig sind.

HK: Ist das nicht einigermaßen erstaunlich? Selbst unter den heutigen Lebensbedingungen möchte man annehmen, daß die 12- bis 15jährigen sich noch in einem Sozialisationskontext befinden, in dem sie in der Regel mitmenschlich hinreichend eingebunden bzw. behütet sind.

Friedrich: Ich glaube, auch bei diesen Jahrgängen ist unser Zivilisationsstand die entscheidende Ursache für den Drogenkonsum. Prof. Brotman in New York vertritt sogar die Meinung, daß für Deutschland der hohe Zivilisationsstand noch entscheidender ist als in Amerika. In Deutschland hat der einzelne Bürger im Durchschnitt mehr Geld zur Verfügung als selbst in Amerika. Die zwischenmenschlichen Beziehungen sind weitgehend individualisiert. Die Familie ist nicht mehr Zentrum der Geborgenheit, und die Kinder sind vielfach sich selbst überlassen. Sie verkraften die Ungeborgenheit, die Vereinsamung und den Mangel an Rückhalt nicht. Die Droge erscheint als Ersatz, wenigstens kurzfristig, für die fehlende Geborgenheit. Das Kind, der Jugendliche will in der Droge das Gefühl der Einsamkeit vergessen.

HK: Ist das nicht etwas zu vereinfacht? Es scheint ja nicht so zu sein, wie man Ihren Hinweis auf Zivilisationsschäden auch interpretieren könnte, daß die Drogengefährdeten vorwiegend nur aus unvollständigen oder kaputten Familien oder einfach aus Lebensmilieus mit schwachen sozialen Bindungen kommen...

Friedrich: Ja, aber man muß davon ausgehen, daß die Drogenszene heute eine ganz andere ist als meinetwegen die von klassischen Morphinisten geprägte der zwanziger Jahre war. Die klassischen Morphinisten kamen aus ganz anderen Voraussetzungen und zeigten ganz andere Verhaltensweisen. Sie waren psychiatrische Fälle und wurden in psychiatrischen Anstalten von Lexington und Fordworth, in denen die Süchtigen aus ganz Amerika zusammengefaßt waren, behandelt. Hier war die Heilungsrate minimal. 85 Prozent wurden rückfällig, weil die klassischen Krankheitsstrukturen der Morphinisten so stark ausgeprägt waren, daß einfach keine Änderung mehr eintrat. Das Spezifische der heutigen Szene ist, daß wir es mit jüngeren Menschen zu tun haben als früher. So sind es überwiegend

pubertäre Reifestörungen oder Reifekrisen, die ursächlich sind für den Drogenanstieg. Es muß nicht sein, daß dabei das Elternhaus, jedenfalls nach außen hin, erkennbar gestört ist oder daß die Süchtigen in erster Linie aus broken-home-Familien kommen. Uchtenhagen in der Schweiz hat nachgewiesen, daß die oberen Schichten einen höheren Anteil an Süchtigen stellen als die Angehörigen der Unterschichten.

HK: Broken home und Unterschicht, das wäre aber kaum dasselbe...

Friedrich: Gewiß nicht. Natürlich ist die Familienbeziehung trotz nach außen optimaler Lebensbedingungen gestört. Aufgrund eines zu groß bemessenen Freiraumes können die Reifebedingungen für den jungen Menschen ungünstig gestaltet sein. Entscheidend ist, daß wir es in der Drogenszene ganz überwiegend mit unreifen Menschen zu tun haben, die einen Ausweg aus ihren durch die Erziehungssituation bedingten narzißtischen Störungen und Krisen suchen.

„Entscheidend ist, daß der Reifeprozess sozial und psychisch gestört ist“

HK: Das würde also bedeuten, daß der Drang zur Droge weniger durch psychiatrische, sondern durch soziale Faktoren verursacht ist?

Friedrich: Ja, ganz entschieden. Deshalb gibt es für die Drogensucht auch kein klassisches Krankheitsbild. Weil der Süchtige sich nicht in ein einfaches Krankheitsbild einordnen läßt, gelten hier auch die klassischen Therapie-schemata nicht. Es sind viele Untersuchungen über Persönlichkeitsstörungen von Drogenabhängigen gemacht worden. Sie ergeben, daß die Sucht von sehr vielen Faktoren abhängt. Aber letztlich entscheidend ist, daß bei der gegenwärtigen Generation von Drogenabhängigen der Reifeprozess noch nicht abgeklungen bzw. sozial und psychisch gestört ist. Daraus sind z. B. auch Spontanheilungen erklärbar. D. h., Süchtige können in einer gewissen Phase von selbst, ohne Therapie, ohne alles, nur durch stabilisierende Faktoren sozialer oder psychischer Art geheilt werden.

