

Entwicklung der Drogentherapie in den vergangenen 45 Jahren

Eine subjektive und persönliche Optik

von Andreas Manz¹

Die Drogenhilfe hat sich - ähnlich wie andere Gebiete der sozialtherapeutischen Strukturen - in den vergangenen 45 Jahren stark gewandelt. In den frühen 1970er Jahren existierte sie noch kaum. In der Folge wurden eine grosse Zahl von Institutionen aufgebaut, die notwendig erschienen, um dem Drogenproblem etwas entgegenzusetzen zu können. Viele dieser Institutionen und Konzepte sind heute teilweise oder gänzlich verschwunden und andere Konzepte und Institutionen haben sich in den Vordergrund geschoben.

Die Motivation, diesen Aufsatz zu verfassen, liegt darin, der heutigen Generation von Therapeuten und Drogenhelfern die Überlegungen von damals transparent zu halten. Vieles, was vor 40 Jahren gedacht wurde, ist heute vergessen. Ob dies ein Zeichen dafür ist, dass sich die Gedanken von damals als irrelevant oder überholt herausgestellt haben, oder ob es ein einfaches Vergessen aus den unterschiedlichsten Gründen ist, kann ich nicht beurteilen. Die Gedanken sollen hier - aus meiner persönlichen Optik formuliert - zur Verfügung gestellt werden.

Für mich stellt der Aufsatz eine Gelegenheit dar, über eine zu Ende gehende Zeit Rechenschaft abzulegen, nochmals darüber nachzudenken und mich mit meinen Freunden und Weggefährten von damals, die diesen Aufsatz begleitet haben, darüber zu unterhalten.²

In einem **ersten Teil** will ich einige Themen beleuchten, die mir für die Drogenhilfe als relevant erscheinen. Selbstredend ist die Auswahl der Themen unvollständig und beinhaltet bereits stark subjektive Positionen.

In einem **zweiten Teil** will ich der Frage nachgehen, aus welchen Gründen sich die Drogenhilfe so stark verändert hat, sodass sie sich heute in einem ganz anderen Gewand präsentiert.

Im **Anhang** finden sich Materialien zu den einzelnen Kapiteln.

Als **Zusammenfassung** des ersten Teils kann das Kapitel 17 *Versuch einer Bilanz* angesehen werden (S.18-20). Als Zusammenfassung des zweiten Teils kann das *Schlusswort* S. 32 gelten.

¹ Dieser Aufsatz steht in einem formalen und inhaltlichen Kontext zu den Aufsätzen von Dieter Thommen „*Der Verein Drogenhilfe – Hintergrund und Scheitern einer Vision*“ und von mir „*Die Arbeitserziehungsanstalt Arxhof - ein Versuch einer Retrospektive*“. Beide 2018, zu finden unter www.praxis-t15.ch/dr-med-a-manz/publikationen/. Der Anlass, diese Aufsätze zu verfassen, war das 20-jährige Jubiläum der Stiftung SUCHTHILFE REGION BASEL (SRB) vom 13.9.2018. Beide Autoren haben eine lange berufliche und persönliche Vergangenheit mit der SRB resp. deren Vorgängerin, dem Verein Drogenhilfe, aus deren Zusammenschluss mit dem Verein Arbeitsgemeinschaft für Aktuelle Jugendfrage AAJ die SRB 1998 entstanden ist.

² Urs Argast, Dieter Bongers, Marc Flückiger, Esteban Pineiro, Gerhard Schobel und Dieter Thommen seien für ihre Anregungen und kritischen Einwände gedankt. Sie waren nicht mit allen Teilen meiner Überlegungen einverstanden, was ich gut verstehen kann. Trotzdem habe ich gewisse Aussagen nicht abgeschwächt, weil sie meine Sichtweise darstellen. Ich habe bewusst das Risiko in Kauf genommen, polarisierend zu wirken. Der damit provozierte Widerspruch ist dabei willkommen. Die Gefahr einer Abschwächung von Konturen, die mir wichtig erscheinen, hat für mich schwerer gewogen als die Gefahr des missverstanden werden.

I Historische Entwicklung der Drogenhilfe

1. Die Ratlosigkeit Mitte der 70er Jahre

Die Geschichte der Drogentherapie in der Region Basel beginnt mit einer grossen Ratlosigkeit beim Auftauchen von Drogenproblemen in der Schweiz. Dem zunehmenden Gebrauch von Haschisch, LSD und Amphetaminen folgte rasch auch jener von Opiaten, namentlich von Heroin. Alarmierende Berichte aus den USA hatten Europa vorgewarnt, womit man sich künftig zu befassen haben würde. Einen Missbrauch von Opiaten und entsprechende Abhängigkeitsprobleme gab es schon in den Jahrzehnten davor, in Künstlerkreisen und insbesondere im medizinischen Bereich, wo der Zugang zu Morphinum seit langem möglich war. So wurde beispielsweise der Fall eines Anatomieprofessors bekannt, der ein geordnetes wissenschaftliches und kulturelles Leben führte und in dieses eine substanzielle Morphinumabhängigkeit zu integrieren wusste.

Die Kombination der Heroinsucht mit Aussteigertum, Dissozialität und Kriminalität war aber in der Folge der 1968er Jahre für die Schweiz neuartig. Der Schwarzmarktpreis von Heroin war derart hoch, dass von Süchtigen nicht selten Tageskosten von Fr 600.-- aufzubringen waren, was ohne kriminelle Aktivitäten unmöglich war. Die strenge polizeiliche und strafrechtliche Verfolgung der Drogensucht und die damit verbundenen hohen Preise auf dem Schwarzmarkt bildeten ein Selektionskriterium für Menschen, wer sich eine Abhängigkeit leisten konnte und wer nicht. Um eine Beschaffungskriminalität mit einem Monatsumsatz von gegen Fr. 20'000.-- bewältigen zu können, brauchte es neben einer gewissen kriminellen Energie vor allem auch logistisches Geschick und Durchsetzungskraft. Diese persönlichen Eigenschaften wurden später in der Konzeption der Therapie genutzt. Vorerst aber stand die Gesellschaft einem Problem gegenüber, das zusätzlich medial zu einem Chaos hochstilisiert wurde. Die Stichworte dazu sind Autonomes Jugendzentrum 1972-73 und 1981, Table Ronde für aktuelle Jugendfragen 1973, Heimkampagne der 1970-er Jahre, Jugendkrawalle 1980³.

2. Die Disqualifikation der Ärzte

Gesundheitliche Probleme werden rasch zu Problemen der Ärzte. Diese waren auch bei der aufkeimenden Heroinsucht erste Anlaufstelle, um Lösungen vorzuschlagen und umzusetzen. Beim Heroinsüchtigen handelte es sich aber um einen zwiespältigen Patienten, der einerseits Hilfe wollte, andererseits den Arzt zum Instrument seiner Sucht missbrauchte. Dieser gespaltenen Situation waren viele Ärzte rasch hilflos ausgeliefert und es

³ z.B. die Krawalle vor dem Kaufhaus Globus in Zürich am 29.6.1968 oder dem Opernhaus Zürich am 30./31.3.1980, der Mieterkampf um die Häuser an der Florastrasse in Basel 1979

zeigte sich, dass die ärztliche Praxis mehr zum Teil des Problems wurde und kaum Nützliches zur Lösung der Drogenproblematik beitragen konnte. So fand Ende der 1970er Jahre eine Disqualifikation der Ärzte statt. Nicht zu Unrecht wurde ihnen vorgeworfen, dass sie mit der chaotisch angelegten Struktur der Patienten nichts anfangen konnten und dass sie sich rasch als Dealer der Süchtigen missbrauchen liessen oder missbrauchen lassen wollten – einige sahen rasch ein Geschäftsmodell ihrer Tätigkeit in der Versorgung der Drogenabhängigen. Auch hier lief die Auseinandersetzung in den USA einige Jahre früher in gleicher Weise ab.

3. Synanon als Retter in der Not

Chuk Dederich (1913-1997) gründete 1958 Synanon in Kalifornien. Er selber war Alkoholiker und hatte mit Hilfe der Anonymen Alkoholiker 1956 aufgehört zu trinken. Diese eigenen Erfahrungen und seine Reflexionen darüber führten ihn zur Überzeugung, dass Drogenabhängige nur sich selber helfen können, so wie er dies bei den Anonymen Alkoholikern erfahren hatte. Gleichzeitig war ihm klar, dass Heroinabhängige in der Regel viel jünger sind und vor allem eine höhere Kriminalitätsrate aufweisen als Alkoholiker und dass daher andere Formen der Selbsthilfe erforderlich sein würden. Während das Konzept der Anonymen Alkoholiker voll auf ambulante Selbsthilfe ausgerichtet ist, wurde Synanon als stationäre Selbsthilfeorganisation konzipiert, die sich bald als Lebensgemeinschaft verstand, basierend auf der Einsicht, dass Menschen, die so tief in den Heroinsumpf abgeglitten sind, lebenslanglich Gefahr laufen, sich selber zu zerstören.

Synanon hatte einen glücklichen Start und führte in unprofessioneller Weise der staunenden Fachwelt vor, dass es offenbar doch möglich ist, sich mit der Drogensucht therapeutisch auseinander zu setzen unter der Bedingung, dass die Ärzte und Psychiater die Finger davon lassen. Voraussetzung war, dass die Therapie auf Selbsthilfe, respektive auf die Stimulation der Eigenverantwortung ausgerichtet wurde.

Als sich die Kunde vom geglückten Experiment Synanon in Amerika verbreitete, beauftragte der Staat New York den Psychiater Dan Casriel (1924-1983), das Therapieexperiment Synanon zu untersuchen und zu berichten, welche Erkenntnisse daraus für die Behandlung der Drogenabhängigkeit in New York gezogen werden konnten. Casriel imponierte das Gruppenkonzept von Synanon und die auf Selbstverantwortung ausgerichtete Selbsthilfe. Er sah die praktizierten Selbsthilfetherapien in Synanon aus der Optik eines Psychiaters und destillierte die Auseinandersetzung mit der eigenen Aggression⁴ als wichtigstes Element der dort praktizierten Therapie heraus. So wurde 1963 in New York City Daytop als analoge, aber „professionelle“ Therapieinstitution, gegründet. Dan Casriel entwickelte aufgrund seiner Überlegungen eine eigene Therapiemethode, wie Menschen

⁴ Er war vom sogenannten Synanon-Game beeindruckt. Die ganze Gemeinschaft wird jede Woche drei Mal auf Gruppen von 12-20 Personen aufgeteilt. Casriel entwickelte aus der Tatsache, dass er das Herausschreien der aggressiven Emotionen als heilsam erlebt hatte, eine eigene Schreitherapie. Er nannte seine Therapie „New Identity Process“ oder „Bonding“.

geholfen werden kann, sich mit den verleugneten aggressiven Impulsen auseinanderzusetzen.

Der junge Jurist Lewis Yablonsky (1924-2014) wurde ebenfalls auf Synanon aufmerksam und schrieb darüber 1965 die erste umfassende Analyse von Synanon⁵. Er hatte sich schon zuvor als Kriminologe mit kriminellen Gangs auseinandergesetzt. Das Buch von Yablonsky beeinflusste auch die Entwicklung des therapeutischen Zugangs zur Drogensucht in Europa. Als es dem Psychiater Walther Lechler (1923-2013) in die Hände kam, reichte er es 1968 an zwei drogenabhängige Patienten weiter, die bei ihm in der Praxis Medikamente organisieren wollten. Ingo und Irene Warnke studierten das Buch sehr genau und beschlossen, dies als Rezeptbuch für den eigenen Drogenausstieg zu nutzen und selber eine Selbsthilfeorganisation (Release 1971) zu gründen. 1975 wechselten sie den Namen von Release auf Synanon. Das erste Haus lag an der Oranienstrasse 175 in Berlin und das zweite, der Jägerhof, am Wannsee. Beide boten Raum für genügend Menschen, die miteinander nach den Konzepten von Synanon in einer Selbsthilfegemeinschaft leben wollten. 1978 konnte sich die Gemeinschaft bereits entscheidend vergrössern und ein weiteres Haus an der Bernburgerstrasse 24-25 in Berlin Kreuzberg erwerben.

In rascher Folge wurden Publikationen⁶ verfasst, die sich der Thematik einer erfolgreichen Drogentherapie annahmen. Einerseits stand dabei der Grundgedanke der Therapeutischen Gemeinschaft⁷ im Vordergrund, andererseits etablierte sich rasch das sogenannte Kettenmodell. Dieses ging von der Überzeugung aus, dass die einzelnen Institutionen sich einerseits spezialisieren mussten (Gassenarbeit, Drogenberatung, Entzugsstation, Therapeutische Gemeinschaft, Nachsorge, berufliche Eingliederung) und sich andererseits verbindlich miteinander vernetzen sollten.

An vielen Orten wurden nach dem Konzept der Therapeutischen Gemeinschaften stationäre Institutionen gegründet. Die erste in der Region Basel wurde als Therapeutische Gemeinschaft Gatternweg 1971 in Riehen aufgebaut. *„Die Entstehungsgeschichte der therapeutischen Gemeinschaft Gatternweg reicht weit zurück. Sie ist die Geschichte einer Idee, die als Selbsthilfeprojekt von einigen in den 68er Unruhen für soziale Probleme sensibilisierte jungen Leuten in die Hand genommen wurde und die in der Realisierung Schritte auf eine immer grössere Institutionalisierung zu durchmachte“*.⁸ An den Gatternweg wurde im selben Jahr die Brockenstube Glubos angegliedert, in der abstinenten Drogenabhängige arbeiten konnten. Ebenfalls 1971 wurde die Drogenberatungsstelle Drop-In eröffnet und 1975 die Kette, der Dachverband drogentherapeutischer Einrichtungen der Region Basel, gegründet.

⁵ Lewis Yablonsky „The tunnel back“. Synanon, New York; Macmillan, 1965, Deutsch Klett, Stuttgart; 1975

⁶ Hilarion Petzold: Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen, Rosenheim 1971

Derselbe: Zur Therapie von drogenabhängigen Jugendlichen, Mönchengladbach 1973;

Derselbe als Herausgeber: Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen, Junfermann Paderborn 1973

Derselbe: Phoenix und Odyssey Houses als Modelle in der Behandlung Drogenabhängiger 1974

Derselbe: Daytop, das Konzept einer therapeutischen Gemeinschaft zur Behandlung Drogenabhängiger 1974

⁷ Maxwell Jones: Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft, 1968, dt. Huber, Bern 1976

⁸ Ursina von Albertini / Peter Schulthess: Die therapeutische Gemeinschaft Gatternweg, Basel 1981

4. Von Synanon abgeleitete Konzepte (Therapeutische Gemeinschaft, kalter Entzug, Gruppentherapie, Selbsthilfe)

Dass Synanon einen Ausweg aus der Ratlosigkeit über die Entwicklung einer Drogensucht-Epidemie aufgezeigt, hatte Konsequenzen für das konzeptionelle Schaffen in den darauffolgenden Jahrzehnten. Dass andere „professionelle“ Kopien von Synanon ebenfalls funktionierten, war ein Beweis, dass Synanon intuitiv etwas Entscheidendes gefunden hatte.

Drogenentzug: Synanon hatte bewiesen, dass ein Drogenentzug ohne Medikamente problemlos durchführbar ist. Es braucht dazu die Geborgenheit einer schützenden Gemeinschaft, Menschen, die wissen, dass der Entzug nicht wirklich weh tut und rasch vorbei geht, wenn man sich nicht ins Bett legt, sondern so gut wie möglich körperlich tätig bleibt.

Kontaktsperre: Synanon hatte gezeigt, dass zu Beginn einer Entwöhnung ein Bruch mit den alten Gewohnheiten und die Abgeschlossenheit in der neuen abstinenten Gemeinschaft Voraussetzung für eine Ausnüchterung des Geistes ist. Niemand wurde eingeschlossen. Die Türe war von innen nach aussen immer offen. Die Gemeinschaft gab den Rat, nicht durch die Türe nach draussen zu gehen, nicht zurück ins alte Leben zu gehen, weil dort die Selbstdestruktion der Sucht wartet. Entschied sich jemand trotzdem, durch die Türe ins alte Leben zu gehen, konnte er wieder kommen, musste aber von vorne beginnen, nicht als Strafe, sondern basierend auf der Einsicht, dass die Ausnüchterung der Gedanken und Gefühle wieder von vorne beginnen musste. Die Gemeinschaft musste sich auch selber schützen, damit sich nicht die Machtdynamik der Gasse⁹ im Lebensraum der Gemeinschaft breit machte und die Mitglieder, die eine wackelige Phase durchmachten, destabilisierte.

