

„Selbstwahlakte“ als notwendige Bedingung einer gelingenden Drogentherapie?

**Eine Einzelfallanalyse als Voraussetzung für den
Entwurf einer empirischen Feldforschung**

**Thesis
im Rahmen des universitären Lehrganges
"Nachhaltige Entwicklung für Bildung und Soziales"
zak - Zentrum für Agogik, Basel
April 2009**

begleitender Dozent:
Prof. Dr. Peter Kern

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Aufriss der Arbeit.....	3
1.1. Zur wissenschaftlichen Methode	4
1.2. Zur Durchführung der Arbeit	6
1.3. Antwort auf die These.....	7
1.4. Ausblick: Anschlussforschung	7
2. Kurzer Überblick über die Entwicklung des Drogenkonsums in der Schweiz	8
2.1. Das schweizerische 4-Säulen-Modell: Prävention, Therapie, Schadensminderung, Repression.	9
2.1.1. <i>Prävention - die „erste Säule“ der Drogenpolitik</i>	10
2.1.2. <i>Therapie - die „zweite Säule“ der Drogenpolitik</i>	12
2.1.2.1. <i>Ambulante Therapien</i>	13
2.1.2.2. <i>Therapieformen in stationären Einrichtungen</i>	13
2.1.2.3. <i>Die medizinische Suchtforschung</i>	15
2.1.3. <i>Schadensminderung - die „dritte Säule“ der Drogenpolitik</i>	16
2.1.4. <i>Repression - die „vierte Säule“ der Drogenpolitik</i>	17
2.2. Notizen zur Rechtsprechung	17
2.3. Ergebnis der Entwicklungen in Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression	18
3. Biographie des Einzelfalles.....	20
3.1. Vor der Sucht.....	20
3.2. Im Bann der Sucht.....	23
3.3. Die Befreiung: „Ich will leben!“	32
4. Analyse des Einzelfalles.....	35
4.1. Die existentielle Bedeutung des „Ich will leben!“	35
4.2. Der „Selbstwahlakt“ im Kontext der Drogentherapien.....	39
4.3. „Selbstwahlakte“ im Kontext nichtfragmentarisierter Bildungsprozesse.....	41
5. „Selbstwahlakte“ als notwendige Bedingung der Möglichkeit einer gelingenden Drogentherapie	48
6. Was ermöglicht „materiale Selbstwahlakte“?	53
6.1. Bestätigung der These und Vorbereitungen zur Methodendiskussion.....	53
6.2. Vor dem „Selbstwahlakt“: „Wecken“ – „Üben“ – „Reflektieren“	55
6.3. Erkenntnisse für die zukünftige Arbeit mit Süchtigen.....	60
7. Ausblick: Anschlussforschung	63
8. Anhang: Zahlen zu stationären Therapien und deren Erfolg	65
9. Bibliographie	68

10. Dank 71

1. Einleitung und Aufriss der Arbeit

Die aktuell gehandhabten Drogentherapien in der Schweiz sind wenig erfolgreich, leider.¹ In der hier vorgelegten Arbeit wird ein Einzelfall diskutiert, an dem eine neue Dimension der Drogentherapie als möglich erscheint. Aus dieser konkreten Erfahrung ergibt sich die These der nachfolgenden Studie:

- *Drogentherapie gelingt, wenn näher zu klärende „Selbstwahlakte“ des Abhängigen den Therapieprozess bestimmen.*