HK: Allein durch seelische Stabilisierung?

Friedrich: ... und entsprechende Einbeziehung des sozialen Milieus. Denn da die mangelnde soziale Integration als ein Hauptsymptom süchtigen Verhaltens gesehen werden kann, ist die Zusammenwirkung bzw. die Mitberücksichtigung des sozialen Umfeldes des Drogenabhängigen ein ganz wichtiger Faktor.

HK: Aber ist der Prozentsatz solcher Spontanentzüge nicht sehr gering?

Friedrich: Man kann sagen zwischen fünfzehn und zwanzig Prozent...

HK: Es wäre also festzuhalten, daß eine starke Überindividualisierung der Lebensverhältnisse insgesamt und

der innerfamiliären Beziehungen im besonderen gravierende Tiefenursachen für die herrschende Drogenepidemie sind?

Friedrich: Ja, es liegt vor allem daran, daß der Freiraum des Jugendlichen sehr groß geworden ist und daß der Jugendliche durch die Freiheit, die er hat, überfordert ist. Ich kenne etliche Leute, die heute 25 sind und die jetzt noch nach einer starken Hand suchen, die sie in der Kindheit vermißt haben, und die sich sogar entsprechende Zwangstherapien auferlegen. Es läßt sich einfach nicht leugnen, daß ganz enge Zusammenhänge zwischen Abhängigkeit und Erziehung bestehen, und dieser Zusammenhang ist zweifellos maßgebender als reine Faktoren des sozialen Milieus. Erziehung sollte Unabhängigkeit und Selbständigkeit, also die volle Ausreifung der Persönlichkeit zum Ziele haben. Man darf vom Kind nicht jede Schwierigkeit fernhalten oder ihm jede Kleinigkeit befehlend vorschreiben. Denn beides verhindert das Zustandekommen eines stabilen Selbstvertrauens, führt zu einem passiv-konsumierenden Verhalten und verhindert die Ausbildung einer genügenden Frustrationstoleranz, läßt die Fähigkeit zu verantwortlicher Konfliktbewältigung verkümmern. In den mit seelischer Isolierung verbundenen narzißtischen Krisen der Pubertät führt das dann zu scheinbar „leichten“ Ersatzbefriedigungen, von denen die Droge eine besonders gefährliche ist.

HK: Also muß nachgeholt Selbsterziehung vielfach ausgefallene elterliche Autorität ersetzen?

Friedrich: ... für sie waren die Freiräume einfach zu groß, sie konnten in der Adoleszenz mit ihnen nichts anfangen ...

HK: War wirklich der Freiraum zu groß, oder fehlte es an der für die Persönlichkeitsbildung notwendigen Begleitung durch Erwachsene in Familie, Gruppe, Schule oder wo immer?

Friedrich: Der größere Freiraum erfordert auch eine intensivere Erziehung zur Persönlichkeit. Ich kann beim Heranwachsenden Persönlichkeit nicht einfach voraussetzen. Hierin liegt eben die Diskrepanz. Die Zügel sind weit gelockert. Die Medien bieten fast alles an Information, die Gesellschaft insgesamt fast alles an Bedürfnisbefriedigung, und die Eltern sortieren nicht oder vermögen nicht zu sortieren ...

„Die Hauptsyndrome sind pathologische Ängste und eine relativ hohe Suizidgefährdung“

HK: Unterschätzen Sie, da Sie so sehr die sozialen Ursachen herausstellen, nicht doch die Gruppe der psychisch Labilen als primäres Potential, bei denen dann auch die Entzugschancen am geringsten sind?

Friedrich: Sicher stellen die psychisch Labilen, woher immer die Labilität kommt, aus Veranlagung oder aus er-

worbenem Verhalten, ein besonderes Gefährdetenpotential dar. Auch ist die alte Faustregel nicht einfach zu widerlegen: ein Drittel der süchtig gewordenen ist therapierbar, ist heilbar, ein Drittel ist rückfällig, und ein Drittel, und das ist tatsächlich die Gruppe mit den größten psychopathologischen Störungen, ist praktisch verloren ...

HK: Also gibt es doch dort, wo der Suchtabhängigkeit ein psychopathologisches Persönlichkeitsbild vorausging, die geringsten Heilungschancen?