Gruppe als Lebens- und Entwöhnungsraum: Synanon hat von den Anonymen Alkoholiker die Einsicht übernommen, dass die Sucht stärker ist als die Person: sie kann mit Vorsätzen allein selten besiegt werden. Das Lösungswort war Kapitulation gegenüber der eigenen Überschätzung, die Sucht „im Griff“ zu haben. Hilfe kommt von anderen Betroffenen, die den Weg der Kapitulation schon seit langem gehen und von ihren Erfahrungen berichten. Die Gruppe ist das Medium, in das die Gespaltenheit oder Ambivalenz der Sucht gegenüber eingebracht werden kann. Von Synanon haben die Therapeutischen Gemeinschaften übernommen, dass die Gesundung über die Teilnahme an der Gruppentherapie führt. Die Gruppe wurde zum therapeutischen Kern, um den sich andere Therapieteile gruppierten. Die Gruppe erfüllte die Maximen der Ich-Stärkung, der Eigenverantwortung, der Offenheit gegenüber den Mitgliedern der temporären Schicksalsgemeinschaft. Die Gruppe war der Platz, an dem die Voraussetzungen für eine Selbsthilfe geschaffen wurden. Einzeltherapie wurde als Ergänzung zur Gruppentherapie praktiziert. Die in der Einzeltherapie bearbeiteten Themen wurden darauf untersucht, ob und wann sie

⁹ Diese Verhaltensdynamik der Gasse wurde mit dem Begriff des „Gassenverhalten“ umschrieben.

in die Gruppentherapie zurückfließen sollen. Teilweise wurde auch Familientherapie ins therapeutische Spektrum der Entwöhnungsarbeit eingebaut. Das entsprechende Instrument wäre die Mehrfamilientherapie (Eine Gruppentherapie mit mehreren Familien) gewesen, die aber nur im Arxhof während einer zwei jährigen Phase praktiziert wurde.

Therapeutisches Milieu: Das therapeutische Milieu wurde als Voraussetzung, dass Heilung in einer Institution entstehen kann, angesehen. Mit Heilung sind alle neuen Erfahrungen gemeint, die ein Mensch in einer Institution machen kann und eine Alternative zu seinen Traumatisierungen der Kindheit und Jugend darstellen. Allzuoft erleben Menschen reine Wiederholungen ihrer Traumatisierungen oder erwarten unbewusst von den Mitarbeiter einer Institution, dass sie auf gleiche Weise reagieren werden, wie sie das in dem früheren pathogenen Milieu erlebt hatten. Hier setzt die Theorie der Milieuthherapie ein, die eine Dynamik unter Mitarbeitern und Eingewiesenen schaffen will, damit der Traumatisierung heilende neue Erlebnisse entgegen gestellt werden können. Die Herausforderung liegt darin, eine Retraumatisierung zu vermeiden und tatsächlich neue Erfahrungen anzusteuern. - Der Arxhof I¹⁰ hatte der Vermeidung einer Retraumatisierung durch Strukturen und Dynamiken des therapeutischen Milieus höchste Priorität gegeben. Andere Institutionen versuchen, das Milieu heilend zu gestalten, scheuten aber den Aufwand, der dazu auf der Ebene der Mitarbeiterschulung nötig gewesen wäre.

Therapiedauer: Synanon war als Lebensgemeinschaft von Menschen konzipiert, die den Eintritt in die Gemeinschaft als Alternative zur eingetretenen Verelendung und als Vermeidung der Selbstvernichtung verstanden. Eine Entwöhnungstherapie, die sich als befristete Lebensphase verstand, musste auf einen Austritt zuarbeiten und die Frage beantworten, wie lange eine stationäre Phase dauern muss und ab wann die Therapie ambulant oder teilstationär weitergeführt werden kann. Die Beantwortung dieser Frage hängt von verschiedenen Faktoren ab. Hat die Sucht eine tiefe Verwahrlosung verursacht, ist mit einer langen stationären Entwöhnungsphase zu rechnen. Der Geist¹¹ braucht mehr als ein Jahr, bis er, vom Suchtmittel befreit, wieder autonome Problemlösungen findet, die ein genügend solides Fundament für ein Leben ausserhalb der Gemeinschaft darstellen und die Therapie ambulant fortgesetzt werden kann. Hat jemand beispielsweise mehr als 10 Jahre nicht mehr gearbeitet, wird er eine Zeit von über einem Jahr brauchen, um an eine Arbeitsfähigkeit früherer Jahre heranzukommen. Möglicherweise benötigt er auch eine Umschulung. Hat eine Sucht bereits ab 15. Lebensjahr in dominanter Weise bestanden, so hat dieser Mensch noch gar nicht gelernt, selbständig und autonom zu leben. Entschliesst sich diese Person beispielsweise mit 30, sich von den Drogen zu entziehen und eine Entwöhnung zu beginnen, wird er wohl zwei Jahre brauchen, bis er einigermaßen das nachgeholt hat, was er ab 15 unter dem Drogenschleier verpasst hat. Er benötigt eine „Schnell-Nachreifung“, die in einer ihn schützenden Gruppe als verspätete

¹⁰ Siehe weiter hinten

¹¹ Mit Geist meine ich hier die Gesamtheit von Denken, Fühlen und moralischen Normen wie Ehrlichkeit und Offenheit. Süchtige Menschen beginnen in der Regel erst nach einem Jahr zu erzählen, was in ihrer Suchtzeit wirklich abgelauten ist. Erst nach einem Jahr werden sie introspektionsfähig. Erst nach einem Jahr schliesst sich langsam die Spaltung der denkenden und fühlenden Persönlichkeit.

Ersatzfamilie ablaufen muss. Er braucht diese Zeit, bis er die genügende Nachbildung von Persönlichkeitsanteilen erlangt hat, die ihn befähigen, autonom und selbstverantwortlich sein Leben in die eigenen Hände zu nehmen. Für eine solche Nachreifung sind zwei Jahre ein unteres Minimum. Zuviel ist von 15 bis 30 nicht herangereift, was für ein autonomes Leben notwendig ist. Die Gruppe in der Therapeutischen Gemeinschaft muss die familiäre Stabilität, die Wärme und den Schutz bieten, den von 14 bis 18 die meisten Menschen brauchen, um sich zu selbständigen Menschen zu entwickeln. Danach muss ein Beruf gelernt werden, der als künftige Erwerbsgrundlage dienen kann. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität, dem eigenen Körper, mit dem Vertrauen in sich und die Anderen muss in weiten Teilen nachentwickelt werden, weil auch diesbezüglich die Drogen vieles verhindert oder in einen problematischen Kontext gesetzt haben (bei Frauen oft die Prostitution).

Abstinenz: Synanon forderte beim Eintritt die Entscheidung ein, künftig abstinent leben zu wollen. Synanon ging davon aus, dass bei jedem Süchtigen, die Synanon brauchen, der Beweis dutzende Male erbracht worden ist, dass Suchtmittelkonsum und eigenverantwortliches Leben nicht vereinbar sind. Die Menschen, die Sucht, Beruf und Familie miteinander vereinbaren können, brauchen Synanon nicht. Diejenigen, die Synanon brauchen, haben diesen Spagat nicht zu Stande gebracht. Die Frage der Kombinierbarkeit von Sucht und selbständigem Leben war mit dem Eintritt in Synanon beantwortet. Diese Logik haben auch die Therapeutischen Gemeinschaften der 70-er bis 90-er Jahre übernommen. Wer für sich die Frage der Unvereinbarkeit seiner Sucht mit seinem selbstverantwortlichen Leben noch nicht beantwortet hatte, war kein Eintrittskandidat für eine Entwöhnungstherapie. Entwöhnung setzt genau so wie jegliche Psychotherapie ein nüchtern funktionierendes Hirn voraus. Psychotherapie und Konsum lassen sich nicht verbinden. Ambulante und stationäre Hilfe bei weiter konsumierenden Süchtigen muss als Sozialhilfe bezeichnet werden und hat nichts mit einer Therapie zu tun, die auf Veränderung und Entwicklung ausgerichtet ist. Das heisst nicht, dass Rückfälle alles Erreichte zerstören. Rückfälle gehören zu den meisten erfolgreichen Entwicklungen. Ihre Häufigkeit, Dauer und Gefährlichkeit entscheiden darüber, wie stark sie die Therapie behindern oder verunmöglichen.

Selbsthilfe: Das weltweit erfolgreichste Konzept der Suchttherapie ist dasjenige der Anonymen Alkoholiker. Es ist ausschliesslich auf einen Selbsthilfe-Ansatz zentriert. Ihm liegt die Einsicht zugrunde, dass ein Mensch, der von seiner Sucht beherrscht wird, den wesentlichen Teil einer Stabilisierung in den eigenen Händen hält. Das AA-Konzept zielt mit seinem 12-Schritte Programm auf die Erarbeitung der dazu notwendigen Optik und liefert eine Mischung aus Selbstverantwortung und Demut.¹² Das Selbsthilfekonzept wurde denn auch zum zentralen Ansatz von Synanon und zu einem wichtigen Teil der Therapiekonzeption einer Therapeutischen Gemeinschaft. Bei letzterem entsteht selbstredend eine fundamentale Spannung zwischen therapeutischer Professionshilfe und den Hilfeanteilen,

¹² Eine gute Analyse der Wirkungsweise der Anonymen Alkoholiker hat Gregory Bateson verfasst: Bateson Gregory: Die Kybernetik des „Selbst“: Eine Theorie des Alkoholismus, 1971, dt. in Bateson Gregory: Ökologie des Geistes, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1983

die auf die Selbsthilfe der Betroffenen basieren. Die zwei Kräfte stehen in einem dialektischen Verhältnis zueinander. Die Ausgewogenheit dieser Dialektik und die kritische Hinterfragung der einzelnen Positionen ist ein entscheidender Faktor für das Gelingen einer Therapeutischen Gemeinschaft. Selbsthilfe hat eine besondere Autorität unter den Betroffenen, die eine professionelle Hilfe nie aufbringen kann. Umgekehrt fehlt der Selbsthilfe die therapeutische Distanz und Erfahrung. Die Hilfe zur Selbsthilfe war lange Zeit der zentrale Motor in der Suchthilfe.

Welche Überzeugung steht dahinter? Hinter dem Konzept einer Therapeutischen Gemeinschaft steht die Überzeugung, dass es sich lohnt, verpasste Entwicklungen nachzuholen und schwere Kindheitsbedingungen soweit wie möglich zu kompensieren. Eine Verbesserung des Persönlichkeits-Fundamentes soll dem Süchtigen die Voraussetzung in die Hand geben, mit seiner besonderen Anfälligkeit für eine süchtige Problemlösung künftig besser fertig zu werden.

Emanzipatorische Elemente: Menschen, die während zwei Jahren eine stationäre Therapie in einer Therapeutischen Gemeinschaft erlebt haben, haben aufgrund ihrer Not eine einzigartige Chance erhalten. Sie haben ein Bewusstsein über innerseelische Vorgänge, gruppensdynamische Prozesse und Machtspiele gebildet. Sie haben die verschiedenen Umgangsweisen mit Gefühlen und Konflikten erprobt und analysiert. Nach der Therapie kehren sie stärker und bewusster in die Welt zurück, als dies bei gleichaltrigen ohne Suchtvergangenheit üblicherweise der Fall ist. Dies führt vorerst auch zu Frustrationen, zu einem richtigen Wirklichkeitsschock. Ist der einmal überwunden, so stellen die intensiven Erfahrungen mit der künstlichen Grossfamilie ein Guthaben emanzipatorischer Art dar, das durch nichts zu ersetzen ist und auf das ein Leben lang zurück gegriffen werden kann. Wie bei allen intensiven Erlebnissen werden deren Bedeutung meist erst nach Jahren bewusst. Eine Fortsetzung der Selbstreflexion in einer langen ambulanten Therapie begünstigt ein solcher Auswertungsprozess.

5. Die AIDS-Gefahr und deren Konsequenzen

In den frühen 80-er Jahren ergriff die Welt eine Panik grossen Ausmasses. Der HIV-Virus bedrohte die ganze Welt. Homosexuelle und Drogensüchtige waren die Keimnester der Seuche. Die Gesellschaft hatte Angst vor der Ausbreitung der Seuche und war motiviert, viel Geld auszugeben, um die endemischen Herde einzudämmen. Die zuvor disqualifizierten Ärzte konnten das Zepter wieder in die Hand nehmen und die Gesellschaft damit beruhigen, dass Drogenabhängigen inskünftig gratis Spritzen abgegeben und „Gassenzimmer“ eröffnet¹³ werden, wo Drogenabhängige unter kontrollierten Bedingungen ihrer Sucht nachgehen können. Damit hoffte man, dass Drogensüchtige künftig keine gebrauchten Spritzen von Kollegen benutzen werden. Für jede iv-Applikation sollte eine neue und sterile Spritze eingesetzt werden. Das war das Lernziel. Um die Drogensüchtigen in die

¹³ Das erste Gassenzimmer wurde in Basel 1991 eröffnet, 1992 folgten zwei weitere. Heute gibt es unter dem Namen Kontakt- und Anlaufstellen K+A zwei Angebote.

bereitgestellten Abgabestellen zu locken, wurden ihnen auf breiter Basis Ersatzstoffe und Zusatzmedikamente angeboten.

Die meisten Süchtigen hörten die Botschaft gerne und kamen in die bereitgestellten „Fixerräume“¹⁴. In der Umgebung dieser neuen Drogenzentren etablierte sich bald ein einigermassen geschützter Markt zum Handeln der Drogen und dem Bezug von Medikamenten aller Art. Die Drogenberatungsstelle Baselland¹⁵ wurde als staatlich finanziertes Glied der Psychiatrie Baselland eröffnet. Seither kann für fast jedes Suchtmittel Ersatzstoffe bezogen werden.

6. Demokratische Juristen und die Forderung nach Entkriminalisierung

Einerseits führt ein Verbot einer Droge zur Kriminalisierung des Konsums und des Kleinhandels. Andererseits ist es eines der wirksamsten Mittel zur Bekämpfung der Ausbreitung einer Sucht in der Gesellschaft. Während der Alkoholprohibition gingen in den USA in den 30er Jahren die Todesfälle aufgrund einer Leberzirrhose ganz markant zurück. Andererseits starben viele im Kugelregen sich bekämpfender Mafia-Clans. Für die Gesellschaft sind letztendlich die Folgen der Kriminalisierung mit der Entwicklung breiter maföser Strukturen um vieles bedrohlicher als die Zunahme der Todesfälle als Folge eines chronischen Alkohol- oder Drogengebrauchs. Junge Anwälte, die kriminalisierte Drogenabhängige zu verteidigen hatten, forderten deswegen die Entkriminalisierung des Drogenkonsums. Die aufkeimende AIDS Welle half ihnen, ihre Anliegen umzusetzen. Das gleiche Anliegen verfolgte der Verein der Eltern Drogenabhängiger Jugendlicher EDJ.

Die Diskussion wurde nicht entlang der gesundheitspolitischen versus gesellschaftlichen Alternative geführt, sondern entbrannte an der polizeilichen Verfolgung des Konsumenten und Kleinhändlers und den damit einhergehenden Gerichtsurteilen und Gefängnisstrafen. Die Auseinandersetzung bewegte sich an der Peripherie des Problems. Es wäre ohne Weiteres möglich gewesen, die gerichtliche Verfolgung des Kleinhandels anders als durch eine medizinische Etikettierung der Sucht und der kompromissbereiten Abgabe von Suchtstoffen zu lösen. Ansatzweise wurde dies auch mit der Anwendung des Grundsatzes „Therapie vor Strafe“ umgesetzt, indem in der Regel jedem Süchtigen das Angebot gemacht wurde, eine Gefängnisstrafe in eine stationäre Therapiemassnahme umzuwandeln. (Art. 60 StGB). Die Demokratischen Juristen wollten aber eine grundlegende Änderung der polizeilichen Verfolgung, ohne die gesetzlichen Rahmenbedingungen anzutasten. Damit wurden sie, ohne dies zu wollen, zu Handlangern einer Medikalisierung und Verwaltung des Drogenproblems.

