

Weshalb ich die Nachteile eines Methadon-Programms für größer erachte als die Vorteile

A. MANZ
(Liestal/Schweiz)

Wenn über Methadon geschrieben wird, so geht es meistens um die Frage, wie eine kontrollierte Abgabe konzipiert sein sollte, was die Indikationen und Ziele dieser Abgabe sind und welche Erfolge man erhoffen kann oder evaluiert hat. Meistens sind hingegen verschiedene Fragen unberücksichtigt, eine zusammenhängende Bewertung des Nutzens oder des Schadens eines Methadon-Programmes fehlt. Im folgenden soll versucht werden, eine solche Bewertung vorzunehmen. Dabei sind im komplexen Feld der Drogensucht, resp. Drogenhilfe verschiedene Ebenen zu beachten:

1. Die Ebene der therapeutischen Intervention:

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 narzisstische Störung ausgeprägter oder ist die Psyche auf Borderline-Niveau organisiert. Es kommen selbst psychotische Strukturen vor. Methadon-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 schwer 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 ist 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 dann eine Spaltung zwischen Suchtmittelaufnahme (resp. Suchtmittelabgabe) und Psychotherapie eingebaut ist. Das Konzept der Therapiepolarisierung (Gmuer) stützt lediglich die Suchtstruktur, 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 ihre Suchtstruktur aus. Ein Mittel, auf psychotherapeutischer Grundlage dem Klienten

langsam mehr Kohärenz zu ermöglichen, wird durch die Spaltung im Methadon-Programm behindert. Gerade für schwer gestörte Süchtige ist eine klare und einheitliche Position unabdingbar, die suchtfreien Programmen, mindestens prinzipiell, innewohnt. Ich behaupte, daß vor allem relativ stabile neurotische Persönlichkeitsstrukturen vom Methadon-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 Methadon-Programm auf psychodynamischer Ebene entgegengestellt, durch ein solches gesund werden können. Ich möchte aber sehr anzweifeln, ob es gerade die schwach-strukturierten Süchtigen sind, die vom Methadon-Programm 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 Süchtige, 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.

2. Berufsebene, auf welcher die Suchthilfe stattfindet:

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 erster 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, begegnet 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 findet 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 existenziell die Frage, was Wandel in verfahrenen Situationen herbeiführt. Meistens sind es nicht "bessere Tricks" oder "griffigere Maßnahmen".

These: Das Methadon-Programm ist in der Suchthilfe ein Rückfall auf einen ärztlichen Denkansatz, der schon oft versagt hat. Umgekehrt ist der Aufbau von Methadon-Programmen Ausdruck des Versuches der Ärzte, Suchthilfe nicht völlig aus den Händen zu verlieren.

3. Ebene des konzeptionellen Wunschenkens oder die Lücke zwischen Programm und Wirklichkeit:
Ich habe zu bemängelnd, daß mir keine Arbeit bekannt ist, welche Wunsch und Wirklichkeit der Durchführung von Methadon-Programmen zum Inhalt hat. Die Programme von Gmuer, Uchtenhagen, etc. sind sehr klar konzipiert. Die Indikationsstellung ist definiert, das Abgabeprocedere, 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 lernte 16jährige "Kinder" im Methadon-Programm kennen und konnte meist den Indikationsgedanken für die Aufnahme in solche Programme nicht nachvollziehen. Im Umfeld jedes Methadon-Programmes entwickelt sich zwangsläufig auch ein Methadon-Schwarzmarkt aus Beständen von Praxis- oder 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 im nächsten Abschnitt beschriebenen Suchtstruktur, die dem Ersatz-Präparate-Konzept inneohnt.

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.). Methadon-Programme versuchen dies erneut zu verlagern. Die Wirklichkeit des Abgabechaos ist beredtes Zeugnis davon.

4. Gesellschaftspolitische Ebene:
Die Suchtproblematik steht im Kräftefeld zwischen innerpsychischen Konflikten, familiären Spannungen und gesellschaftlichen Fehlentwicklungen. Charakteristisch für fast alle Suchtphänomene ist die Spaltung als Veränderungsstrategie, der orale Hunger (eine Spannung wird sehr schwer ausgehalten und muß durch rasche Neutralisierung, durch rasche Handlung, wie Trinken, Rauchen, Spritzen, Essen, etc. beseitigt werden) und die Manipulation. Immer dort, wo süchtige Strukturen ihre Abwehr formieren, sind diese Charakteristika nachweisbar. Das Methadon-Programm ist meiner Ansicht nach ebenfalls Ausdruck einer solchen süchtigen Abwehr-

struktur. Das erklärt deren Popularität und die große Verbreitung, welche die Ersatz-Präparate-Strategie, vor allem bei staatlichen Gesundheitsplanern, genießt. Diese sind von ihrer Position her sehr stark in gesellschaftliche Tendenzen verweben, haben von dort her auch ihren Handlungsauftrag. Daß also gerade sie bei ihrer Suche nach Hilfsstrategien süchtigen Abwehrformen erliegen, ist verständlich. Nachzuweisen sind diese Abwehrformen im Methadon-Programm folgendermaßen:

Die Hilfe für Süchtige wird durch ein Suchtmittel definiert (Spaltung), der Helfer hat zugleich die Funktion des Dealers (Spaltung), die therapeutische Strategie der "Therapiepolarisierung" baut geradezu auf der Spaltung zwischen Dealer und Therapeut auf. Die Gesprächstherapie findet unter Voraussetzung der Kommunikationsbeeinträchtigung statt (Spaltung). Das Hilfsmittel ist eine orale Befriedigung, es wirkt sofort und neutralisiert die Spannung. Das Methadon-Programm enthält die große Verlockung, in kurzer Zeit viele Süchtige zu erfassen und ihnen in ihrer Sucht entgegenzukommen. Diese Verlockung ist aber ihrem Wesen nach manipulatorisch. Durch einen Trick wird das Heroin verfolgt und seine Schwester, das Methadon, heilig gesprochen. Das Manipulationsbedürfnis ist sicher auch für die staatlichen Vertreter der Gesundheitspolitik größer als für die weniger gebundenen Fachleute.