Friedrich: Es gibt einen Zusammenhang. Dieser aber läßt sich keineswegs in einer sicheren Prognose ausdrücken. Man kann nicht sagen, daß für denjenigen, der hohe psychopathologische Verformungen aufweist, automatisch eine negative Prognose gilt. Das muß nicht sein.

HK: Muß nicht sein, aber statistisch ergibt es sich?

Friedrich: Ja, aber das scheint mir nicht das Entscheidende zu sein. Wichtiger ist die richtige Einschätzung der Hauptsyndrome. Und diese sind: pathologische Ängste und eine relativ hohe Suizidgefährdung. Gut 25 Prozent der Drogenabhängigen sind suizidgefährdet. Das ist ein sehr hoher Prozentsatz.

HK: Ist denn nicht überhaupt für viele die Droge eine Art Suizidersatz?

Friedrich: Ja, man sucht ein Mittel, Depression zu verdrängen, und im Suchtstoff findet man es. Deswegen ist es eben wichtig, die Ursachen der Suizidgefährdung, die depressive Symptomatik, die Angst, die Vereinsamung, das Sichabkapseln zu sehen. Aber das hängt wieder in den meisten Fällen mit dem Ablösungsprozeß von der Familie, mit der noch zu geringen Stabilisierung des Ichs zusammen. In dieser Krisensituation kommt es am allermeisten zum Einsatz der Droge. Dabei mag in vielen Fällen ein krankhaftes Persönlichkeitsbild vorliegen. Davon ist man bisher auch weitgehend ausgegangen. Rado sprach schon in diesem Zusammenhang 1930 von der „präorbiden Persönlichkeit“. Man sollte aber heute nicht mehr davon ausgehen, daß jeder Süchtige präorbid ist. Für einen Teil mag dies zutreffen, aber bestimmt nicht für alle.

HK: Wenn wir einmal weniger von den Ursachen, sondern von den eigentlichen Anlässen zur Drogensucht sprechen, sind das eigentlich immer die dramatischen Situationen der Vereinsamung, des Unverständnisses, der großen Lebenskrisen, oder sind es nicht viel öfter Zufallssituationen, abhängig vom jeweiligen Milieu, in dem sich der betreffende Jugendliche befindet, von den Kontakten, die er gerade hat, von den Bindungen, in die er jeweils hineingerät? Und spielt dabei nicht auch das Moment der Neugier, die magische Anziehungskraft des Unbekannten, auch der Selbstbestätigung ändern gegenüber eine ganz besondere Rolle?

Friedrich: Beides gehört zusammen. Ursache und Anlaß lassen sich selten trennen. Richtig ist – auch das gehört in das Kapitel Überforderung durch viel Freiheit –, daß nicht durchwegs eine dramatische Situation vorliegen muß,

sondern daß es den Jugendlichen einfach leicht gemacht wird, an die Droge heranzukommen. Überall, wo heute Jugendliche zusammenkommen, in Cliques, Diskotheken usw. wird der Stoff Heroin angeboten.

„Aufklären müßte man wesentlich gezielter und geschickter“

HK: Zugespißt hieße das, wo Jugend sich versammelt, ist auch die Droge dabei...

Friedrich: Dies dürfte übertrieben sein; aber die Tendenz ist nicht zu bestreiten... Sie fragten vorhin nach der Neugier und dem Drang zur Selbstbestätigung als auslösendem Faktor. Das ist in der Tat ein wichtiger Punkt, an dem man sich meiner Meinung nach vielfach verschätzt hat. Ich meine die Problematik gewisser Aufklärungsfeldzüge, durch die Jugendliche erst einmal extrem aufmerksam gemacht werden...

HK: Sie meinen, Jugendliche würden dadurch erst hellhörig für die Möglichkeiten, die es gibt?

Friedrich: Man schafft damit zusätzliche Neugier. Man hat festgestellt, daß es nach großangelegten Aufklärungsaktionen sogar zu einer Drogenzunahme gekommen ist. Deswegen hat man in Amerika auch längst von solchen Aktionen Abstand genommen. Aber, das ist vorhin vielleicht nicht genügend deutlich geworden, Sie haben auch recht mit der Abhängigkeit von der jeweiligen Situation. Ein gutes Beispiel dafür sind die Vietnam-Veteranen. Ein hoher Prozentsatz von ihnen hatte in Vietnam Heroin genommen. Von den nach Amerika heimgekehrten sind aber nicht mehr als ein bis zwei Prozent süchtig geblieben. Das Gros nahm zu Hause keine Drogen.