¹⁴ Heute heissen diese Stellen Kontakt- und Anlaufstellen K+A

¹⁵ Die Stelle hiess zu Beginn 90-er Jahre SAB = Sucht- und AIDS-Beratungsstelle Baselland, später DBL = Drogenberatungsstelle Baselland. Heute heisst sie ZFS = Zentrum für Suchtmedizin oder AFS Ambulatorium für Suchtprobleme

7. Methadon und andere Ersatzstoffe und ihre Widersprüche zur Therapie

AIDS, demokratische Juristen und akademisch tätige Ärzte schufen gemeinsam eine Strategie zur Verwaltung der Drogensucht. Dabei standen zu keiner Zeit das Wohl und die Notlage der Drogensüchtigen im Zentrum. Es ging primär darum, die Süchtigen aus der epidemischen Ausbreitung der AIDS-Gefahr zu eliminieren. Die Süchtigen wurden zum Feld der ständischen Profilierung der einzelnen gesellschaftlichen Kräfte. Dies kam den kurzfristigen Interessen der Süchtigen durchaus entgegen. Gerne vernahmen sie die Botschaft, dass eine Therapie der Sucht auch mit der weiteren Einnahme der Suchtmittel vereinbar sei¹⁶. Dass auf ihrem Buckel ganz verschiedene Suppen gekocht wurden, war ihnen egal. Im Zentrum dieser Verwaltungsstrategie der Sucht stand eine „kontrollierte Abgabe“ von Methadon.

Methadon ist als Ersatz für Heroin deswegen interessant, weil es vom Körper viel langsamer abgebaut wird. Eine Einnahme pro Tag genügt, um einen fast konstanten Opiat-Blut-Spiegel zu erhalten. Damit ist in theoretischer Hinsicht der Opiathunger von Heroinsüchtigen ideal zu stillen. Auf dieser Grundlage lässt sich eine Verwaltung und Kontrolle der Opiatsucht aufbauen. So die Theorie.

Dass der Süchtige nicht nur verhindern will, auf Entzug zu kommen und einen gleichmässigen Suchtmittel-Blutspiegel zu haben, lernte die Medizin mit der Methadon-Therapie. Nur wenige Süchtige liessen es bei der Einnahme von Methadon bewenden. Sie suchten die Spitzen eines Opiat-Blutspiegels, den *Kick*. Dass der durch Methadon blockiert wurde, verleitete viele, den Kick durch Kokain zu suchen. Das war der Beginn der Verbreitung der Suchtmittel auf ein heute unüberschaubares Arsenal von künstlichen Stimmungsmodulatoren.

Methadon war primär nicht als Therapie der Drogensucht, sondern als Mittel zur besseren Verwaltung der Drogensucht und der assoziierenden AIDS-Gefahr gedacht. Methadon stand aber im Konflikt mit dem geltenden Recht des Verbots von Handel und Konsum von Drogen. Man wollte das Recht nicht ändern. Der drohende Widerspruch wurde durch eine Medikalisierung des Problems gelöst. Die Sucht wurde zu einer Krankheitsdiagnose, die Verwaltung der Sucht wurde als Therapie bezeichnet. Ärzte sollten das gesellschaftliche Problem resp. den Rechtswiderspruch lösen. Für die Professoren der Zunft passte das „Therapie“-konzept ideal in ihr Arbeitskonzept von kurzfristigen Therapien. Sie versprachen der Politik, die Methadon-Therapie wissenschaftlich zu begleiten. Es sollte herausgefunden werden, welchen therapeutischen Nutzen und welche Nebenwirkungen die neue Therapie habe. Erstaunlicherweise kamen die mittel- und langfristig angelegten Studien nie zu einem auswertbaren Ende. Die „wissenschaftliche Begleitung“ versandete buchstäblich.

¹⁶ Im Slang der Abstinenztherapie wurde dieser Widerspruch als „Duschen ohne nass zu werden“ betitelt.

8. Der Untergang der CIKADE

Die CIKADE¹⁷ war als Entzugsstation zur Einleitung einer langfristigen Therapie von jugendlichen Drogensüchtigen konzipiert worden. Sie sollte die ähnlichen Strukturen aufweisen wie die anschliessende Therapie: Eigeninitiative, Eigenverantwortung, Entmedikalisierung der Sucht, Betonung der psychischen Faktoren der Sucht und Suche nach einer Persönlichkeitsentwicklung, die versucht, die Sucht aus dem Zentrum des Lebens an dessen Rand zu drängen.

Grundlage des Entzugs war eine gründliche Vorbereitung, die in der „Informationsstelle für Drogenentzug“ an der Pfeffingerstrasse in Basel von den vier Entzugshelfern geleistet wurde, die den geplanten Entzug auch persönlich begleiteten. Der Entzug war als Gruppenerlebnis konzipiert, so wie später die stationäre Therapie als Gruppe organisiert war. Der Gruppen- und Lagercharakter sollte dazu beitragen, dass alle genau die gleiche Zeit zur Verfügung hatten, mit ihrem Entzug soweit fertig zu werden, wie dies für den nächsten Schritt erforderlich war. Dies verhinderte eine ausufernde oder zu stark regressive Gestaltung des Entzugsablaufs. Da keine Medikamente im Haus waren, mussten den auftretenden Symptomen mit psychologischen oder lebensgestalterischen Mitteln begegnet werden. Die Entzugshelfer lernten dabei, wie sehr der Entzug ein psychosomatisches Ereignis ist. Die Entzugssymptome werden in hohem Masse vom Zustand der Psyche und durch Umgebungsvariablen bestimmt. Diese Einflussfaktoren können von der Institution stark beeinflusst werden. Der Süchtige erlebte dabei, wie sehr seine psychische Einstellung und seine aktive Mitarbeit sein Empfinden beeinflussen können. Der Entzugsmodus forderte die Süchtigen heraus, war doch das Entzugssetting diametral der Suchtstruktur und den Suchtgewohnheiten entgegengesetzt, das auf Passivität und Einnahme von chemischen Mitteln basiert.

Die CIKADE war darauf angewiesen, dass die vorbehandelnden Stellen das Konzept begriffen und unterstützten. Durch positive Erfahrungen bei früheren zugewiesenen Klienten war dies problemlos möglich. Da die Drogentherapeuten der Beratungsstellen aber rasch wechselten und die Chance nicht sehr gross war, dass positive Erfahrungen akkumuliert wurden¹⁸, war die Zuweisung von vorneherein auf einen wackeligen Boden gebaut. Die Folge war von Anfang an eine sehr grosse Varianz der Entzugsgruppengrössen. Manchmal waren es „zuwenige“ (= 2-4 Drogensüchtige), manchmal war die Gruppe „zu gross“ (8-12 Drogensüchtige). Im weiteren wurde bemängelt, dass die CIKADE nicht immer für den Beginn eines Entzugs bereit stand. Das Lagersystem forderte zudem vom Entzugshelfer, dass er 6x pro Jahr für 2 Wochen von zu Hause abwesend war. All diese Gründe führten dazu, dass nach 10 Jahren Lagersystem zuerst auf eine kontinuierliche Aufnahme alle zwei Wochen und schlussendlich auf ein individuelles Aufnahmesystem mit individueller Entzugslänge umgestellt wurde. Die CIKADE hatte damit die ersten zwei Schritte zu einer „normalen“ Klinik gemacht oder mit anderen Worten zur eigenen Grablegung getätigt. Der

¹⁷ CIKADE = Kontakt- und Informationsstelle für kalten Drogenentzug.

¹⁸ Die Beratungstätigkeit der Suchtberatungsstellen war allgemein wenig zielgerichtet. So stand beispielsweise die Planung eines drogenfreien Lebens oder eines Entzugs als Zwischenziel selten im Brennpunkt einer Suchtberatung. Damit akkumulierte sich die konkrete Erfahrungsauswertung durchgeführter Entzüge durch die Berater nur langsam.

dritte Schritt, den ich als „Untergang der CIKADE“ bezeichne, war die Aufgabe des medikamentenlosen Entzugs. In einer Drogentherapielandschaft, in der die Schadensminderung in Form der Abgabe von allerlei Ersatzstoffen gesehen wird und diese Abgabe erste Priorität hatte und den Hilfsdiskurs zunehmend definierte, war ein medikamentenloser Entzug eine Anachronie und auf die Dauer nicht zu halten. Obwohl Abstinenz die einfachste und effektivste Schadensminderung für einen Süchtigen darstellt, war das Paradigma der Schadenminderung auf eine Kioskmentalität eingeschwo-ren, einer „kontrollierten“ Suchtmittelabgabe. Das Motiv der Verwaltung und Kontrolle hatte sich vor eine nüchterne Auswertung der Wege zu einer nachhaltigen Schadensminderung gestellt.

9. Der Untergang der Therapeutischen Gemeinschaften

Am eindrücklichsten zeigt sich der Wandel des Hilfediskurses an den Gründen, wieso von den dutzenden Therapeutischen Gemeinschaften, die von 1970 bis 1990 aufgebaut worden waren, eine nach der anderen wieder aufgelöst werden musste. Die drogensüchtigen jungen Männer und Frauen waren keineswegs verschwunden. Die Spuren, die ein lang-jähriger Drogenkonsum für die Entwicklung der Persönlichkeit zwischen 15 und 25 hinter-lässt, sind nicht geringer geworden. Dennoch traute man dem Instrument der Nachreifung nicht mehr so viel zu wie noch 20 Jahre zuvor. Dabei war es nicht der mangelnde Wirkungsnachweis der Therapeutischen Gemeinschaften, die sie zum Verschwinden brachte. Es waren auch nicht die Kosten. Grund für das Verschwinden war die Änderung des Hilfediskurses in den fachlichen Gesellschaften, den Beratungsstellen und der öffent-lichen Berichterstattung. Wieso suchtmittelfrei für zwei Jahre in eine Therapeutische Gemeinschaft gehen, wenn unter Einnahme von Ersatzstoffen das Leben einigermaßen geordnet zu Hause weitergelebt werden kann? Dass die Chronifizierung der Sucht resp. die sie begründende oder begleitende Persönlichkeitsstörung weitergeht und sich noch tiefer ins Leben eingraben wird, war aus dem Focus des Hilfediskurses verschwunden. Die zur Sucht gehörige Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach Genesung und der Hoffnung, auf die bestechende Sofortwirkung von Gefühlsmodulatoren nicht verzichten zu müssen, war kongruent zur neuen Hilfeideologie der Schadensverwaltung geworden. Die Auseinander-setzung um die Rahmenbedingungen, die ein Nachreifen oder eine Genesung möglich machen, wurde mehr und mehr von beiden Seiten vermieden und durch rein begleitende und verwaltende Gespräche und Handlungen ersetzt.

Das Problem der blockierten Persönlichkeitsentwicklung stellt sich heute in genau so hohem Masse wie früher. Es hat sich durch die Verbreitung der virtuellen Kontaktpflege in Chaträumen und Gruppenspielen noch wesentlich verschärft. Immer häufiger stranden auch nicht süchtige junge Männer (und zunehmend auch Frauen) in Beratungsstellen und psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen. Die über zehn und mehr Jahre in einer virtuellen Welt sich bewegenden jungen Menschen haben die Fähigkeit, als selbst-ständige Personen in der realen Welt handlungs- und problemlösungsfähig zu sein, nicht erlernt. Wie kann ein solches Defizit nachgeholt werden? Hier stellt sich die gleiche Frage,

wie sich dies bei der Therapie einer Drogensucht eines jungen Menschen gestellt hatte. Die auf Nachreifung ausgerichtete Therapie braucht Zeit und einen günstigen therapeutischen Raum, der nur durch eine Therapeutische Gemeinschaft geschaffen werden kann. Es ist ebenfalls mit einer 2-jährigen Nachreifungszeit zu rechnen. Der Reifeprozess ist nicht beliebig verkürzbar und braucht Bedingungen, die auf das reale Leben ausgerichtet sind. Dazu braucht es ein unvernebeltes Gehirn, das nicht durch starke Reize überflutet ist, damit die auftauchende Wahrnehmung von Gefühlen, Spannungen, Konflikten verarbeitet werden können. Die zu starken Reize der virtuellen Welt hat bei den jungen Menschen die Fähigkeit verkümmern lassen, mit dem sanften Reizniveau der realen Welt etwas anfangen zu können.

10. Untergang, Wiederauferstehung und Verwandlungen des Arxhofs

Die Veränderung des Diskurses in der Suchthilfe soll neben der CIKADE auch an den Wandlungen der Institution Arxhof beleuchtet werden, nicht zuletzt deswegen, weil der Arxhof schweizweit eine stark beobachtete Modelleinrichtung zur Drogentherapie im Strafvollzug darstellte. Die stationäre Langzeit-Suchttherapie findet heute fast ausschliesslich im Strafvollzug statt. Die Darstellung der komplexen Entwicklung der Arxhof-Konzeption muss hier in knapper Form erfolgen. Ich verweise auf die ausführliche Analyse in einem separaten Aufsatz.¹⁹

Als 1971 der geschlossene Strafvollzug in einen offenen verwandelt wurde, mangelte es an stringenten Vorstellungen, wie junge Erwachsene motiviert werden können, ohne Schlösser und Mauern einem stationären Entwicklungsprozess zuzustimmen. Zu Beginn liefen fast alle „Inhaftierten“ einfach weg. Die flankierenden konzeptionellen Überlegungen stammten in der Folge vom Rechtsprofessor Stratenwerth und seinem Assistenten Aebersold, die vom Kanton Baselland beauftragt wurden, eine neue Verordnung für die Durchführung eines offenen stationären Massnahmenvollzugs für junge Erwachsene auszuarbeiten. Die Institution erhielt durch die Wahl eines neuen Direktors 1974 und insbesondere durch die Anstellung eines therapeutischen Leiters 1977 eine klar therapeutisch profilierte Ausrichtung, die bis zum heutigen Tag anhält. Die Einbettung der therapeutischen Ausrichtung in eine diskursive Verortung der Institution hat sich in den 40 Jahren aber grundlegend verändert.

Im Aufbau und Wandel des Arxhofs können 4 Phasen voneinander unterschieden werden. Die vier Phasen der Ausgestaltung des Arxhof-Prozesses will ich an Hand der vorherrschenden Diskursausrichtung einteilen:

- emanzipatorischer Diskurs. Der Klient kann sich nur soweit entwickeln, wie dies die unbewussten Konflikte der Mitarbeiter erlauben. Ein gegenseitiger Entwicklungsprozess steht im Zentrum.

¹⁹ Andreas Manz: Arxhof - Versuch einer Retrospektive. 2018. Darin werden die konzeptionellen Veränderungen der Arxhof-Institution analysiert. Siehe www.praxis-t15.ch

- Verwaltender therapeutischer Diskurs: Im Zentrum steht die Optimierung der therapeutischen und pädagogischen Prozesse. Die Behandlung von Schwierigkeiten steht im Zentrum. Die Interaktion Team-Bewohner ist an der Peripherie noch sichtbar.
- Verwaltender pädagogischer Diskurs: Therapie ist wohl eine unter anderen Dienstleistungen, die die Institution in der Verwaltung der Defizite der Klienten zur Verfügung hat. Lernprozesse stehen im Vordergrund.
- Klassischer Klinikdiskurs: Die Institution ist nun auf ein Bezugspersonensystem zentriert. Gruppen sind ein Element unter vielen. Die Behandlungsplanung ist auf das Individuum mit seinen Delikten und Pathologien ausgerichtet. Es stehen zur Behandlung standardisierte Manuale zur Verfügung.

Die einzelnen Phasen hingen eng mit dem Wechsel der Direktoren der Institution zusammen. Die diskursiven Prozesse können wie folgt umschrieben werden:

Im **Arxhof I (1977 bis 1989)** lag das Konzept einer Therapeutischen Gemeinschaft zu Grunde, das weniger nach einem hierarchischen 4-Stufenmodell ausgerichtet war, als auf der Gestaltung der interaktionellen Beziehungen aller anwesenden Personen, die an der Gemeinschaft Mitverantwortung trugen. Wie eine solche gemeinsame Verantwortung auf einem Netzwerk echter Beziehungen organisatorisch ihr Fundament findet, war die zentrale Frage, die den Prozess begleitet hatte. Die Auffassung von Hierarchie bestand darin, dass die primäre Verantwortung der Direktion darin bestand, selber und gegenseitig eine funktionierende achtungsvolle und tragfähige Beziehungskultur zu suchen und zu pflegen. Die nächste Hierarchiestufe der angestellten Mitarbeiter hatte die analoge Pflicht, an den Beziehungen und der Kenntnis der selbst erzeugten Schwierigkeiten zu arbeiten. Als theoretisches und praktisches Referenzsystem diente dabei die Themenzentrierte Interaktion (TZI) nach Ruth Cohn²⁰.