Mit der Kategorie der „Selbstwahl“ wird ein anthropologischer Weg wiedereröffnet, auf dem der Mensch, auch der Drogenabhängige, nicht nur als Objekt unter Objekten gesehen wird. Die Therapie nimmt so die Form einer „biographischen Pathogenese“ an, wie sie bereits Viktor von Weizsäcker formulierte.² Von verschiedensten Medizinkritikern wird Viktor von Weizsäcker derzeit als Pionier eines phänomenologischen, antireduktionistischen Zugriffs auf das Thema „Gesundheit – Krankheit“ wiederentdeckt. In Ergänzung zur rein naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin entwarf Viktor von Weizsäcker eine philosophisch konzipierte Sinndeutung des Krankseins. Das Ergebnis ist eine „Weisheit des Leidens“, eine Pathosophie, die erkennt, dass Gesundheit eine Utopie ist. Kranksein wird folglich als eine besondere Art des In-der-Welt-Seins begriffen, aus der heraus Einsichten möglich werden, die dem verborgen bleiben, der sich - fragwürdig genug – als „gesund“ definiert. Gerade die Abwesenheit der natürlichen Selbstverständlichkeit körperlichen und physischen Funktionierens schärfte den Blick für Grundfragen der Existenz. Krankheit erhält somit eine Bedeutung in der je einzelnen Biographie: Sie drängt zur Wahrheit der eigenen Existenz. Viktor von Weizsäcker ist deshalb fasziniert von der „List, mit der die Krankheiten Entscheidungen herbeiführen, die dem Menschen notwendig sind“.³

¹ Vgl. Anhang, Statistik, Seite 65-67 dieser Arbeit

² Vgl. Viktor von Weizsäcker: Warum wird man krank? Ein Lesebuch, Frankfurt/Main 2008

³ ebenda S. 54

Sich entscheiden heisst, sich selbst wählen, also „Selbstwahlakte“ zu wagen. Ein „Selbstwahlakt“ ist allerdings mehr als eine nur formale Entscheidung. Davon wird später noch ausführlich zu sprechen sein.

Betrachtet man in diesem Kontext die Drogenabhängigkeit, dann ist über die heute üblichen Therapieformen hinaus der subjektive Faktor neu zu gewichten. Der Drogenabhängige hat jenseits von körperlicher Abhängigkeit und gesellschaftlicher Verstrickung nach dem Sinn seiner Sucht zu fragen. Nur so kann er die Verantwortung für seine Existenz übernehmen. Das aber setzt „Selbstwahlakte“ voraus, die in den Perspektiven medizinischer und soziologischer Zugriffsweisen nur unzureichend erfasst werden können.

Eine solchermassen erweiterte Drogentherapie verändert auch die Rolle der Sozialarbeiterin, des Sozialarbeiters oder der Psychotherapeuten in der Drogentherapie.

1.1. Zur wissenschaftlichen Methode

Soweit bereits vorliegende Forschungsergebnisse referiert und interpretiert werden, kommen historisch-hermeneutische Erkenntnisverfahren zur Anwendung.⁴ Dies schliesst die Diskussion umfangreicher empirischer Befunde ein.⁵

Beim Einzelfall kommt auch eine phänomenologische Interpretation zur Anwendung, dies insbesondere dort, wo die Phänomene der Selbstwahlakte dargelegt werden.⁶

Die so gewonnenen Ergebnisse bilden schliesslich das hermeneutische Vorfeld für neue empirische Untersuchungen, nämlich dann, wenn das Ergebnis des Einzelfalles auf seine Verallgemeinerung hin überprüft werden soll. Diese quantitative Überprüfung ist nicht mehr Gegenstand dieser Arbeit.

⁴ vgl. Helmut Seiffert: Einführung in die Wissenschafts-Theorie 2, München 1972 in 4.Aufl., S.43ff.: Die Hermeneutik und die historische Methode

⁵ vgl. Helmut Seiffert: Einführung in die Wissenschafts-Theorie 1, München 1972 in 4.Aufl., S. 185ff.: Die Induktion in den Sozialwissenschaften

⁶ vgl. Ernst Engelke: Die Wissenschaft Soziale Arbeit, Freiburg i.Br. 2004 in 2.Aufl.; Phänomenologie: S.205f.