HK: Das heißt, mit dem Wegfall einer extremen Lebenssituation ist auch die Anfälligkeit für Drogenkonsum weitestgehend abgeklungen?

Friedrich: Eben, denn es gibt auch die vielen Probierer, die ein- oder zweimal Drogen nehmen. Natürlich ist die Gefahr, tatsächlich süchtig zu werden, dennoch immer gegeben.

HK: Wenn Sie sagen, Aufklärung fördere Neugier, dann leuchtet das zwar ein. Aber ohne Aufklärung in Schulen und durch Elternhäuser, auch durch die Ärzteschaft geht es wohl doch nicht...

Friedrich: Meiner Meinung nach sollte man wesentlich gezielter und geschickter aufklären. Dabei sollte man weniger von der ganzen Rauschsymptomatik sprechen, sondern mehr darstellen, wie folgenreich die massiven Schädigungen somatischer Art sind. Man muß gegenwärtig davon ausgehen, daß mindestens 70 bis 80 Prozent der langjährigen Fixer so stark somatisch erkranken – an chronischen Leberentzündungen, an Herzentzündungen, an Nierenschäden, an einem breiten Band anderer Erkrankungen –, daß ihnen nicht mehr als 10 Jahre an Le-

benserwartung bleibt. Mich hat gerade in Amerika erschreckt, wie stark die Intensivstationen dortiger Krankenhäuser heute schon von „Junkies“ überfüllt sind.

HK: Dann wäre das eigentlich ein noch drastischerer Hinweis als die 620 Herointoten an sich...

Friedrich: Eben, aber gerade das wird noch vielfach vergessen oder verdrängt. Das eigentlich Erschreckende ist nicht einmal das akute Todesgeschehen, der akute Suizid, sondern der chronische ratenweise Selbstmord. Die schweren, zum Tode führenden somatischen Erkrankungen sind das wirklich Alarmierende. Hier ist nach meinem Empfinden auch der Arzt besonders aufgerufen, zu helfen und nicht einfach nach dem Prinzip zu verfahren: Was nicht sein darf, kann auch nicht sein, und damit Therapieschemata zu akzeptieren, die dem Patienten möglicherweise nicht gerecht werden. Andererseits demonstriert gerade die tödlich wirkende, im Gefolge der Drogenabhängigkeit auftauchende somatische Symptomatik, wie hoch die Rolle und Kompetenz des Arztes im Drogenentzug anzusetzen ist.

„Es hilft nicht der abrupte Entzug“

HK: Ist das erste Problem der Therapie nicht das, den Willen zur Heilung, zum Entzug zu wecken?

Friedrich: Das ist zweifellos richtig, denn der Süchtige hat ein durchaus gespaltenes Verhältnis zum Arzt, und dieser wird durch das Verhalten des Süchtigen vielfach überfordert. Der Normalpatient, der den Arzt aufsucht, erwartet vom Arzt Hilfe und ist bereit, zusammen mit ihm die Ursache der Symptome zu beseitigen. Sein Bedürfnis, geheilt zu werden, ist eindeutig und konkret. Deswegen spricht er, soweit er das kann, auch offen über seine Probleme. Der Drogenabhängige hingegen sieht im Arzt nicht denjenigen, der ihm seine Probleme lösen hilft. Er will durch ihn vielmehr die Befriedigung seiner kurzfristigen Bedürfnisse erreichen. Das Gespräch mit dem Arzt wird unter diesen Umständen zunächst als ein Spiel angesehen, an den „Stoff“ heranzukommen. Das Bedürfnis nach Heilung ist entweder nicht vorhanden, oder es ist ambivalent. Es gilt deshalb die auf Langfristtherapie zielende Einsicht zu wecken, daß Heilung nur in einem absoluten Verzicht auf die Droge bestehen kann. Aber der Patient ist zunächst noch unfähig, über seine persönliche und soziale Rehabilitation nachzudenken. Deswegen muß er für eine Therapie überhaupt erst motiviert werden, und da hilft nicht der abrupte Entzug, sondern es muß überhaupt erst einmal eine Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient geschaffen werden.

HK: Wollen Sie damit sagen, die Ärzte verstehen die psychologische Situation nicht, in der der drogenabhängige Patient zu ihnen kommt?