In eine so konzeptionell ausgerichtete Institution konnten die Eingewiesenen ihren Platz finden und an den Rollenvorbildern eigene Beziehungsmuster reflektieren und üben. Die Eingewiesenen erhielten Instrumente in die Hände, wie Spannungen, Rivalitäten, Aggressivität, Suchtdruck etc. kommuniziert und bearbeitet werden konnte – stets auf dem Hintergrund einer Transparenz praktizierender Gruppe. Die Gruppe war der schützende Rahmen des Prozesses. Es bestand die Überzeugung, dass die Entwicklung des Einzelnen nur auf dem Hintergrund der Entwicklung der ganzen Gruppe und aller bestehenden Subgruppen möglich sei.

Dem **Arxhof II (1990-2000)** wurde ebenfalls die Grundkonzeption einer Therapeutischen Gemeinschaft zu Grunde gelegt, nun aber in einem hierarchischen System mit klaren Stufen und Rollengrenzen. Die Anforderungen an einen Direktor, an Therapeuten,

²⁰ Cohn Ruth: Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion. Von der Behandlung des Einzelnen zu einer Pädagogik für alle. Klett-Cotta, Stuttgart 1975; 16. Auflage. 2009

Pädagogen, Werkmeister, erfahrenen Eingewiesenen und Neulingen waren klar unterscheidbar und teilweise in schriftlichen Pflichtenheften festgelegt. Die Zahl der Mitarbeiter überstieg diejenige der Eingewiesenen deutlich. Es gab vermehrt definierte administrative Prozesse. Dennoch war der Kern der Institution klar und eindeutig auf die Grossgruppe ausgerichtet. Auf der Mitarbeiterebene waren die gemeinsamen Landhaustage die Klammer, die den Hintergrundprozess für eine therapeutische Grundatmosphäre liefern sollte. Das Bedürfnis der Institution nach Sicherheit gegenüber den süchtigen und kriminellen Energien nahm eine wesentliche Position in der diskursiven Ausgestaltung der Institution ein.

Im **Arxhof IIa (2000-2014)** wurden Bemühungen um eine therapeutische Zentrierung zugunsten einer sozialpädagogischen Ausrichtung aufgegeben. Die Therapie bestand zwar in unverminderter Ausstattung weiter, sie erhielt aber eine zudienende Partialfunktion. Die Institution wurde einerseits hierarchischer auf den Direktor persönlich und prozesshaft vermehrt auf die pädagogische Arbeit in den Wohnpavillons ausgerichtet.

Im gegenwärtigen **Arxhof IIb (seit 2016)** wird die Institution nun vollends nach dem Muster einer forensischen Spezialklinik umgebaut. Im Zentrum stehen massgeschneiderte Behandlungspläne, die auf die Risikoeigenschaften eines jeden Zugewiesenen fokussiert sind, neue Delikte zu begehen. Es existiert ein Vollzugsplan, der in einen Behandlungsplan mündet und durch die Formulierung der Ziele in den Behandlungsbereichen detailliert wird. Das risikorelevante Verhalten der Eingewiesenen wird beobachtet und nach standardisierten Mustern erfasst. Das Beziehungs-Verhältnis zu den Eingewiesenen ist eine professionelle Arbeitsbeziehung, durchgeführt von einer professionellen Sozialpädagogik. Die Beziehungsgestaltung basiert auf dem Vollzugsplan und den bestehenden Zieldefinitionen. Dazu steht den Sozialpädagogen ein Methodenkoffer zur Verfügung, der mit einer Palette pädagogischer Interventionsmöglichkeiten gefüllt ist.

Die Gruppenzentrierung der früheren Arxhofkonzepte werden zugunsten eines Kernbehandlungsteams aufgegeben. Der Gedanke ist, dass ein verändertes Klientel nach einem individuellen Vorgehen rufe und dies zu einer Änderung des sozialpädagogischen Fokus führen müsse. Die richtige Intervention, die beim Eingewiesenen die erwünschte Veränderung bewirkt, soll gesucht werden. Der Eingewiesene wird durch seine Störungen, Widerstände und Delikte definiert, die ganz im Fokus der Konzeption stehen. Die Mitarbeiter haben ein professionelles Selbstverständnis. Deren Störungen sind nicht Gegenstand der institutionellen Konzeption. Das Bauchgefühl soll durch fundierte Grundlagen und Fakten ersetzt werden. Der Methodenkoffer ist die Handwerkskiste der Therapeuten. Die Rückfallwahrscheinlichkeit wird mit validen Tests gemessen. Der Mensch im Täter wird ersetzt durch dem Täter, dem die Mitarbeiter als Menschen gegenüber treten.²¹

²¹ Die konzeptionellen Beschreibungen der Neuausrichtung des gegenwärtigen Arxhofs stammen aus dem *Newsletter Arxhof 18* vom Juni 2018.

Da die Institution noch nicht lange an der Umgestaltung des oben beschriebenen diskursiven Prozesses im Arxhof arbeitet, ist eine Bewertung der Neuausrichtung noch nicht möglich. Der zentrale Fokus wurde vom Gruppenprozess auf die individuelle Behandlungsplanung verschoben. Ob sich die Individualisierung des Focus und die Diskursverschiebung auf eine Optik, in der es Patientenprofile und professionelle Mitarbeiter gibt, tatsächlich die gewünschte Entwicklung der Eingewiesenen fördert, bleibt abzuwarten.

Auffallend an der Diskursverschiebung in den vier Konzept-Generationen ist das Verschwinden einer Vorstellung, wie eine Institution als heilendes Milieu ausgestaltet werden muss, damit Entwicklungsprozesse möglich werden. Vom Fokus, dass eine Entwicklung immer die Entwicklung aller benötigt, also von einem Diskurs des Miteinander und der Gleichheit hat sich die Konzeptauffassung zuerst auf eine Verstrebung der Institution und dann auf eine Wir-Die Betrachtung verschoben.

11. Vom Team zum Chef

Die Auffassung der 70-er und 80-er Jahre war, dass alle Mitarbeiter gleichwertig sind und zusammen ein Team bilden. Die unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen waren als integraler Bestandteil wichtig, führten aber nicht zu einer präformierten Hierarchisierung der Qualitäten. Das Bild ist mit dem Körper vergleichbar: Ob der Kopf, das Herz oder der Fuss als wichtigster Bestandteil des funktionierenden Organismus angesehen wird, tritt gegenüber dem Erleben, dass alle Teile das ihrige zum Gesamtwirken des Körpers notwendig sind, in den Hintergrund. So verdienten alle Mitarbeiter der CIKADE in den ersten Jahren den gleichen Lohn, ob Handwerker oder Psychologe, Sozialarbeiter oder Arzt. Alle hatten die gleichen Pflichten und waren aufgefordert, das ihnen Mögliche einzubringen. So brachte der eine ein ordnendes System in den Zahlen ein, der Andere seine Kommunikationsfähigkeit, der Dritte seinen Umgang mit den Behörden etc. Alle Teilqualifikationen sollten sich zu einem Ganzen verbinden und waren nicht an Studium und Berufsqualifikation gebunden. Die Tatsache, dass nicht alle Mitarbeiter gleich viel einbringen können oder wollen war ein akzeptiertes Element der Teamkultur.

Ein solches System hat viele Vor- und Nachteile. Diese entziehen sich weitgehend einer Systematisierung, da sie stark von der Zusammensetzung des Team abhängen. Ein egalitäres Team muss grundsätzlich stärker untereinander kommunizieren, weil die Pflichtenhefte stets neu ausgehandelt werden. Eine präformierte Hierarchie verhindert tendenziell die Kommunikation und die Nutzung individueller Fähigkeiten, die meist nicht an Berufsqualifikation und hierarchische Position gebunden ist. Ein egalitäres Team kann sich aber auch leicht blockieren. Da alle verantwortlich sind, fühlt sich manchmal niemand verantwortlich.

Dass eine egalitäre Teamleitung heute fast ausnahmslos durch ein von einem Chef geführtes Team ersetzt wurde, hat mit allgemeinen Veränderungen in der Gesellschaft zu tun, denen ich im zweiten Teil nachgehe. Ich sehe in dieser Entwicklung einen Wandel von

einem emanzipatorischen Diskurs hin zu einem Verwaltungsdiskurs. Die persönliche Entwicklung eines jeden Teammitgliedes und dessen Erlernen von Verantwortung für das Ganze und sich selber wurde durch Planung, Führung und Kontrolle ersetzt.

12. Schadenminderung

Der heutige Diskurs der Drogentherapie geht in erster Linie von einer Verminderung der Begleitschäden aus, die ein Konsum illegaler Suchtmitteln mit sich bringt. Dazu gehören saubere Spritzen für die intravenöse Injektion der Suchtmittel (Heroin, Kokain und anderes), geschützte Aufenthaltsräume, geschützte Orte für den Kleinhandel der illegalen Stoffe, Gassenarbeit, medizinische Versorgung von Begleiterkrankungen, Ersatzmittelabgabe, etc. Dazu gehören aber auch flankierende Massnahmen, welche die mit der Sucht oft einhergehende Verwahrlosung kanalisiert (Wohnhilfe, Waschsalon, Taglöhnerei, Zugang zu den Sozialwerken wie IV, Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe).

Der Diskurs der Schadenminderung praktiziert relativ unhinterfragt eine Kiosk-Mentalität. Der Schaden, der durch eine Abhängigkeit von diversen chemischen Substanzen erzeugt wird, gehört in die Eigenverantwortung des Menschen und ist nicht Gegenstand des Hilfediskurses. Eine „kontrollierte“ Abgabe der meist illegalen Substanzen stellt das Narrativ der Normalität dar. Eine Abstinenz, die den Schaden der Abhängigkeit sehr effektiv behebt, liegt weit ausserhalb der diskursiven Praxis.

13. Sterben wirklich weniger Menschen an der Drogensucht?

Diese Frage, so zentral sie wäre, kann nicht klar beantwortet werden. Offizielle Statistiken einzelner Länder sind widersprüchlich. Die Senkung der Konsumschwelle durch die staatliche Abgabe von Suchtmitteln hat bewirkt, dass heute schwer psychisch kranke Menschen unter anderem auch Suchtmittel konsumieren und diese zu ihrer Beruhigung und Affektsteuerung einsetzen. Die Multimorbidität der heutigen Süchtigen (Mehrfachdiagnosen) ist Folge der umfangreichen Schadensminderung, die es auch sehr angeschlagenen Menschen erlaubt, dank der vielfältigen Unterstützung Drogen über Jahre zu konsumieren. Gegenüber den 80-er Jahren ist dadurch die Zahl der drogensüchtigen Personen stark angestiegen und ihre psychische Gesundheit ist vielfältiger angeschlagen als früher. Weil die Multimorbiditäten der Drogenkonsumenten heute schwerer zu therapieren sind als früher, steht die Versorgung aller Lebensaspekte der Drogensüchtigen im Vordergrund der gesellschaftlichen Planung. Die Lebenserwartung multimorbider psychisch kranker Menschen ist deutlich tiefer als diejenige der Normbevölkerung. Hat sich die Zahl der Drogenabhängigen gegenüber den 80-er Jahren verdoppelt und zeigt die Abhängigengruppe heute eine hohe Überschneidung mit den multimorbiden psychisch Kranken, so ist von einer deutlich höheren Zahl an Drogentoten auszugehen, als dies in den 80-er Jahren der Fall war und die Gesellschaft aufgeschreckt hat. Sie sterben heute stiller und weniger öffentlich.

14. Ist die Drogensucht entkriminalisiert?

Diese Bilanz ist mit grosser Wahrscheinlichkeit positiv. Zwar gibt es auch heute eine hohe Überschneidung von Gewaltdelikten mit Drogen- und Alkoholmissbrauch. Die früher ausgeprägte Beschaffungskriminalität ist zurückgegangen, wenn auch bei weitem nicht verschwunden. Sie ist für die Beschaffung auch kleinerer Beträge von verwahrlosten Abhängigen nach wie vor notwendig.

15. Drogensucht und AIDS – eine Bilanz

Durch die Abgabe steriler Einwegspritzen ohne Kontroll- und Massregelungsdispositiv ist die Drogensucht als eine der endemischen Multiplikatorherde der HIV-Infektion weitgehend verschwunden.

16. Institutionen kommen und gehen

1971 wurde mit dem Gatternweg und dem Drop-In die ersten beiden Institutionen der Drogenhilfe ins Leben gerufen. Seither sind mehr als 20 Institutionen entstanden. 5 der 6 Therapeutischen Gemeinschaften sind wieder verschwunden. Der Chratten als einzige überlebende TG wurde gänzlich umfunktioniert. Die Institutionen der Überlebenshilfe wurden zum Teil stark ausgebaut.

Die Liste im Anhang ergibt einen Überblick über diese Kommen und Gehen der Institutionen.

17. Versuch einer Bilanz

Bevor ich im zweiten Teil der Frage nachgehen werde, wie der auffällige und radikale Wandel der Drogentherapie zu erklären ist, will ich in diesem abschliessenden Kapitel des ersten Teils die oben dargestellten Entwicklungen **zusammenfassen** und gewichten.

In den 70-er Jahren stellte die Drogensucht für die Gesellschaft ein grosses Problem dar, das einerseits bedrohlich wirkte, andererseits vor allem Abwehrreflexe bei Politikern und Öffentlichkeit hervorgerufen hat. Es gab aber bereits damals einige wenige Exponenten des öffentlichen Lebens, die sich mutig mit dem Drogenproblem und der damit einhergehenden Bewegung auseinandersetzten. Im Zentrum dieser Entgegennahme der sich präsentierenden und im Autonomen Jugendzentrum sich zuspitzenden Bewegung stand der Basler Pfarrer Alfred Kunz. Die Bedrohung der Gesellschaft durch die neue Bewegung war bestimmt durch eine chaotische Opposition gegen alles Herrschende, die Bildung eines rechtsfreien Raumes durch Häuserbesetzung, neue Lebensformen in Wohngemeinschaften, durch Drogenkonsum und Obdachlosigkeit. Alfred Kunz und die Seinen gründeten die ersten Institutionen, die den Aufsässigen beistehen sollten, sich Gehör zu verschaffen, aber auch eine ihnen angepasste Integrationsform in die Gesellschaft zu

finden. Bei der Gründung der Therapeutischen Gemeinschaften Gatternweg, Kleine Marchmatt, Chratten, Obere Au und Waldruh; bei der Drogenberatungsstelle Drop-In, dem Drogenhilfeverband Die Kette, bei der Entzugsstation CIKADE, beim Familienplatzierungsprojekt Spektrum, der Gassenküche, der Streetworker des Schwarzer Peter und bei der Stiftung Wohnhilfe hatte Fred Kunz seine Hände prägend im Spiel²². Mit den zahlreichen Institutionen gelang eine wirksame Antwort auf das bestehende Problem. Viele Drogensüchtige fanden durch Beratung und Therapie ihren Anschluss an die Entwicklung ihres jungen Lebens. Die gesellschaftliche Bedrohung ebte ab.

1985 nahm die Bedrohung durch die Verbreitung der HIV-Infektion und die Angst der Gesellschaft vor einer Ansteckung vorübergehend ein neues Ausmass an. Fortan mischte sich die Politik direkt und in einem grossen Ausmass in die Drogenhilfe ein. Sie liess bestehende Methadonabgabestellen ausbauen oder gründete selber neue (AIDS- und Drogenberatungsstelle Baselland, heute ZfA). Im weiteren wurden drei geschützte „Fixerräume“ gegründet, in denen eine kontrollierte und hygienisch einwandfreie Drogenapplikation möglich war. Mit diesen Massnahmen gelang es tatsächlich, den endemischen HIV-Herd der Drogensüchtigen zu sanieren. Der Preis war eine Kontrolle und Verwaltung der Drogensucht durch die beauftragten Institutionen. Das störte die meisten Süchtigen kaum, wurden Ihnen doch plötzlich Möglichkeiten zur Befriedigung ihrer Sucht angeboten, die sie zuvor nicht gekannt hatten. Die sehr belastende Prostitution zur Geldbeschaffung existiert aber nach wie vor, wenn auch in einer für die Gesellschaft angenehmer Form, weil sie versteckter abläuft.