Die beschriebenen Widersprüche sind für Süchtige mit relativ starker Persönlichkeitsstruktur ignorierbar. Für den "ungeschützten", chaotisch verarbeitenden Süchtigen sind sie eine Hypothek, die das Methadon-Programm schwer belastet und grundsätzlich in Frage stellt.

5. So bleibt zusammenfassend:

Die Motive für Methadon-Programme sehe ich in einem ärztlichen Anspruch, der eigentlich überholt sein sollte. Diesem kommen Manipulationsbedürfnisse der staatlichen Gesundheitsplaner und die orale Gier der Süchtigen entgegen. Aus dieser Allianz erklärt sich die steigende Aufmerksamkeit, welche Methadon-Programmen entgegengebracht wird. Im weiteren habe ich versucht, der einleuchtenden Ansicht, viele Wege führten nach Rom, entgegenzuhalten, daß dieser an sich richtige Satz nicht einfach mißbraucht werden darf, um die Reflexion über den Schaden und den zweifelhaften Nutzen von Methadon-Programmen zu unterlassen. Der Behauptung, daß Methadon-Programme sich für eine spezielle Gruppe von Süchtigen erfolgreich eignen würde, habe ich zu widersprechen versucht.

Die Nicht-Einhaltung der proklamierten Methadon-Konzepte sind direkter Ausdruck der Suchtstruktur von Methadon-Programmen. Das vorhandene Chaos ist auch nicht durch vermehrte Kontrolle innerhalb solcher Bestrebungen längerfristig zu beheben.

Fazit: Die Nachteile von Methadon-Programmen sind so überwiegend, daß ich frage, weshalb

so beträchtliche finanzielle Mittel in diese Programme investiert werden.

6. Nachtrag:

Seit dem Verfassen dieses Artikels vor einem Jahr haben sich, zumindest in der Schweiz, die Ereignisse rund um die Abgabe von Ersatzpräparaten überstürzt. Vielerorts wurde die Abgabeindikation massiv gelockert. In Zürich geht man nun sogar dazu über, anstelle von Indikationen nur noch Kontraindikationen für eine Methadonabgabe zu formulieren. Mehr und mehr wird die Ersatzpräparateabgabe in die Hände der Hausärzte gelegt, womit der Nichtfachmann erneut von den Suchtproblemen seiner Patienten überfordert wird.

Die Angst, welche die AIDS-Problematik mit sich gebracht hat und das Bedürfnis von Gesundheitsplanern, eine breite Bevölkerung von einer Durchseuchung zu bewahren, hat zum trügerischen Propagieren einer "liberalen" Methadonabgabe geführt. Angeblich stehe das Interesse der Süchtigen, ihr Recht auf Selbstbestimmung und ihr Schutz vor Verwahrlosung im Vordergrund der neuen Drogenpolitik. Meiner Ansicht nach sind es aber ordnungspolitische, juristische und berufsstandespolitische Interessen, die zum Entstehen des neuerlichen "Methadonboomes", der gegenwärtig am anlaufen ist, führen. Die Juristen, die sich in der Drogenfrage engagieren, glauben offenbar nicht daran, daß eine längst fällige Revision des Betäubungsmittelgesetzes eine Chance auf Realisation hat. So sehen sie einen Ausweg in der Methadonabgabe, von welcher sie hoffen, daß ein unbeschränkt verfügbares Ersatzpräparat die Süchtigen in großer Zahl von der Kriminalität oder gar von einer Verelendung abzuhalten vermag. Mit dem Argument, daß bei einer breiten Methadonabgabe an Süchtige eine Verbreitung der AIDS-Erkrankung durch unsaubere Spritzen verhindert werden könne, greifen auch interessierte Ärzte nach verlorengegläubten Behandlungskompetenzen. Zweifelhaft ist die Argumentation deshalb, da die Verbreitung von AIDS in der Drogensubkultur zu einem wesentlichen Teil durch die Promiskuität bedingt ist. Zudem ist das Programm der sauberen Spritzen sicherlich effizienter als die Liberalisierung des Methadons. Im weiteren muß befürchtet werden, daß eine eigentliche Prävention gar nicht erwirkt werden kann, sondern daß lediglich ein zeitlicher Aufschub einer Ansteckung eintreten wird. Die neue "Liberalisierung" des Methadons entbehrt meiner Ansicht nach einer medizinischen Begründung. Die Rolle der interessierten Ärzte ist wohl eher mittels der Überlegungen, die unter Punkt 2 entwickelt worden sind, zu verstehen. Ordnungspolitiker erhoffen vom neuen "Liberalismus", die Süchtigen in ihrem Wunsch nach Betäubung befriedigen zu können und sie damit noch radikaler in den Randbereich der Gesellschaft zu drängen. Damit sollte auch die Gefahr einer AIDS-Infiltration in die Gesellschaft verkleinert werden. Die Bedürfnisse der Süchtigen werden zwar vordergründig erfüllt, die Süchtigen werden meiner Ansicht nach aber erneut betrogen und oberflächlich "ruhiggestellt".