Friedrich: Die Ärzte vergessen oft, daß der Süchtige aufgrund des pharmakologischen Effekts der Drogen zum

Arzt geht, weil er getrieben wird von der Erwartung, vom Arzt etwas zu bekommen, anstatt von ihm geheilt zu werden. Kaum ein Süchtiger geht zum Arzt und sagt: ich bin erkrankt. Er geht eher hin, um einfach sein Suchtbedürfnis zu befriedigen. Weil der Arzt meint, er dürfe diesen Bedürfnissen auch scheinbar nicht nachgeben, wird es schwer, eine Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient aufzubauen.

HK: Würde sich der Arzt aber auf die Erwartungen des Patienten einlassen, liefe er aber auch Gefahr, den Süchtigen in seinem Suchtverhalten zu unterstützen...

Friedrich: Natürlich geht das nicht ohne Risiko. Aber einfach der Schulmedizin zu folgen und an den Symptomen herumzudoktern, ist auch nicht gefahrlos und vor allem kaum wirksam. Der Gesundheitsbegriff der WHO, der mit Gesundheit das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden meint, ist zwar eine Utopie, aber gerade bei der Behandlung Drogenabhängiger scheint mir die starke Berücksichtigung psychischer und sozialmedizinischer Aspekte unerlässlich zu sein. Der Süchtige braucht ja zunächst den Stoff, um lebensfähig zu sein, und ihn hier zunächst einmal zu stabilisieren scheint mir Aufgabe des Arztes zu sein. Deswegen ist es durchaus nicht so, daß bei einer Behandlung der Drogenentzug als erster in Angriff genommen werden kann. Sondern es gilt zunächst einmal eine weitere Zunahme der Abhängigkeit zu unterbinden durch Ausschaltung extremer Vorkommen von psychischen Fehlreaktionen, die insbesondere bei Heroin auftreten. Zu abrupte Entzugsversuche können die Tendenz zum Suchtverhalten sogar verstärken, weil im Falle der Opiatabhängigkeit die Entzugsangst ein maßgebender Konditionierungsfaktor ist.

HK: Das erweckt beim Laien die Vorstellung, der Arzt solle sanftere Drogen einsetzen, um die härteren wegzuthrapieren...

Friedrich: Das ist nicht möglich. Man kann eine Opiatsucht mit leichteren Pharmaka in keiner Weise behandeln, weil die Opiatrezeptoren nur auf Opiate ansprechen. Es gilt hier ganz allgemein die Regel, die Erkrankung muß innerhalb des Mechanismus behandelt werden, in dem sie sich bewegt.

HK: Sie haben einschlägige Erfahrungen mit Methadon. Mehrere Ärzte hatten wie Sie Schwierigkeiten mit der Ärztekammer bzw. den Gerichten. Der Bundesgerichtshof hat dahingehend entschieden, daß er dem Arzt eine besondere Kontrollpflicht auferlegt. Wie stehen Sie heute zu dieser Behandlungsmethode?

Friedrich: Der Bundesgerichtshof hat mit seinem Urteil vom 8. Mai letzten Jahres sich sehr geschickt verhalten. Er hat einerseits der Ärzteschaft zu verstehen gegeben, daß man über die Therapie nachdenken muß, und er hat im Sinne (auch des novellierten) Betäubungsmittelgesetzes die Ärzte darauf verpflichtet, die Drogen möglichst zu reduzieren oder sie gar nicht auszugeben. Der Arzt hat demnach die Pflicht, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die

weniger schädlich sind als die Verordnung eines Betäubungsmittels. Es läßt aber zugleich offen, daß die Therapie abhängig ist vom aktuellen Stand medizinischer Erkenntnis.

HK: Aber die Methode bleibt umstritten, mehrere Ärzte wurden wegen Verschreibung von Methadon gerichtlich belangt...

Friedrich: In Deutschland haben Gerichte Ärzte verurteilt, weil die deutsche Schulmedizin eine Behandlung mit Methadon abgelehnt hat, obwohl in fast allen Ländern der Welt, in der Schweiz, in Amerika, England, Belgien, selbst in Australien mit Methadontherapien gearbeitet wird. Ich halte die Therapierung mit Hilfe von Methadon nach wie vor für vertretbar und geeignet, nicht als Methode des unmittelbaren Entzugs, sondern als Mittel zur Stabilisierung des Patienten im Rahmen einer Langzeittherapie.

„Allein schon die Tatsache, daß der Süchtige von der Nadel wekommt, ist nicht gering einzuschätzen“

HK: Welche Gründe sprechen Ihrer Meinung nach besonders für diese Methode? Bzw. läßt sich Stabilisierung damit auch wirklich erreichen?