Aus dieser Optik kann für die Entwicklung der Drogenhilfe eine positive Bilanz gezogen werden. Die positive Seite hat aber auch eine Kehrseite, die durchaus bedenklich ist. Die Aspekte dieser Kehrseite der positiven Bilanz soll im Einzelnen aufgezählt werden:

- Die Drogensucht (der Konsum illegaler Substanzen) hat sich auf weitere Bevölkerungsteile ausgedehnt. Heute konsumieren auch viele junge Menschen mit einer schizophrenen Psychose Drogen, was früher wegen der höheren Hürde, die mit dem Konsum verbunden war (Tageskosten von 600 Franken müssen zuerst noch, wenn auch illegal, organisiert werden) nicht möglich war.
- Die Hoffnung, durch Methadon würde der Konsum von Heroin überflüssig, hat sich nicht erfüllt, weil Methadon den Kick, den das Heroin ermöglicht, nicht bringt. Selbst die direkte Heroinabgabe an besonders geeignet erscheinende Süchtige, die noch eine höhere soziale Integration aufweisen, hat die Verhinderung des Zusatzkonsums nur sehr teilweise neutralisiert. Das Versprechen, die Nebenwirkungen von Methadon wissenschaftlich in pharmakologischer, ökonomischer und bezüglich des Einflusses auf die Suchtentwicklung zu begleiten, wurde nicht umgesetzt.
- Die Hoffnung, den internationalen Drogenkartellen das Wasser abzugraben und ein schwerwiegendes internationales Verbrechersystem aufzulösen, hat sich nicht erfüllt.

²² Sie dazu Pineiro / Winzeler: Wohnungsnot als gesellschaftlicher Konflikt: Alfred Kunz und die Gemeinnützige Stiftung Wohnhilfe, 2017, Reinhard Verlag, Basel.

Die Kartelle sind durch ihre Wendigkeit und das Einführen immer neuer Drogen den verwaltenden und kontrollierenden Kräften der Zivilgesellschaften überlegen. Ob die massive Erhöhung der Vielfalt der konsumierten Drogen eine Folge dieses Wettlaufes zwischen Kriminellen Kartellen und verwaltenden Gegenmassnahmen darstellt, wissen wir nicht.

- Der Versorgungs- und Verwaltungsdiskurs hat die Therapie, die zu einer Überwindung der Sucht führen würde, eliminiert. Die Gründe dieses im Ausmass radikalen Wandels sollen im 2. Teil diskutiert werden.

II Wandel in der Drogenhilfe

Im zweiten Teil des Aufsatzes soll der Frage nachgegangen werden, aus welchen Gründen sich die Drogenhilfe in den 45 Jahren derart grundlegend gewandelt hat.

Die Drogenhilfe hat in den vergangenen 45 Jahren verschiedene Veränderungen durchlaufen. Seit jeher gab es verschiedene Ansichten, was der Gegenstand der Drogenhilfe sei. Die verschiedenen Ansätze sollen kurz umrissen werden.

- Der ärztliche Ansatz als medizinische Hilfeleistung oder Therapie ist geprägt von einer Diagnosestellung und einer therapeutischen Handlung, die im internistischen Bereich oft in einer Verabreichung eines lindernden oder kurierenden Medikamentes besteht. Die aufkeimende Drogensucht wurde mit Ermahnungen zur Enthaltbarkeit, mit entzugslindernden Medikamenten und schliesslich mit einer Drogenerersatzmedikation begegnet. In den 70er Jahren scheiterte dieser Ansatz mit dem Ziel, die Suchtdynamik kurativ anzugehen. Sehr rasch wurde aus der Hilfe eine chaotische Zusatzmedikation, von der die Süchtigen zusätzlich abhängig wurden oder einen schwunghaften Schwarzmarkt installierten. Der Arzt wurde so zum Dealer und sah sich einer breiten Kritik ausgesetzt. Der ärztliche Diskurs musste anfangs 80-er Jahre eine Pause einlegen und sein Scheitern anerkennen.

Nach der Ausbreitung der AIDS-Epidemie fand der ärztliche Diskurs wieder eine anerkannte Verwendung. Der Arzt wurde zum Verschreiber der Ersatzdrogen (Methadon und bald einer Vielzahl anderer Substitute). Der Arzt war zwar weiterhin auf die Rolle des Dealers reduziert. Aufgrund eines Krankheits-Narratives²³ wurde er aber zu einem zentralen Element der Verwaltung der Sucht, die sich als Schadensminderung etablierte. Der Arzt erbrachte der Politik eine Dienstleistung, die einen Mittelweg zwischen Drogenfreigabe und Durchsetzung der Verbote ermöglichte. Zahlreiche Beratungsstellen wurden unter eine ärztliche Leitung gestellt, damit deren Leistung über die Krankenkassen abgerechnet werden konnte. Auch hierbei erfüllte der ärztliche Ansatz mehr eine Verwaltungslogik, als dass das ärztliche Wissen als eine fachliche Bereicherung gesucht wurde.

- Der sozialarbeiterische Ansatz fand einerseits in den Therapeutischen Gemeinschaften ein breites Wirkungsfeld. Sozialtherapeuten erhielten die Möglichkeit, sich ähnlich den Psychologen und Psychiatern psychotherapeutisch zu betätigen, Ausbildungen zu absolvieren und sich damit in einem neuen Berufsfeld teilweise zu etablieren. Andererseits fanden Sozialarbeiter in der Drogenhilfe ein breites Anwendungsfeld im Bereich der Sozialverwaltung und der sozialhelferischen Begleitung von Hilfsbedürftigen.

²³ Die Sucht wurde lange Zeit nicht als Krankheit gleichwertig zu anderen Krankheiten gewertet. So hiess es beispielsweise in den Verordnungen der Invalidenversicherung „Sucht begründet keine Invalidität im Sinne des Gesetzes“. Süchtige waren primär von Leistungen der Invalidenversicherung ausgeschlossen. Bestätigte ein Arzt, dass die Sucht als Folge einer anderen seelischen Krankheit zu betrachten sei, die ihrerseits Invalidität begründend sei, konnten Leistungen beansprucht werden. Heute sind ein Grossteil der chronischen Süchtigen berentet. Den grössten Teil der Kosten der Institutionen werden heute über die IV-Ergänzungsleistungen abgerechnet.

Sozialarbeiter finden in der Schadensminderung diverse Stellenprofile. Im Verlaufe der hier berichteten Beobachtungszeit hat sich im sozialarbeiterischen Ansatz klar der verwaltende Aspekt gegenüber dem therapeutischen durchgesetzt.

- Der psychotherapeutische Ansatz ermöglichte Sozialarbeitern wie auch Psychologen, sich gründlich in Psychotherapie auszubilden. Sie fanden v.a. im Rahmen der Therapeutischen Gemeinschaften ein vielseitiges Anwendungsfeld für Gruppen-, Einzel- und Familientherapie. Nach dem Verschwinden der Therapeutischen Gemeinschaften hörte auch der psychotherapeutische Ansatz auf zu existieren. Als Ersatz hat die Berufsgruppe der Psychologen weite Teile des ambulanten Feldes der Suchtberatung auf sich fokussiert. Ärztliche Psychotherapeuten spielen im psychotherapeutischen Ansatz eine marginale Rolle. Sie haben allenfalls als Leiter zwecks Abrechnung einer Dienstleistung durch die Krankenkasse eine Funktion.
- Der polizeiliche und strafende Ansatz entwickelte sich in den letzten 45 Jahren sehr volatil. Manchmal wird beispielsweise Cannabis so stark toleriert, dass sich kommerzielle Verkaufsstellen etablieren können. Plötzlich kehrt die politische Wertung der Gefahr von Cannabis auf die Menschen und die Polizei schliesst alle Verkaufsstellen.
- Der präventive Ansatz war schon immer ein politisches Hirngespinnst, und existierte nur in dem Köpfen der den politischen Willen ausführenden Verwaltungspersonen und Präventionsbeauftragten²⁴.

Aus dieser Aufzählung liesse sich vermuten, dass es mir um die Beschreibung des 4-Säulenmodells gehe, auf das angeblich unsere „erfolgreiche schweizerische Drogenpolitik“ abgestützt sei. Zentraler erscheint mir die Diskussion, welchen Wandel der drogenpolitische, drogenhelfende und drogentherapeutische Diskurs erfahren hat. Im Zentrum steht die Behauptung, dass das Drogenproblem im Wesentlichen durch den Diskurs der Helfer bestimmt wird und dass dieser Diskurs eine ganz markante Veränderung in den letzten 45 Jahren durchlaufen hat. Es ist nicht zufällig, dass das Jubiläum der wichtigsten Drogenhilfe-Stiftung ganz dem Thema der Überlebenshilfe gewidmet ist. Die Aussage, Drogenhilfe ist heute „Überlebenshilfe“, ist wohl nur wenig verkürzt. Mir fehlt zur Zeit der Überblick über die finanziellen Aufwendungen, die in den Institutionen der Überlebenshilfe, in den reinen Suchtberatungsstellen und in den spezifischen Therapieinstitutionen aufgewendet werden. Ich bin mir sicher, dass die Ausgaben vor 30 Jahren zu $\frac{3}{4}$ durch dietherapeutisch tätigen Institutionen generiert wurden und heute vermutlich deutlich mehr als $\frac{3}{4}$ durch die Überlebenshilfe verursacht werden. Ich bin mir auch sicher, dass das Ausgaben-Volumen sich in diesen 30 Jahren mindestens vervierfacht hat. Wieso hat sich der Drogenhilfe-Diskurs so grundlegend verändert? Es ist mir keine sozialhelfende, medizinische oder therapeutische Disziplin bekannt, in der eine derart fundamentale Umstrukturierung stattgefunden hat. Um sich einer Antwort auf diese wichtige aber auch schwierige Frage anzunähern, will ich verschiedene Hypothesen aufstellen und prüfen:

²⁴ Manz Andreas: Gedanken zur Primärpräventions-Diskussion, 1991, www.praxis-t15.ch

- Wirksamkeit: Wenn die therapeutischen Bemühungen in der Drogenhilfe auf fast 0 zurückgefahren wurden, so könnte man vermuten, dass sie nicht wirksam waren. Es gibt verschiedene Wirksamkeitsstudien über die Therapeutischen Gemeinschaften²⁵. Sie zeigen alle ein ähnliches Bild, dass 30 bis 40% der Klienten innerhalb des zweijährigen stationären Programms gesunden konnten. Gegenüber der Spontanheilungsquote von 10% ist dies ein respektables Resultat. Viele medizinische Therapieprogramme würden von einer solchen Wirksamkeit träumen (z.B. in der Krebstherapie, MS-, ALS-Behandlung etc.) Da es sich bei den Absolventen der stationären Drogentherapie meist um junge Menschen handelte, haben auch diejenigen, die schlussendlich ihre Sucht nach der Therapie fortgesetzt haben, wichtige Impulse für ihr Leben erhalten. Auch für sie waren die zwei Jahre eine Zeit der Nachreifung, eine ergänzende Erfahrung zur oft bestehenden „broken-home“ Realität der vorangegangenen Jugend.
- Kosten: Ein Aufenthalt in einer Therapeutischen Gemeinschaft kostete ca. 350 Franken pro Tag, also 10'000 Franken im Monat, 240'000 Franken pro zwei Jahre. Das ist ein hoher Betrag, der viele Sozialhilfekassen von politischen Gemeinden an den Rand des Ruins getrieben haben. Daher wurden übergreifende Strukturen zum Lastenausgleich geschaffen, die noch heute in veränderter Form bestehen. Eine Methadonsubstitution durch das BADAL²⁶ (heute ZFS) kostet durchschnittlich 30'000 Franken pro Jahr. Die Betroffenen leben meist von IV oder der Sozialhilfe, was wir mit einem Jahresbedarf von weiteren 30'000 Franken pro Person veranschlagen können. Sie nutzen weitere Institutionen der Überlebenshilfe wie K+A-Räume, Tagesstrukturangebote (Tageshaus für Obdachlose, Gassenküche, Gassenarbeit), wohnen teilweise in betreutem Wohnen (Stiftung Wohnhilfe, Sophie Blocher Haus, Gilgamesch, etc). Sie müssen hin und wieder einen Teilentzug machen, etc. Die Gesamtkosten müssen lebenslänglich auf ca. 100'000 Franken pro Person und Jahr veranschlagt werden. Es ist daraus unschwer abzuleiten, dass mit der Kostenfrage der Untergang des psychotherapeutischen Ansatzes nicht erklärt werden kann.
- Diskursive Faktoren: Damit meine ich all diese Faktoren, die durch die Betrachtung entstehen, was ein Süchtiger sei, welche Bedürfnisse und Probleme er habe. Hier fällt auf, dass der therapeutische Diskurs²⁷ wie ein Gegendiskurs zur Sucht aufgebaut ist. Der Diskurs der Überlebenshilfe verläuft in wesentlichen Teilen parallel zum Sucht-

²⁵ Siehe dazu das umfangreiche Schriftwerk von **Dagmar Zimmer Höfler und Ambros Uchtenhagen**: Verzeichnis der Forschungsinformationen der Soziaöpsychiatrischen Forschungsgruppe der PUK Zürich, Militärstrasse 8. Teilweise auffindbar auf www.pukzh.ch/forschung/forschung-an-der-puk/publikationen/

Haniel und Herbst: Beschreibung und erste Ergebnisse einer prospektiven Studie zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen, 1988, Suchtgefahren 34, S.1-21 und Suchtgefahren 35 1989 Seite 235-252

Bernath Christian: Katamnese drogenabhängiger Jugendlicher aus dem Rehabilitationszentrum Ulmenhof in Ottenbach. Med. Diss 1978, Zürich

²⁶ **BA**sler Drogen **Abgabe** **Lokal**, eine als Arztpraxis geführte Methadonabgabestelle des Vereins ARUD (**Arbeitsgemeinschaft für Risikoarmen Umgang mit Drogen**), heute **Zentrum für Suchtmedizin**.

²⁷ Unter Diskurs werden die Gesamtheit der Aussagen verstanden, die zu einem Phänomen (beispielsweise einem Problem) getätigt werden. Mit Diskurs wird der Zusammenhang zwischen sprachen und Denken umschrieben. Die Analyse von Diskurses ermöglicht, eine Aussage zum durch Sprache ausgedrücktem Denken einer Gesellschaft, einer Gruppierung, einzelner Menschen zu formulieren und anschliessend diese Aussage zu überprüfen. Im Denken Michel Foucault nimmt die Diskurs-Analyse eine wichtige Stellung ein. Foucault untersucht damit komplexe Wissenssysteme, die die Gesellschaft vorbewusst formen.

Diskurs. Damit existiert ein diskursives Spannungsfeld, das schon immer die Suchthilfe geprägt hat. Die einen Helfer wollten im Gleichschritt mit dem süchtigen Klienten gehen, ihn dort abholen, wo sie ihn vermuten, wo er von sich sagte, wo er sei. Die anderen wollten ein Gegenwissen dem süchtigen Klienten entgegenhalten, ihm manchmal überstülpen. „Wir wissen besser, was gut für Dich ist“.²⁸ Die Entscheidung, welcher Diskurs die Oberhand gewinnen wird, wurde vor 30 oder 40 Jahren hauptsächlich in der Drogen-Beratungsstelle gefällt. Je nach diskursiver Ausrichtung wurden viele Süchtige für eine Teilnahme an einem Drogenausstiegsprogramm und für den Eintritt in eine Therapeutische Gemeinschaft motiviert, oder es wurde die enge Bindung im ambulanten Feld gesucht, in dem dem Süchtigen beigestanden wurde, seine vielen Teilprobleme zu bewältigen.

Erstaunlich ist, dass es in diesem diskursiven Spannungsfeld zu einer eindeutigen Festlegung gekommen ist, welcher Diskurs der richtige und einzig praktizierte zu sein hat. Die Festlegung zugunsten der Überlebenshilfe hat wohl mit der AIDS-Problematik und dem verstärkten Engagement der Politik zu tun.²⁹ Die Politik hatte mit dem Aufkeimen der AIDS-Gefahr und der Sichtbarkeit der Drogensucht das Bedürfnis, die Süchtigen besser zu verwalten und zu kontrollieren. Deren Einzelschicksal stand hierbei nicht im Brennpunkt.