Der zu diskutierende Fall gehört in den Bereich der einzelfallbezogenen Biographieforschung. Sie gewinnt seit den 1980-er Jahren immer mehr an Bedeutung.⁷ Diese Form qualitativer Sozialforschung wendet sich ab von der soziologischen Betrachtung von System und Struktur und öffnet sich wieder für die Lebenswelt. Damit ist auch ein Wiederaufleben phänomenologischer Theorieansätze verbunden, wie das bereits erwähnte Beispiel von Viktor von Weizsäcker zeigte.

Der Einzelfall-Approach selbst ist noch keine Forschungsmethode. Indem eine einzelne Biographie Gegenstand der Forschung wird, kommen je nach Situation unterschiedliche Methoden zur Anwendung. Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine noch lebende Person, die durch den Autor während ihrer Drogenkarriere begleitet wurde. Aus dieser Begegnung resultieren schriftliche, tagebuchartige Aufzeichnungen. Sie bilden die Grundlage der Darstellung und Interpretation des Falls. Hinzu kommen noch narrative Interviews. Diese kreisen insbesondere um die Herausarbeitung der „Selbstwahlakte“. Es wird versucht, diese phänomenologisch zu fassen.

In der Biographieforschung wird nun die Frage erörtert, inwieweit es möglich ist, die wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnisse und Einzelaussagen zu verallgemeinern. Es handelt sich hier um die Frage nach der Tragfähigkeit abduktiv⁸ gewonnener, logischer Schlussfolgerungen. In den Sozialwissenschaften ist es durchaus üblich, von einem Fall oder auch von mehreren Fällen auf gesellschaftlich relevante, allgemeine Muster zu schliessen. Dieser Weg wird in der vorliegenden Arbeit nicht beschritten. Die Tragfähigkeit der am Einzelfall gewonnenen Aussagen ist zu unsicher, stattdessen wird empfohlen, weiterführende empirische Forschung vorzunehmen. Insofern handelt es sich bei dieser Studie gleichsam nur um eine hermeneutische Erweiterung empirisch abzusichernder Fragestellungen. Das „nur“ hat allerdings hohe qualitative Bedeutung: es beschreibt jene Erweiterung des empirischen Forschungsansatzes, der überhaupt erst sachangemessen über Erfolg oder Nicht-Erfolg von Drogentherapien richten kann. Empirische Forschung untersucht immer nur das, wonach gefragt wird. Das aber, wonach gefragt wird,

⁷ Vgl. M.Kohli: Soziologie des Lebenslaufs, Darmstadt 1978; sowie: W. Fuchs-Heinritz: Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden, Wiesbaden 2005 in 3. Aufl.

⁸ Abduktiv: Abduktion ist der Vorgang, durch den eine erklärende Hypothese gebildet wird.

entscheidet sich im hermeneutischen Vorfeld des Forschungsentwurfs. Wenn dieses Vorfeld bereits um den subjektiven Faktor verkürzt ist, dann können „Selbstwahlakte“ gar nicht mehr zureichend in den Blick kommen. Vor diesem Hintergrund ist die vorgelegte Theses auch ein Beitrag dazu, vor zu vorschnellen und wenig durchdachten empirischen Forschungsvorhaben in den empirischen Sozialwissenschaften zu warnen.

1.2. Zur Durchführung der Arbeit

Im **ersten Hauptteil** findet sich eine knappe Darstellung der **geschichtlichen Entwicklung** der Drogenszene und der Drogenpolitik in der Schweiz, eine Skizze der bisher angewendeten Drogentherapien, die entsprechenden Rechtsgrundlagen werden benannt und die empirischen Befunde, einschliesslich die der Erfolgsquote, werden referiert.

Im **zweiten Hauptteil** wird der **Einzelfall** beschrieben. Es wird eine biographische Skizze vorgelegt, die mit einer Lebenssuchtbilanz abschliesst. Darüberhinaus werden die vom Abhängigen eingeschlagenen drogentherapeutischen Wege aufgezeichnet, die zunächst ohne Erfolg blieben.