Friedrich: Es gibt eine Reihe guter Gründe dafür. Erstens der Patient kann unter Methadon weiter arbeiten, er kann zweitens soweit stabilisiert werden, daß er wieder normale familiäre Beziehungen anknüpfen und aufrechterhalten kann, und er verliert unter Methadon die Angst um die Beschaffung. Hinzu kommt, daß Methadon nicht injiziert wird, es wird nur oral verabreicht, und dabei wird die reine Fixierung auf die Nadel-Injektion, die eine Art Phallussymbol darstellt, vermieden. Allein schon die Tatsache, daß ein Süchtiger von der Nadel wekommt, ist nicht gering einzuschätzen. Und schließlich hat Methadon eine wesentlich längere Wirkungsdauer als Heroin. Es wirkt für 24 bis 36 Stunden, während Heroin höchstens eine Wirkung von drei bis vier Stunden hat. Eine einzige Verabreichung reicht aus, um den level eines Tages und einer Nacht zu stabilisieren.

HK: Ist aber, vorausgesetzt der Patient kommt in einem Stadium zum Arzt, wo es für eine wirksame Therapierung nicht ohnehin zu spät ist, die strikte Kontrolle durch den Arzt, die Gesetzgeber und Gericht für eine solche Therapie vorschreiben, überhaupt realisierbar?

Friedrich: Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes muß der Arzt strikt dafür sorgen, daß der Patient das Mittel nicht als Suchtmittel verwendet. Diese Vorschrift ist sicher notwendig und nicht bestreitbar. Freilich muß man auch fragen, ob Gerichte mit der genauen Differenzierung zwischen Suchtmitteln und Heilmitteln nicht überfordert sind. Entscheidend ist, daß nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes die Anwendung von Methadon (Polamidon) zum Zwecke der Heilung ambulant möglich ist. Zu einer extrem sicheren Handhabung der Kontrolle ist er durch

Gesetz ohnehin gehalten, obwohl auch da Spielraum bleiben sollte. Man hat in Amerika mit sog. take-home-Programmen durchwegs keine schlechte Erfahrung gemacht. Wenn ein stark ichgeschwächter Patient sein Mittel mit nach Hause nehmen kann, kann das durchaus dazu beitragen, a. das Vertrauen zum Arzt und b. das Selbstvertrauen, zwei grundlegende Voraussetzungen für eine wirksame Therapie, zu stärken.

HK: Ist das nicht doch einigermaßen problematisch? Einerseits soll der Drogenabhängige ja schon ausreichend seelisch stabilisiert sein, andererseits soll er damit erst stabilisiert werden. Wird da der Entzugseffekt quasi schon vorausgesetzt?

Friedrich: Beim Entzugseffekt muß man unterscheiden, was man damit bezweckt. In Amerika hat man zunächst ein Modell für kurzfristigen Entzug entwickelt. Es bestand darin, daß drei Wochen lang eine Dosis Methadon verabreicht wurde, wozu der Patient lediglich in Ambulatorien erscheinen mußte, und nach drei Wochen galt er als entgiftet. Natürlich bemühte man sich in diesen Entgiftungsambulatorien dem Patienten auch Sozialhilfe zu gewähren, ihm einen Job zu vermitteln usw. Aber von diesem kurzfristigen Entgiftungsmodell kommt man immer mehr ab, weil es langfristig nicht hilfreich ist. Man muß im Rahmen einer längeren Therapie erst den Patienten stabilisieren, dann ihn einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen und dann erst versuchen, ihn einem Beruf zuzuführen. Auf diese Weise wurden in Amerika immerhin wieder 40 Prozent in den Beruf integriert.

HK: Sie plädieren also grundsätzlich für vom Arzt verantwortete Langzeittherapie mit sozialer Eingliederung?

Friedrich: Ja, da meine Vorstellungen über die Suchtproblematik davon ausgehen, daß es keine spezifische psychodynamische Konstellation für das Suchtverhalten gibt. In vielen Fällen ist das süchtige Verhalten die Folge eines langjährigen Opiatkonsums in einer Gesellschaft, die Drogenabhängigkeit verurteilt. Man kann auch davon ausgehen, daß, wie das Beispiel der Vietnamsoldaten gezeigt hat, nicht jeder *kontrollierte* Opiatkonsum süchtig macht.

„Daß die Bemühungen um Drogen-süchtige ganz überwiegend nur in den Händen von Sozialarbeitern sind, finde ich nicht gut“

HK: Gibt es da nicht beträchtlich viele Schwierigkeiten im sozialen Felde, erstens bei der Suche nach Arbeitsplätzen, zweitens bei der notwendigen Motivierung der Patienten?