Sucht man hingegen nach übergeordneten Dynamiken in der Gesellschaft, kann eine Verbindung zur allgemeinen Tendenz der Gesellschaft hergestellt werden, dass das Therapeutische stark zurückgegangen ist gegenüber dem Suchen nach raschen Problemlösungen, nach Neutralisierung von Unwohlsein und vor allem nach Kontrolle. Die Aussage „Ich hole meinen Klienten dort ab, wo er steht“ tönt um einiges sympathischer als „Ich weiss besser, was gut für Dich ist“. Die Anforderungen an die institutionellen Mitarbeiter sind kleiner geworden, die Ziele kurzfristiger und überschaubarer. Die praktischen Teile der Veränderung überdecken aber die darunter liegende diskursive Ebene. Die Drogenproblematik wird auch dann durch die Institutionen und deren Mitarbeiter definiert, wenn der Leitsatz heisst „Ich hole den Klienten dort ab, wo er ist“. Der Mensch als Klient wird mit diesem Satz in seiner Sucht definiert. Seine Träume, seinen Lebenshunger, seine Lebensvorstellungen sind Nebenschauplätze, individuelle Grillen, denen keine diskursive Ausstrahlung oder Bedeutung zugeordnet wird.

Wenn ich also in den diskursiven Veränderungen in den Köpfen der Suchtberater den Hauptgrund dafür sehe, dass sich die Drogenhilfe in 45 Jahren radikal umgestaltet hat, so will ich mich nachfolgend vertiefter mit dieser Hypothese auseinandersetzen:

Ich erweitere die These insofern, als dass ich den Widerstreit zwischen Emanzipation und Verwaltung als gesamtgesellschaftliche Entwicklung ins Zentrum rücken möchte. Ich bleibe bei einer polarisierenden Umschreibung der zwei zentralen Begriffe, um sie besser herausarbeiten und die wichtigsten Merkmale darstellen zu können.

²⁸ Es ist deutlich, dass ich mich hier in einer groben Vereinfachung, einer Polarisierung schuldig mache. Der Sinn davon ist, diskursive Positionen zu benennen, die sich gegenseitig ausschliessen und die es schwer haben, miteinander zu korrespondieren. Die Gründe dafür sollen im Folgenden ausgelotet werden.

²⁹ Zum Beispiel hat jeder Kanton seinen Suchtbeauftragten eingestellt.

- Emanzipatorischer Diskurs: Dieser richtet sich auf die Veränderung, sowohl vom Individuellen als auch von familiären und gesellschaftlichen Strukturen. Das Suchen nach dem eigenen Sinn, nach der Befreiung von hemmenden Fesseln, steht im Vordergrund. „Werde wer Du bist“ ist eine widersprüchliche Aussage, die sich durch die ganze Philosophiegeschichte zieht und ausdrückt, dass das eigene Sein nicht auf der Hand liegt, sondern gesucht, geformt, selbst bestimmt oder dessen Bedingtheit im Netzwerk von äusseren Bestimmungen herausgearbeitet werden muss. Je nach Strömung hat also die emanzipatorische Kraft ein anderes Gesicht und zielt auf andere Elemente. Emanzipation hat aber immer eine Veränderung zum Zweck einer Selbstfindung oder einer Selbstbestimmung in einer Gesellschaft im Sinn. Zur Macht hat der emanzipatorische Diskurs stets ein kritisches Verhältnis.
- Verwaltender Diskurs: Dieser zeigt eine grosse Nähe zur Macht oder stellt quasi die Aussenstelle der Macht dar. Jede Gesellschaft benötigt Verwaltung zur Ausdifferenzierung des Gewaltmonopols. Die herrschende Strömung und Schicht der Gesellschaft versucht, die Verwaltung so auszugestalten, dass sie ihr optimal dient. Die Verwaltung gibt Aufträge nach Aussen ab. Wissenszweige werden in die Verwaltungslogik eingebunden. Die Verwaltung kann emanzipatorische Elemente einbauen, wenn sie die Kraft zur Selbsttranszendenz aufbringt. Ihre eigene Logik steht aber klar im Gegensatz zur Emanzipation.

Wie nun streiten sich die zwei Aspekte in der Suchthilfe der Gegenwart? Es wäre eine grobe Verkürzung, die Therapie als emanzipatorische Kraft und die Überlebenshilfe als verwaltende Kraft darzustellen. Die Therapie bewegt sich in der Suchthilfe sehr wohl ebenfalls auf einer Gratwanderung zwischen Verwaltung und Emanzipation. Der oben ausgedrückte Therapeutesatz „*Ich weiss besser, was gut für Dich ist*“ gehört ins Inventar eines das Subjekt zum Objekt machenden medizinischen Blickwinkels, der wiederum Teil der gesellschaftlichen Verwaltung des Abnormen ist. Auch die Therapie steht sehr oft im Auftrag der Verwaltung, indem sie bei einem Gesellschafts-Abweichler, einem Süchtigen, eine Krankheit diagnostiziert und Mittel und Wege besprochen werden sollen, das Schäfchen wieder in die Herde der Gesunden und Produktiven zurück zu führen oder es mindestens ruhig zu stellen.

Der Satz „*Ich hole Dich dort ab, wo Du bist*“ tönt um einiges emanzipatorischer. Aber: Wie will ich wissen, wo der Süchtige sich befindet? Auch der schöne Satz hat bei genauerem Betrachten eine erstaunlich hohle Grundlage. Wenn schon müssten beide Menschen, die sich hier aufeinander beziehen, sich der Frage stellen, wo jeder zu finden ist und welche Strukturen sie dazu machten, was sie sind. Klient wie Berater drängt sich die Frage auf, ob die Lebensinhalte, die eigene Befindlichkeit, gut ist, ob eine Zufriedenheit feststellbar ist oder ob es Fesseln gibt, die zu hinterfragen oder allenfalls abzuschütteln sich lohnen würden. Das herauszufinden ist aber ein ureigenes Anliegen des Individuums. Es kann nicht das Anliegen des Anderen sein. Eher wäre es ein vitales Element einer emanzipatorischen Gesellschaft, Räume zu schützen und zu fördern, in denen solchen Fragen

nachgegangen werden kann. Dies auseinander halten zu können gehört zu den emanzipatorischen Schritten.

Nach der all zu kurzen Umschreibung der zwei Begriffe Verwaltung und Emanzipation will ich nun der Frage nachgehen, wieso der Verwaltungsdiskurs den emanzipatorischen Diskurs in der Drogenhilfe radikal verdrängt hat? Dass dies in der Suchthilfe so stattgefunden hat, wurde bereits dargestellt. Die Dynamik soll nun auf einem gesamtgesellschaftlichen Hintergrund untersucht werden.

Emanzipatorische Elemente waren wohl seit jeher in allen Gesellschaften vorhanden. Manchmal waren sie ausgeprägter, manchmal fristeten sie ein Schattendasein. Die Inhalte, was als Emanzipation betrachtet wird, verschieben sich hingegen und sind auch in ein und derselben Zeitepoche nicht einheitlich. Das sokratische Selbsthinterfragen und das kartesianische Primat des Denkens als das Selbst definierende Momentum umschreiben eine unterschiedliche Emanzipation. Die Betonung eines Selbst, das sich ausschliesslich durch die Tatsache seiner Existenz begründet (Sartre) ist etwas ganz anderes als ein Selbst von Freud, der die kartesianische Grundlage des Denkens radikal in Frage stellt und ein Unbewusstes postuliert, das im Wesentlichen das Selbst lenkt. Diese Hypothese des unbewusst sich steuernden Selbst ist nochmals verschieden zu einem Selbst, das von Umständen, Systemen, Diskursen und Zuschreibungen geprägt ist.

Ein Selbst, das zwar Freiheit besitzt, seinerseits aber von unbewussten Zuschreibungen, gesellschaftlichen und institutionellen Zwängen geprägt ist, eine über mehrere Generationen und durch sozioökonomische Faktoren habituelle Prägung aufweist, agiert stets in einem Machtgefüge. Die Analyse der Macht ist damit ein integraler Bestandteil jeglicher Emanzipation. Trotz allem Bewusstsein für die Vielfältigkeit der Interdependenzen ist das Selbst als eines zu bezeichnen, das Freiheit verwaltet. Die Begriffe von Unbewusstsein, Interdependenz, Prägungen aller Art, Freiheit und Selbstbestimmungsrecht stecken (in unvollständiger Aufzählung) das Feld ab, in dem es um Verwaltung oder Emanzipation des Selbst geht.

Ich stelle die Hypothese auf, dass in der ganzen schweizerischen Gesellschaft ein Rückgang der emanzipatorischen und ein Vormarsch der Verwaltungsmechanismen zu beobachten ist. Angehörige fast aller Berufe beklagen die Zunahme der administrativen Aufgaben. Kantonale und nationale Regierungen müssen heute einen x-fach höheren Aufwand betreiben, um ihr Handeln gegenüber Parlament und Volk zu rechtfertigen. Gleiches gilt für die kleinen und grossen Betriebe. Dies ist deshalb ein erstaunliches Phänomen, weil es seit 50 Jahren eine Vielzahl von Gegendiskurse zur ausufernden Verwaltung gibt³⁰, ohne dass das Phänomen aufhören würde, wie ein Krebsgeschwür zu wuchern. Wieso gelingt es nicht, Verwaltung und Kontrolle einzudämmen gegenüber Freiheit und Vertrauen?

³⁰ Eine der Leitsprüche der schweizerischen FDP hiess über Jahre: „Mehr Freiheit, weniger Staat“. Aber auch die FDP hat wacker das ihrige zur weiteren Aufblähung der Verwaltung, von Kontrollen, von Mitberichtverfahren, Vernehmlassungen, Sozialdetektiven etc. beigetragen.

Exemplarisch für das in unserer Gesellschaft wuchernde Verwaltungsdispositiv sollen hier die Situation der Psychotherapie, der Sozialarbeit und der ärztlichen Tätigkeit umschrieben werden.

In der Psychotherapie ist auffallend, dass der öffentliche Diskurs vor allem kognitive Verhaltenstherapie erwartet, die ein bestehendes Problem rasch und zielorientiert mindert oder behebt. So werde ich oder wird unsere Praxis in ärztlichen Überweisungsschreiben oft gebeten, beim überwiesenen Patienten eine Diagnose zu stellen, eine medikamentöse „Einstellung“ vorzunehmen und eine kognitive Verhaltenstherapie durchzuführen. Die Psychotherapieverordnung stammt noch aus den 80-er Jahren und repräsentiert noch die frühere emanzipatorische Sichtweise auf das psychische Leiden. Sie garantiert jedem Patienten während dreier Jahre eine Psychotherapie mit zwei Wochenstunden zu beanspruchen, dann weitere drei Jahre mit einer Wochenstunde. Ab 7. Behandlungsjahr ist die Fortführung der Therapie in einem vierzehntäglichen Rhythmus garantiert. Es sind nicht die Krankenkassen oder der Kostendruck, die eine zielorientierte Kurzzeitbehandlung einfordern, die mehr einem pädagogischen Behandlungsansatz der präsentierten Symptome gleicht und nicht als Psychotherapie im engeren Sinne gelten kann.³¹ Der Psychotherapeut des öffentlichen Diskurses sollte sich als Verwalter der psychischen Störung ins System einfügen. Eine emanzipatorische Idee, dass die erlebte Störung (Angst, Depressivität, Phobie, Arbeitsstörung etc.) Anlass sein könnte, seine eigene unbewusste Einbettung in Diskurse anderer (Herkunftsfamilie, Arbeitgeber, Ehepartner, Kollegen, berufliche Ziele etc.) zu überprüfen, steht oft zu Beginn einer Krisenintervention im Raum. Dabei steht die Frage nach dem eigenen Selbst wenigstens vorübergehend im Mittelpunkt der Überlegungen und muss sich vorerst aus dem Kontext der fremdbestimmten Kräfte emanzipieren.

Die Psychotherapie wird in der Schweiz noch wenig in eine Verwaltungslogik durch die Krankenkassen und die Politik gedrängt. Sie ist zum grossen Teil selbst dafür verantwortlich, wenn sie sich einem verwaltenden Diskurs bedient. Dieser ist zum einen der ärztlichen Denkweise geschuldet, die eine Krankheit durch Befragung und Untersuchung zu einer Diagnose führt, welche wiederum die Grundlage für eine Intervention, eine Behandlung darstellt. Diesem Vorgang haftet etwas Eindimensionales an. Vielen Ärzten ist dies bewusst und sie versuchen, den hinter einer Krankheit befindlichen Menschen in einem mehrdimensionalen Blickfeld zu sehen. Die evidenzbasierte, durch Wirksamkeitsuntersuchungen (evidence based medicin) geschulte Sichtweise steht zu einem humanistischen Menschenbild in Widerspruch. Viele ärztliche Psychotherapeuten sind diesem ärztlichen Blick verhaftet und betrachten Psychotherapie aus dieser Perspektive: Untersuchung, Diagnose, Therapie, Nachkontrolle. Ihre Psychotherapie ist eigentlich eine Pädagogik der Seele, angereichert mit einer medikamentösen Behandlung. Dass Psychotherapie stets in einem Spannungsfeld zum ärztlichen Blick steht, wissen und merken sie

³¹ Verhaltenstherapie stellt deswegen keine Psychotherapie dar, weil sie die unbewussten Faktoren, die für die Dysfunktionalität von Fühlen und Verhalten verantwortlich sind, gar nicht erst herausarbeitet und keine Instrumente besitzt, wie das Unbewusste gehört werden kann. Die Verhaltenstherapie ist eher bei den pädagogischen Wissenschaften einzureihen.

nicht. Dass Psychotherapie viel engere Beziehungen zur Philosophie, zur Soziologie, zur Belletristik als zur Pädagogik und zur Medizin unterhält, ist vielen ärztlichen Psychotherapeuten unbekannt. Sie haben sich diesbezüglich auch nicht geschult, haben Weiterbildungsstätten besucht, in denen sie nichts gehört haben vom fundamentalen Widerspruch, die der ärztlichen Psychotherapie anhaftet. Kommen sie dann in die Praxis, sind sie schon reichlich alt, um sich das ihnen fehlende philosophische und tiefenpsychologische Wissen anzueignen, Übung in einer entsprechenden Denk- und Verstehensweise zu erlangen. Ihnen fehlt meist auch eine gründliche eigene Therapie, in der sie auf die philosophischen Fragen gestossen wären. So neigen Psychotherapeuten heute vermehrt zu verwaltenden Denkmuster, ohne dass sie dazu genötigt wären. Sie sind freiwillig Kinder einer Zeitepoche, die sich von den emanzipatorischen Inhalten entfernt.

Die Sozialarbeit steht ähnlich wie die Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen dem Dienst am Patienten und der Vereinnahmung durch die ordnende Gesellschaft³². Sie versteht sich einerseits im liberalen Sinne als Agent der Bewahrung der Würde und der Freiheit des Einzelnen. Andererseits ist sie Lohn- und Würdeempfänger der Gesellschaft, die im Zweifelsfalle sich auf die ordnenden und weniger auf die freiheitlich-individuellen Absichten besinnt.

Der Diskurs der Sozialen Arbeit spielt in der Regulierung der Drogentherapie eine weit bedeutungsvollere Rolle, als ich dies in der Zeit erkennen konnte, als der Prozess abgelaufen ist. Als angehender Psychiater habe ich mich mit der Instrumentalisierung der Psychiatrie durch die Gesellschaft intensiv auseinander gesetzt. Genannt seien hier lediglich die Stichworte: Basaglia, Foucault, Goffmann, u.a.³³

Dass auch andere Berufsfelder als die des Psychiaters von der ähnlichen Vereinnahmung betroffen sein könnten, kam mir nicht in den Sinn. Dass die Soziale Arbeit für eine Vereinnahmung prädestiniert war, sehe ich erst rückblickend.³⁴

Mehr noch als die Psychiatrie schwankt die Soziale Arbeit zwischen emanzipatorischen Anliegen und verwaltenden Aufgaben. Den Klienten behilflich zu sein, sich zu entwickeln und ungenutzte Ressourcen zu aktivieren, ist vermutlich bei den meisten SozialarbeiterInnen einer der Gründe, wieso sie diesen Beruf gewählt haben. Dass die Stellen immer mehr ein Pflichtenheft enthalten, das verwaltende und überwachende Aufgaben enthält, ist die später angetroffene berufliche Wirklichkeit.

Vor 40 Jahren haben viele Sozialarbeiter eine therapeutische Tätigkeit angestrebt, sogar eine Psychotherapeuten-Ausbildung absolviert. Dieser Weg wurde bald einmal durch die klare Reglementierung des Psychotherapeutenberufs verunmöglicht. Sozialarbeiter wurden leider aus diesem Beruf ausgeschlossen. Das berufliche Selbstverständnis der Sozial-

³² Hutmacher Stefan: *Wessen Diener ist die Soziale Arbeit? Soziale Arbeit im Fokus politischer Philosophie*. 2016, BA-Arbeit an der FHNW, Olten

³³ Siehe entsprechende Verweise im Literaturverzeichnis

³⁴ Der Leser hat bis zu diesem Zeitpunkt wohl mitbekommen, dass ich als Schreiber Psychiater bin. Es ist mir ein Anliegen, die nachfolgende Kritik persönlich mitzutragen und nicht singulär als Professionskritik der Sozialarbeit zu verstehen.

arbeit hat sich daraufhin eigenständig entwickelt, wobei (vermutlich unbemerkt) eine Anlehnung an verwaltende und polizeiliche Aufgaben mehr und mehr ins Zentrum rückten und emanzipatorische Anliegen teilweise verdrängten. Hier bot die Schadenminderungsstrategie der Drogenhilfe ein willkommenes Betätigungsfeld. Ersatzstoffe kontrolliert abgeben, begleitende Gespräche führen, eine gesellschaftlich wichtige Position einnehmen, die die Gesellschaft gleichsam schützt und ihr einen Mittelweg zwischen Legalisierung und staatlicher Kontrolle zu ermöglichen, war ein attraktiver Mix.

In analoger Hinsicht hat die Soziale Arbeit einen prominenten Platz in der Verwaltung der Hilfsbedürftigen eingenommen. Der Generalverdacht, es würden sich in den Sozialwerken viele Menschen missbrauchend herumtreiben, gab nicht nur den Sozialarbeitern ein breites Betätigungsfeld von Kontrolle und Umsetzung von immer rigider geformten Regularien, die einen Abbau der Nutzung der Sozialwerke zum Ziel hat. Unbemerkt und ungewollt werden Sozialarbeiter Agenten einer Abbaustrategie der Sozialwerke. Ähnliches ist in der Drogenhilfe geschehen. Sozialarbeiter waren unbemerkt wichtige Agenten im Abbau der Drogentherapie und in der Installierung einer verwaltenden Drogenhilfe. In beiden Fällen wurden emanzipatorische Ansätze durch kontrollierend-verwaltende ersetzt. Bei den Sozialwerken wurde die „Missbrauchsbekämpfung“ als diskursive Aufgabe der Sozialarbeit postuliert. In der Drogenhilfe nannte man den Ansatz „Schadensminderung“. Beiden Ansätzen fehlt das emanzipatorische Anliegen.³⁵

Auch die ärztliche Tätigkeit ist zwischen emanzipatorischen, heilenden und verwaltenden Aspekten aufgespannt. Der Arzt erbringt einer Gesellschaft mannigfaltige und wertvolle Dienstleistungen. Alle Menschen, auch die Mächtigen und Reichen, werden einmal krank und sind mit dem Tod konfrontiert. Das besichert, seit die Medizin eine differenzierte Wissenschaft darstellt und vielerorts erfolgreich zum Wohle der Menschen agieren kann, eine hervorragende Stellung. Gegenüber der Situation der Ärzte vor 200 Jahren, als diese ausser Blutegel, Aderlass und allerlei Kurpfuscherei nichts anzubieten hatten, hat sich die gesellschaftliche Stellung der Ärzte massiv verbessert. Dies wiederum führt zu einer hohen Anfälligkeit, von der Gesellschaft, den Mächtigen, vereinnahmt zu werden. Schon im 18. und 19. Jahrhundert haben Ärzte geholfen, die Gesellschaft vor Missliebigen zu schützen. Sie haben die Unruhigen, Devianten, Missliebigen in grossen psychiatrischen Anstalten weggesperrt. Sie haben ihnen Diagnosen angehängt, um damit ihr frevelhaftes Handeln zu rechtfertigen. Basaglia, Foucault, Goffman u.a.³⁶ haben diese Missstände formuliert. Daraus hat sich in gewissen Teilen der Psychiatrie eine Anti-Psychiatrische Bewegung etabliert, die die Vereinnahmung der Psychiatrie durch polizeiliche Kräfte der Gesellschaft kritisch hinterfragte. Daraus haben sich gesetzliche Regelungen ergeben, die Kranke vor der Willkür der Gesellschaft schützen sollen. Wurden diese bei ihrer Einführung 1980 vielerorts sehr restriktiv ausgelegt, haben sich in den 40 Jahren danach die

³⁵ Mir ist klar, dass eine solch pauschale Darstellung einer beobachteten Veränderung für viele Einzelfälle unzutreffend ist. Es geht mir nicht darum, Einzelpersonen zu kränken und anzuklagen. Es geht mir um das Benennen eines Trends, den ich beobachte und hier benennen will.

³⁶ Siehe entsprechende Verweise im Literaturverzeichnis

emanzipatorischen Anteile gegen verwaltende ersetzt. Es werden heute wieder doppelt so viele Menschen im Kanton Baselland gegen ihren Willen per FU³⁷ in die psychiatrische Klinik weggesperrt, als dies 1980 der Fall war.

Ärzte werden nicht nur zur Berichterstattung an die Krankenversicherer genötigt. Ein Teil der Ärzte lassen sich heute in ein ausuferndes Gutachterwesen der Gesellschaft einbinden. Die meisten von Ihnen tun dies wohl ohne vertiefte Selbstreflexion ihres Handelns. Da, wie einleitend dargestellt, der Verwaltungs- und Kontrolldiskurs in der Gesamtgesellschaft sich breit gemacht hat, haben Richter, Versicherungen und das Vormundchaftswesen einen grossen Hunger an Absicherungen, die u.a. in grossem Umfang an die Ärzteschaft gerichtet werden. Dass die Ärzte zum Erstellen eines „unabhängigen“ Gutachtens aus grundsätzlichen Gründen gar nicht legitimiert sind, kümmert weder Auftraggeber noch die die Gutachten ausführenden Ärzte. Ich habe meine Ansicht über die Vereinnahmung der Ärzte durch die Gesellschaft andernorts ausführlich formuliert³⁸. Das Gutachterwesen stellt ein eklatantes Beispiel vom Wandel der emanzipatorischen zum verwaltenden Diskurs in der Medizin dar.

Es gibt aber auch andere Bewegungen, die in der ärztlichen Tätigkeit auf die Veränderung in Richtung verwaltendem Gesellschaft-Diskurs weisen. Zu nennen ist hier der Ersatz des Vertrauens durch Kontrolle, Generalverdacht, Rechtfertigungen aller Art. Dabei ist die ärztliche Tätigkeit wie kaum eine andere auf Vertrauen aufgebaut. Nicht nur der Patient, auch weite Teile der Gesellschaft können nur sinnvoll mit der ärztlichen Tätigkeit umgehen, wenn sie sich zum Vertrauen entschliessen³⁹. Die Voraussetzungen dafür sind in der Schweiz auch reichlich ideal. Die Ärzte sind in der Regel gut ausgebildet. Es stehen den Ärzten vom Gesundheitswesen auch genügend Möglichkeiten zur Verfügung, ihre Tätigkeit optimal auszuführen. Man kann auch fragen, wem soll man denn trauen, wenn nicht seinen selbst ausgewählten Ärzten? Und dennoch stehen auch die Ärzte mehr und mehr unter dem gesellschaftlichen Generalverdacht, auf Kosten der Sozialversicherungen unnötige Leistungen zu erbringen. In weiten Teilen der ärztlichen Tätigkeit haben Kontrollen das Vertrauen ersetzt.

³⁷ FU = Fürsorgerische Unterbringung (Art. 426 ff ZGB), früher hiess das juristische Verfahren FFE = Fürsorgerische Freiheitsentziehung.

³⁸ Manz Andreas: Grundsätzliche Dimensionen der ärztlichen Gutachtertätigkeit, 2016, einsehbar in unserer Praxishomepage www.praxis-t15.ch

³⁹ Maio Giovanni: Zur Bedeutung des Vertrauens in der Medizin, Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy, 2017, 168, S. 232-238

Zieht man mit einiger Distanz Bilanz, muss konstatiert werden, dass ein unüberschaubares Berufsheer an Kontrolleuren die eigentlichen Missbraucher der Sozialwerke darstellen. Dazu gehören die vielen Ärzte, die Gutachten erstellen, die meistens zur Ablehnung oder Einschränkung von Leistungen führen. Dazu gehören die Juristen, die in Diensten der Versicherungen und der Patienten agieren. Dazu gehören auch die vielen Schadensspezialisten, die Integrationsfachleute, die Case Manager. Sie alle verdienen gutes Geld an den Nebeneffekten der Sozialhilfe. Die missbrauchenden Destinatäre sind kaum weniger zahlreich geworden. Die Destinatäre der Sozialhilfe fristen heute aber ein wesentlich beschwerlicheres Leben und gehen allzu oft leer aus. Die Gelder, die den Armen und Beeinträchtigten zugedacht sind, werden zu einem nicht unwesentlichen Teil von den Berufsfeldern verbraucht, die wie Schmeissfliegen sich um die Notleidenden gebildet haben. Ähnliches ist mit der verwaltenden Drogenhilfe geschehen. Die Kosten sind stark angestiegen, die Stellen haben sich vorallem in den verwaltenden Anteilen der Drogenhilfe vervielfacht. Therapie hat eine Nischenfunktion erhalten. Nur noch wenige Institutionen deklarieren die Therapie der Sucht als wesentliches Element ihres Auftrages. Das Problem wird auf einer Verwaltungsstufe abgewickelt. Profiteure sind vor allem zahllose Berufsleute, die ihr Lohnauskommen in der Elendsverwaltung haben, als auch die Gesellschaft, die ihr unheimlich und bedrohlich erscheinende Elemente sicher zu kontrollieren weiss.

Schlusswort

Ich wollte in diesem Aufsatz zeigen, dass sowohl die Psychotherapie, das ärztliche Handeln, die Sozialarbeit und die Nutzung der bestehenden Sozialwerke gleichsam wie auch die Drogenhilfe in unterschiedlichem Grad von einem Verwaltungsdiskurs vereinnahmt worden ist und der emanzipatorische Diskurs in unterschiedlichem Masse als schwer angeschlagen zu bezeichnen ist. Am Beispiel der CIKADE und des Arxhofs habe ich am Wandel der konzeptionellen Ausrichtung den Vormarsch des Verwaltungsdiskurses institutionell dargestellt. Das Verschwinden von 40 Therapeutischen Gemeinschaften und das Aufrüsten der Institutionen der Überlebenshilfe illustriert diese Bewegung deutlich.

Ich bin den Ursachen für diesen Wandel nachgegangen und habe versucht, die Antwort in einem gesamtgesellschaftlichen Wandel zu finden. Ich behaupte, dass in der ganzen schweizerischen Gesellschaft eine Abnahme emanzipatorischer Diskursanteile zu beobachten ist und diese durch eine Zunahme des Verwaltungs-Diskurses ersetzt wurden. Ich nehme an, dass dies nicht nur in der Schweiz so geschieht. Rancière hat ähnliches für die französische Gesellschaft formuliert⁴⁰. Goffman hat schon vor 50 Jahren eine institutionelle Analyse für Nordamerika verfasst⁴¹.

Den Gründen, wieso die europäischen Gesellschaften diese Bewegung vollziehen, wurden hier nicht nachgegangen. Das Thema dieses Aufsatzes war auf den Wandel der Drogenhilfe in der Region Basel ausgerichtet. Hierbei wurden einige Gründe für den Wandel genannt.

Wir können bedauern, dass und mit klugen Analysen die heutige Verwaltung des Suchtelends beklagen – oder wir können die Phase der Ratlosigkeit in den 70-er Jahren bestaunen, die eine kurze Phase einer stringenten Therapie-Konzeption ermöglicht hat.

⁴⁰ Rancière Jacques: das Unvernehmen (1995), oder: 10 Thesen zur Politik (2000), oder: der unwissende Lehrmeister (1987), oder: das ästhetische Unbewusste 2001)

⁴¹ Goffman Erving: Asyle, 1961, oder Stigma (1963)

ANHANG

Sterben wirklich weniger Menschen an der Drogensucht?

Gemäss Suchtmonitoring Schweiz sind die Zahl der Todesfälle infolge Überdosis von 1995 bis 2015 stetig von 376 auf 132 zurückgegangen.⁴²

2015 sollen in den USA 52'000 Menschen an einer Drogenüberdosis gestorben sein.⁴³ Umgerechnet auf die Grösse der Schweiz würde dies 1130 Drogentote bedeuten.

In Deutschland stiegen die registrierten Drogentoten von 1973 (100) auf einen Höchststand 1979 (623) an, pendelten sich um ca. 500 jährlich ein und steigen seit 1989 stark an. Von 1991 bis 2008 schwankten die Zahl zwischen 1400 und 2000 Drogentoten. 2012 wurden „lediglich“ 944 Drogentote gemeldet, 2016 waren es 1'330. Umgerechnet auf die Grösse der Schweiz bedeutet dies 133 Drogentote.

In all diesen Zahlen ist die Frage unbeantwortet, ob durch die tiefe Schwelle von Ersatzmittelprogrammen insgesamt die Prävalenz der Drogensucht zwischen 1980 und 2017 zu oder abgenommen hat. Ebenfalls unbeantwortet ist die Frage, wie stark eine jahrelange Drogenabhängigkeit andere tödlich verlaufende Krankheiten befördern?

Die Lebensprävalenz Konsum einer Illegalen Droge ist zwischen 1992 und 2012 von 8.7% auf 22.8% angestiegen. Der Heroinkonsum stieg nur leicht an (von 0.6 auf 0.8% der Bevölkerung), wobei er substantiell bei den über 40jährigen zugenommen hat (0.1 auf 0.8%). Der Kokainkonsum stieg von 1.6% auf 3.4%, Der Ecstasy-Konsum von 1% auf 2.6%. Der regelmässige Cannabiskonsum blieb in etwa konstant (1,4 oder 1,3%).⁴⁴

Im Kt. BS standen 2016 897 Personen in einem Substitutionsprogramm (1999 waren es 1'016). Im Kt. BL waren es 2016 455 Personen (1999 waren es 777). Die Abgabe erfolgte in 44% durch eine Beratungsstelle, in 39% durch eine Apotheke, in 17% durch einen Arzt oder einer Klinik. Die Zahl der substituierten Drogenabhängigen blieb zwischen 1999 und 2016 schweizweit bei ca. 17'500 bis 18'000 Personen konstant.⁴⁵

In den 80-er Jahren gingen wir von 600 schwer Drogenabhängigen Personen im Kt. BS aus. 1999 wurden in der Region Basel 1'800 Ersatzprogramme registriert. Die Politik der Schadensminderung hatte die Zahl der Opiatsüchtigen innerhalb von 15 Jahren verdoppeln lassen.