Friedrich: Sicher sind diese Schwierigkeiten nicht zu verkennen. Aber sobald dem Süchtigen die Sorge für den Stoff abgenommen wird, hat er Zeit. Diese Zeit und Aufmerk-

samkeit kann dann einer normalen Tätigkeit zugute kommen.

HK: Heißt das auch, die Therapierung von Drogensüchtigen habe sich ärztlich eindeutig auf den ambulanten Bereich zu konzentrieren?

Friedrich: Generell betrachtet ganz entschieden. Aber die ambulante Behandlung ist nicht für alle geeignet. Der Arzt muß schon genau wissen, wann er es mit „nur“ Drogenabhängigen zu tun hat und wann es sich etwa um hochgradig psychotische Patienten handelt. Vor jeder Therapie muß die individuelle Diagnose stehen, und es gibt sicher Fälle, wenn auch in geringer Anzahl, die ohne stationäre Therapie gar nicht zu retten sind. Man darf sich nicht einseitig für eine Vorgehensweise entscheiden, sondern man muß verschiedene Modelle akzeptieren. Auf jeden Fall aber ist die Mitwirkung des Arztes notwendig. Daß bei uns die Bemühungen um Drogensüchtige ganz überwiegend in den Händen von Sozialarbeitern liegen, finde ich bei allem Respekt für deren Einsatz nicht gut; denn wie will ein Sozialarbeiter erkennen, ob ein Drogensüchtiger krank ist und woran er krank ist?

HK: Werden wir angesichts der Verbreiterung der Drogenszene überhaupt das menschliche Potential, insbesondere für Langzeitherapien, aufbringen? Nicht jeder, ob Arzt, Therapeut oder Sozialarbeiter, ist für eine solche äußerst entnervende Hilfestellung geeignet.

Friedrich: Wenn man davon ausgeht, daß wir etwa 100 000 Süchtige haben, dann ist das sicher nicht zu erreichen. Es kann also immer nur punktuell geholfen werden. Es ist bekannt, daß Therapeuten nur eine gewisse Zeit, vier bis fünf Jahre durchhalten. Der psychologische Streß ist für die meisten zu belastend.

HK: Gegenwärtig heißt es – auch für den Gesetzgeber – Therapie statt Strafe. Es gibt aber auch Stimmen, die eine Therapierung im Strafvollzug wegen besonders günstiger Entzugsbedingungen für aussichtsreich halten...

Friedrich: Den Strafvollzug halte ich für eine Therapierung als wenig geeignet. Trotzdem bin ich der Ansicht, daß man sich um das Wort Zwang überhaupt nicht drücken kann. Auch wo der Arzt aufgrund seiner ethisch-moralischen Vorstellungen eingreift, wird das nie ohne Zwang sein. Freilich stellt sich die Frage: Zwang in welcher Form? Schon wenn ein Süchtiger zu einem Arzt kommt, um sich laufend sein Methadon zu holen, muß er sich einen Zwang auferlegen. Solange aber ein Süchtiger in einem Zustand ist, daß er seiner Willensfreiheit gar nicht fähig ist und seinen Zustand gar nicht einschätzen kann, geht es gar nicht anders, als ihn fremdem Zwang zu unterwerfen. Ich kann nicht warten, bis sein Leidensdruck ihn für eine Therapie reif macht. Was nützt es, wenn ich abwarte, bis ihn der Leidensdruck treibt, sich entziehen zu lassen, wenn er dann keine Lebenserwartungen mehr hat. Ich muß also irgendwelche Zwangsmaßnahmen ergreifen, um ihn in eine Therapie zu stecken, selbst gegen seinen Willen.

HK: Und wie sehen Sie das Problem der Behandlung in geschlossenen psychiatrischen Anstalten?

Friedrich: Die psychiatrischen Anstalten sind für die Therapie Drogensüchtiger, soweit es sich nicht um Psychotiker handelt, vollkommen indiskutabel. Der Prozentsatz der dort Behandelten ist auch äußerst gering. Viele psychiatrische Anstalten haben keine eigene Drogenstation und rein psychiatrisch kann man schon deswegen nicht vorgehen, weil das Suchtphänomen kein klassisches medizinisches Phänomen ist, sondern vor allem ein pharmakogen-psychosoziales Problem. Dagegen kann man ohne Verbundsystem – ohne Zusammenwirken von Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern – gar nicht vorgehen. Auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin 1979 wurde nachdrücklich festgestellt: Die traditionellen psychiatrischen Einrichtungen hätten sich bei der Behandlung Drogenabhängiger weitestgehend als ungeeignet erwiesen. Eine geeignete Drogentherapie sei nur ambulant und freiwillig durchführbar; die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachrichtungen müsse bereits in der Entwöhnungsphase einsetzen.