⁴² www.suchtmonitoring.ch Vom BFS registrierte Todesfälle gemäss den ICD-10 Codes F11/F12/F14/F15/F16/ F19 (psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode/ Cannabinoide/ Kokain/ andere Stimulanzien/ Halluzinogene/ multipler Substanzgebrauch und andere psychotrope Substanzen), X42 (akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene], andernorts nicht klassifiziert), X62 (vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene], andernorts nicht klassifiziert) und Y12 (Vergiftung durch und Exposition gegenüber Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene], andernorts nicht klassifiziert, Umstände unbestimmt

⁴³ www.spiegel.de und „2017 national drug threat assessment DEA-DCT-040-17“ - www.dea.gov/docs/DIR-040-17_NDTA.pdf gemäss Wikipedia waren es 2000 ca. 17'000 Drogentote, 2014 waren es 47'000 und 2016 waren es 59'000

⁴⁴ www.suchtmonitoring.ch/docs/library/notari_z2p3gn1n1a7q.pdf

⁴⁵ www.substitution.ch

Institutionen der Drogenhilfe Region Basel 1970 bis 2018

Institution	Wo	von	bis	Art der Institution	Träger	Bemerkungen
TG Gatterweg	Riehen	1971	2002	Therapeutische Gemeinschaft	SJWG	
Drop-In	Basel	1971	heute		AAJ	heisst heute Beratungszentrum
TG Kleine Marchmatt	Reigoldswil		Vor1999	Therapeutische Gemeinschaft		
TG Chratten	Oberbeinwil	1972	heute	Therapeutische Gemeinschaft	Stiftung Sucht	konzeptionell radikal umgestaltet
Kette	Region Basel	1975		Dachverein		Herausgeberin der Zeitschrift DIE KETTE
TG Obere Au	Langenbruck	1979	2002	Therapeutische Gemeinschaft	V. Basler Kinderheilstätte	
TG Waldruh		1981	2004	Therapeutische Gemeinschaft	V.Drogenhilfe	
TG Smaragd	Reinach		2007	Therapeutische Gemeinschaft	V....	Haus beherbergt heute die ESTA-Klinik
CIKADE	Div. Orte	1981	heute		V.Drogenhilfe	heisst heute ESTA-Klinik. St.SRB
Spektrum	Liestal	1983	heute	Familienplatzierung	V.Drogenhilfe	Stiftung SRB
Stadtlärm	Basel		heute	2 Betreute Wohnhäuser	V.Drogenhilfe	
Methadonabgabe PUP	Basel	1983	heute	Ersatzdrogenabgabe	Psych. Poliklinik	
Methadonabgabe PUK	Basel	1982	heute	Ersatzdrogenabgabe	Psych. Klinik	
Haus Gilgamesch	Binningen		heute	Ersatzdrogenabgabe & Wohnen	St.Sucht	
Tagesstätte Wallstrasse	Basel	1993	heute	Tagesstätte und Waschsalon	St.Sucht	
Gassenküche	Basel	1989	heute	Kantine	V.Gassenküche	
Schwarzer Peter	Basel	1983	heute	Gassenarbeit / Street-work	V.Schwarzer Peter	
Familienplatzierung Vega	Arlesheim		2007	Familienplatzierung	Verein Vega	Haus beherbergt heute die ESTA-Klinik
MUSUB	Basel / Liestal	1998	heute	fremdsprachige Beratungsstelle	V.Musub	heute Teil der Stiftung Blaues Kreuz
Fixerraum 3x	Basel	1988	heute	ungestörter Drogenkonsum	AAJ	heisst heute: Anlauf- und Beratungsstelle
Badal	Basel	1994	heute	Ersatzdrogenabgabe	ARUD	heisst heute: ZfS
Janus	Basel	1994	heute	Heroinabgabe	Psych. Klinik	
Stiftung Wohnhilfe	Basel	1988	heute	betreutes Wohnen	St.Wohnhilfe	
Arxhof	Niederdorf	1974	heute	Straf- und Massnahmenzentrum	Kt. BL	

Literatur

- Arxhof Newsletter 18, Juni 2018
- Assfalg Reinhold: *Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit*, 1993, Neuland, Geesthacht
- Bachmann / Burkhard, Hrsg.: *Drogenabhängige im Strafvollzug*, 1985, ISPA-Press, Lausanne
- Basaglia Franco, Hrsg.: *Was ist Psychiatrie?*, 1974, Suhrkamp, Frankfurt
- Basaglia Franco: *Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen*, 1973, Suhrkamp, Frankfurt
- Basaglia / Foucault et al.: *Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen*, 1980, EVA, Frankfurt
- Bateson Gregory: *Die Kybernetik des „Selbst“: Eine Theorie des Alkoholismus*, 1971, dt. in Bateson Gregory: *Ökologie des Geistes*, Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Berger / Reuband / Widlitzek: *Wege in die Heroinabhängigkeit*, 1980, Juventa, München
- Bernarth Christian: *Katamnese Drogenabhängiger Jugendlicher aus dem Rehabilitationszentrum Ulmenhof in Ottenbach*, 1978, Stamm, Schleithem
- Bess / Brömer, Hrsg.: *Therapeutische Gemeinschaften für süchtige Menschen in Europa*, 1991, Röttger, München
- Bopp Jürgen: *Antipsychiatrie*, 1980, Syndikat Verlag, Frankfurt
- Bühler Doris: *Die Wirksamkeit der Heilsbehandlung*, 1980, Soziologische Institut der Universität Zürich
- Casriel / Amen: *Daytop, The Addicts and Their Cure*, 1971, Hill and Wang, New York
- Casriel Dan: *Wiederentdeckung des Gefühls*, 1972, München
- Castel Robert: *Vom Widerspruch der Psychiatrie*, in Basaglia / Foucault et al.: *Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen*, 1980, EVA, Frankfurt a.M.
- Cohn Ruth: *Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion. Von der Behandlung des einzelnen zu einer Pädagogik für alle*. Klett-Cotta, Stuttgart 1975; 16. Auflage. 2009
- Cooper David: *Der eingekreiste Wahnsinn*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1979
- Cooper David: *Die Sprache der Verrücktheit*. Rotbuch-Verlag, Berlin 1978
- Cooper David: *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie*. 6. Auflage. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1984
- Die Kette: *CIKADE Drogenentzug*. 1983, die Kette, 10 Jahrgang Nr.1, Basel
- Dörner Klaus: *Bürger und Irre*, 1969, EVA, Frankfurt a.M
- Dörner / Plog: *Irren ist menschlich – oder Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie*, 1978, Psychiatrieverlag, Rehbürg
- Fengler Christa & Thomas: *Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird*, 1990, Psychiatrieverlag, Rehbürg
- Foucault Michel: *Die Macht der Psychiatrie*, 1973 / 2005, Suhrkamp, Frankfurt
- Foucault Michel: *Psychologie und Geisteskrankheit*, 1968, Suhrkamp, Frankfurt
- Foucault Michel: *Überwachen und Strafen*, 1977, Suhrkamp, Frankfurt
- Foucault Michel: *Wahnsinn und Gesellschaft*, 1969, Suhrkamp, Frankfurt
- Geck Karl: *Suchtgesellschaft kurz vor dem Entzug*. In Lechler Walther, Hrsg.: *Nicht die Droge ist's – sondern der Mensch*, 2009, Goch
- Goffman Erving: *Asyle*, 1973, Suhrkamp, Frankfurt
- Goffman Erving: *Stigma*, 1975, Suhrkamp, Frankfurt
- Graf Erich Otto: *Das Erziehungsheim und seine Wirkung*, 1988, Zentralstelle für Heilpädagogik, Luzern
- Harten / Röhling / Stender: *Gibt es eine Suchtpersönlichkeit?*, 1992, Neuland, Geesthacht
- Heckmann Wolfgang, Hrsg.: *Drogentherapie in der Praxis*, 1991, Beltz, Basel
- Heigel-Evers Annelies, Hrsg.: *Eingrenzung und Ausgrenzung*, 1993, Vanderhoeck, Göttingen
- Heigel-Evers Annelies, Hrsg.: *Suchttherapie*, 1991, Vanderhoeck, Göttingen
- Heimkampagne Zürich: *Arbeitsdokumente Band Nr.2, Uitikoner Kampagne*. 1972, 87 Seiten
- Hermanns Otto, Hrsg.: *Sucht und Psyche*, 1981, Lambertus, Freiburg i.Br.
- Hornung / Schmidtchen / Scholl-Schaaf: *Drogen in Zürich, eine Motivstudie*, 1983, Huber Bern
- Hutmacher Stefan: *Wessen Diener ist die Soziale Arbeit? Soziale Arbeit im Fokus politischer Philosophie*. 2016, BA-Arbeit an der FHNW, Olten
- Jervis Giovanni: *Kritisches Handbuch der Psychiatrie*, 1978, Syndikat, Frankfurt a.M.
- Jones Maxwell: *Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft*, 1968, dt. Huber, Bern 1976
- Jüttemann-Lembke / Kern: *Abhängigkeitskarrieren, Biographische Studien*, 1987, Studien Verlag, Weinheim
- Kampe / Kunz: *Was leistet Drogentherapie?*, 1983, Beltz, Weinheim

- Kaufman / Kuafmann: *Therapie mit mehreren Familien von Drogenabhängigen*, in dieselben: *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit*, 1983, Lambertus, Freiburg i.Br.
- Kisker et al Hrsg.: *Abhängigkeit und Sucht*, Psychiatrie der Gegenwart 3, 1987, Springer, Berlin
- Körkel Joachim, Hrsg.: *Der Rückfall des Suchtkranken*, 1988, Springer, Berlin
- Krystal / Rsakin: *Drogensucht, Aspekte der Ich-Funktion*, 1983, Vanderhoeck, Göttingen
- Kubli Urs: *Suchttherapie, Rede* 1990
- Kuypers Ursula, Hrsg.: *Sucht und Therapie*, 1982, Lambertus, Freiburg i.Br.
- Ladewig Dieter, Hrsg.: *AIDS bei Drogenabhängigkeit*, 1988, ISPA-Press, Lausanne
- Ladewig Dieter, Hrsg.: *Der aktuelle Stand in der Behandlung Drogen- und Alkoholabhängiger*, 1986, ISPA-Press, Lausanne
- Ladewig Dieter, Hrsg.: *Folgeschäden und Überlebenshilfe*, 1990, ISPA-Press, Lausanne
- Laing Ronald: *Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn*. 1987
- Laing Ronald: *Das Selbst und die Anderen*. 1973
- Lechler Walther: *Gesund ist, wer noch krank werden kann*. 2004, Goch2009
- Lobos Roberto: *Zur sozialen und therapeutischen Begründung des „Kalten Drogenentzugs“*, 1983, in Die Kette: CIKADE Drogenentzug, Jg.10 Nr.1, Basel
- Maio Giovanni: *Zur Bedeutung des Vertrauens in der Medizin*, Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy, 2017, 168, S. 232-238
- Man Andreas: *Diverse Texte zur Suchtproblematik*, siehe www.praxis-t15.ch
- Manz Andreas: *Arxhof – Versuch einer Retrospektive*, 2018 (in Ausarbeitung)
- Manz Andreas: *Erhebungen zur Suchthilfe in der Region Basel und Beobachtungen zu Teilproblemen der Suchthilfe*, 1989, Basel, 329 Seiten und ein Band Daten-Anhang
- Manz Andreas: *Gedanken zur Primärpräventions-Diskussion*, 1991, www.praxis-t15.ch
- Manz Andreas: *Grundsätzliche Dimensionen der ärztlichen Gutachter Tätigkeit*, 2016, einsehbar in der Praxishomepage www.praxis-t15.ch
- Mellody Pia: *Verstrickt in die Probleme anderer, Über Entstehung und Auswirkung von Co-Abhängigkeit*, 1991, Kösel, München
- Meyer-Fehr Peter: *Drogentherapie und Wertwandel, Orientierungsmuster in Therapeutischen Gemeinschaften*, 1987, Weinheim
- Petzold Hilarion, Hrsg.: *Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen*, 1973 Junfermann, Paderborn
- Petzold Hilarion: *Daytop, das Konzept einer therapeutischen Gemeinschaft zur Behandlung Drogenabhängiger*, 1974
- Petzold Hilarion: *Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen*, 1971, Rosenheim
- Petzold Hilarion: *Phoenix und Odyssey Houses als Modelle in der Behandlung Drogenabhängiger*, 1974
- Petzold Hilarion: *Zur Therapie von drogenabhängigen Jugendlichen*, 1973, Mönchengladbach
- Pineiro / Winzeler: *Wohnungsnot als gesellschaftlicher Konflikt: Alfred Kunz und die Gemeinnützige Stiftung Wohnhilfe*, 2017, Reinhard Verlag, Basel
- PSAG: *Gemeindenaher Psychiatrie. Beiträge zur Psychiatrie-Reform Basel*, 1985, Das Band, Bern
- Rancière Jacques: *10 Thesen zur Politik*, 2000, Suhrkamp, Frankfurt
- Rancière Jacques: *das ästhetische Unbewusste*, 2001, Suhrkamp, Frankfurt
- Rancière Jacques: *das Unvernehmen*, 1995, Suhrkamp, Frankfurt
- Rancière Jacques: *der unwissende Lehrmeister*, 1987, Suhrkamp, Frankfurt
- Rennert Monika: *Co-Abhängigkeit*, 1990, Lambertus, Freiburg i.Br.
- Rink Jürgen, Hrsg.: *Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit*, 1995, Neuland, Geesthacht
- Rohlf's Gilka: *Die gesellschaftliche Definition von Geisteskrankheit*, 1986, Psychiatrieverlag, Bonn
- Rost Wolf-Detlef: *Psychoanalyse des Alkoholismus*. 1987/2009, Psychosozial, Giessen
- Roth Dieter: *Modelle der Drogentherapie*, 1977, Point-Press, Köln
- Rudolf von Rohr Christa: *Rausch Ekstase Sucht – Geschichte der Suchtpolitik des Kanton Basel-Stadt*. 2014, Gesundheitsdienste Basel-Stadt
- Schmid / Blanchard: *Alkoholverbrauch 1880 – 1985*, 1986, Eidgenössische Alkoholverwaltung, Bern
- Schmid Sil: *Freiheit heilt. Bericht über die demokratische Psychiatrie in Italien*, 1977, Wagenbach, Berlin
- Sickinger / Kindermann et al.: *Wege aus der Drogenabhängigkeit, gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche*, 1992, Lambertus, Freiburg i.Br.
- Sieber Martin: *Drogenkonsum: Einstieg und Konsequenzen, eine Längsschnittuntersuchung*, 1993, Huber, Bern
- Stacgowske Ruthard: *Familienorientierte stationäre Drogentherapie*, 1994, Neuland, Geesthacht
- Stein Adelheid, Hrsg.: *Problemfelder der Therapie Suchtkranker*, 1985, Lambertus, Freiburg i.Br.

- Sugerma Barry: *Daytop Village, A Therapeutic Community*, 1974, Holt, New York
- Suter Rolf: *Die Gewinnerinnen der Drogenprohibition*, 1991, Selbstverlag, Zürich
- Szasz Thomas: *Wem dienst die Psychiatrie?*, in Basaglia / Foucault et al.: *Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen*, 1980, EVA, Frankfurt a.M.
- Szasz Thomas: *Der Mythos der Geisteskrankheit*, 1975, Walter, Olten
- Textor Cornelius: *6-Jahres Katamnese von 14 ehemaligen Methadonpatienten*, 1984, Diss, Zürich
- Thommen Dieter: *Die Behandlung Drogenabhängiger. Alternativen zur traditionellen juristischen Sicht des Drogenproblems*, 1984, Peter Lang, Bern
- Thommes Dieter, Hrsg: *Drogenproblematik im Wandel*, Symposionsbericht, ISPA-Press, 1988, Lausanne
- Thommen Dieter: *Verein Drogenhilfe – Hintergrund und Scheitern einer Vision*, 2018 (in Ausarbeitung)
- Uchtenhagen / Zimmer: *Heroinabhängige und ihre „normalen“ Altersgenossen*, 1985, Paul Haupt, Bern
- Uchtenhagen Ambros: *Soziale Desintegration und Reintegration Drogenabhängiger*, 1987, in Koechel / Ohlmeier, Hrsg.: *Psychiatrie-Plenum 1987*, Springer, Berlin
- Ulrich Waldemar: *Stationäre Einrichtungen in der Drogenhilfe*, 1993, BAG, Bern
- Voigtel Roland: *Sucht*, 2015, Psychosozial, Giessen
- Vogler Gertrud, Bänziger Chris: *Nur saubergekämmt sind wir frei – Drogen und Politik in Zürich*, eco-Verlag 1990
- von Albertini Ursina / Schulthess Peter: *Die therapeutische Gemeinschaft Gatterweg*, 1981, Basel
- Watzl Hans: *Die Vorhersage des Behandlungserfolges bei alkoholkranken Frauen – eine empirische Untersuchung*, 1986, Röttger, München
- Wilson Schaef Anne: *Co-Abhängigkeit*, 1986, Bögner, Wildberg
- Wurmser Léon: *Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs*. 1997, Vanderhoeck, Göttingen
- Yablonsky Lewis: *Die Therapeutische Gemeinschaft*, 1990, Beltz, Weinheim
- Yablonsky Lewis: *The tunnel back*. *Synanon*, New York; Macmillan, 1965, Deutsch: *Synanon*, 1975, Klett, Stuttgart
- Zimmer Dagmar et al.: *Verlaufsresultate bei Opiatabhängigen aus zwei verschiedenen Behandlungsmodalitäten unter Berücksichtigung des HIV-Status. Therapeutische Gemeinschaften und Methadonprogramme im Vergleich*, 1993, 100S inkl. Tabellenanhang, unveröffentlicht
- Zimmer Dagmar: *Heroinabhängige – 7 Jahreskatamnese*, 1987, Nationalfonds, unveröffentlicht