„Eine Gesamtstrategie gegen die Suchtgefahren muß in einer neuen Besinnung auf das Erzieherische gesucht werden“

HK: Bedarf es nicht einer neuen Gesamtstrategie gegen Suchtgefahren? Es wird ja immer wieder darauf hingewiesen, daß auch der Alkohol- und der Medikamentenmißbrauch zunimmt?

Friedrich: Sie haben recht. Das Suchtpotential hat sich generell intensiviert. Und nicht nur das. Wir haben parallel dazu, mit 15 000 pro Jahr eine sehr hohe Suizidentenzahl, wir haben die hohe Zahl von Heroinsüchtigen und Heroin-toten, wir haben aber auch eine insgesamt angewachsene Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten, von Tranquilizern und Barbituraten, die in der Öffentlichkeit nur deswegen nicht so sehr in Erscheinung tritt, weil

niemand strafrechtlich verfolgt wird, obwohl sie ein Vielfaches derjenigen ausmachen, die heroinsüchtig sind...

HK: Ist es nicht falsch, hier quantitativ zu argumentieren? Vom Medikamenten- und selbst Alkoholmißbrauch bis zum Konsum harter Drogen ist es wohl doch ein qualitativer Sprung. Wird das Drogenproblem angesichts der vielfach geschilderten somatischen und seelischen Wirkungen nicht verharmlost, wenn es mit Alkohol- und Medikamentensucht auf die gleiche Stufe gestellt wird?

Friedrich: Das mag richtig sein. Nur müssen Sie auch bedenken, daß ähnlich wie der Drogenkonsum auch der Alkoholmißbrauch besonders bei Jugendlichen zunimmt und selbst schon bei Kindern keine Seltenheit ist.

HK: Wo könnte dann der Ansatzpunkt für eine Gesamtstrategie liegen, wobei ich mit Gesamtstrategie nicht die verschiedenen therapeutischen Modelle, sondern die Überwindung der gesellschaftlichen Verursacher meine?

Friedrich: Man kann nicht einfach der Gesellschaft die Schuld geben. Das entscheidende Kriterium ist der Zustand der Zivilisation mit ihrer Abflachung der Familienstrukturen und der zu frühen Entlassung von Kindern und Jugendlichen in eine Freiheit, in der sie sich nur sehr schwer zurechtzufinden vermögen. Der Ansatz einer Gesamtstrategie müßte deshalb meines Erachtens in einer neuen Besinnung auf das Erzieherische gesucht werden. Das Hauptproblem, das dem Drogenmißbrauch ursächlich vorausliegt, ist ja das fast unheimliche Anwachsen von Verhaltensstörungen, die sich aus Konsumzwang auf der einen und aus einer mangelnden Befähigung zur Selbstverantwortung auf der anderen Seite ergeben. Zu viele beklagen sich heute, daß sie in ihrer Kindheit nicht genügend gefordert wurden, deswegen erlahmen die Antriebskräfte, reduziert sich die Frustrationstoleranz. Eine stärker fordernde, zu aktiver Mitmenschlichkeit anhaltende Erziehung könnte manche narzißtische Krise bei jungen Menschen mildern oder vermeiden helfen und zu einem ich-stärkeren Realitätsbewußtsein beim Heranwachsenden führen.

Dokumentation

Ökumene braucht die Kirchen

Ein Rückblick von Willem A. Visser 't Hooft auf 60 Jahre ökumenische Bewegung

Am 20. September wurde Willem A. Visser 't Hooft 80 Jahre alt. Der Ökumenische Rat der Kirchen feierte den 80. Geburtstag seines ersten Generalsekretärs während der diesjährigen Tagung des Zentralaussschusses (vgl. ds. Heft S. 523). Bei dieser Gelegenheit gab Visser 't Hooft einen

aufschlußreichen Rückblick auf die Anfänge der ökumenischen Bewegung und erinnerte gleichzeitig an bleibende Wesenszüge ökumenischer Arbeit. Wir dokumentieren den im ersten Teil leicht gekürzten Text der am 17. August in Genf gehaltenen Ansprache. Die vom Sprachen-