Im **dritten Hauptteil** wird das **spezifisch Neue des vorliegenden Ansatzes** diskutiert. Durch die Erfahrung genau bestimmter „**Selbstwahlakte**“ änderte sich die Situation. Mit den sorgfältig zu erörternden „Selbstwahlakten“ kam eine neue Kategorie in die weiteren Therapiewege. Das führte zum Erfolg: Der Proband wurde nachhaltig drogenfrei.

Im **vierten Hauptteil** wird **der theoretische Ertrag des Praxisbeispiels** formuliert. Aus dieser Einzelerfahrung wird in einem weiteren Schritt ein theoretisches Konzept eines ganzheitlichen Verständnisses vom Menschen extrapoliert. Dieser theoretische

Ertrag wird in der Fachliteratur als „anthropologischer Dreischritt“ diskutiert, dem ein „methodischer Dreischritt“ zugeordnet ist.⁹

Nimmt man diese Reflexionen als Folie, um die Erfahrungen des dargestellten Einzelfalles zu interpretieren, dann ergibt sich die in der vorliegenden Studie erarbeitete Antwort auf die These.

1.3. Antwort auf die These

Drogentherapie hat alle drei Dimensionen des anthropologischen Dreischrittes zu umgreifen. Zu den bisherigen Dimensionen der Leiblichkeit („Werk der Natur“) und Gesellschaftlichkeit („Werk der Gesellschaft“) ist die der „Selbstwahlakte“ hinzuzunehmen („Werk seiner selbst“).

Erst durch die Integration aller drei anthropologischen Faktoren im Bildungsprozess wurde ein Therapieerfolg erzielt, wobei der dritten Dimension eine herausragende Bedeutung zukommt.

1.4. Ausblick: Anschlussforschung

Ob die an diesem Einzelfall gewonnen Einsichten verallgemeinerbar sind, wäre nun an entsprechender empirischer Feldforschung zu prüfen. Dazu werden abschliessend noch einige wenige Hinweise gegeben.

⁹ Zum anthropologischen Dreischritt vgl.: Hans-Georg Wittig: Wiedergeburt als radikaler Gesinnungswandel. Über den Zusammenhang von Theologie, Anthropologie und Pädagogik bei Rousseau, Kant und Pestalozzi, Heidelberg 1970; darin: „Der anthropologische Dreischritt“, S.32-47; S.110-124; zum methodischen Dreischritt: vgl. Karl-Heinz Huber: Bildung für eine gelingende Zukunft? Frankfurt/M. 2004; darin: Pestalozzis „Stanser Brief“, S. 91-94

2. Kurzer Überblick über die Entwicklung des Drogenkonsums in der Schweiz

Wie in den meisten westlichen Gesellschaften war der Drogenkonsum in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts auch in der Schweiz kein grosses Problem, viel wichtiger war zu jener Zeit die Verelendung und die soziale Problematik der Alkoholiker. Diejenigen Menschen, die damals Morphium oder ähnliche Substanzen konsumierten, - viele Ärzte (z. B. Sigmund Freud¹⁰), Wissenschaftler und Künstler (z.B. der Schweizer Schriftsteller Friedrich Glauser¹¹) wurden bestenfalls medizinisch oder psychotherapeutisch behandelt. Die Abhängigkeit wurde vertuscht. Wer wegen seiner Sucht in existentielle Probleme geriet, hatte keine Möglichkeit, einer strafrechtlichen Verfolgung auszuweichen. Im Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit existierte das Problem – neben der Alkoholproblematik - kaum.

Nach dem zweiten Weltkrieg, in der Phase des Wiederaufbaus und des wachsenden Wohlstands der europäischen Länder, geriet auch die Schweiz unter den Einfluss „verfeinerter“ Konsumgewohnheiten. Die vor dem Krieg noch weitgehend bäuerlich geprägten Gemeinschaften entwickelten sich zur städtischen Gesellschaft, die allen (Mode-)Strömungen offener gegenüberstand, die zugleich aber auch anonymer war. Junge Menschen experimentierten mit meist südamerikanischen oder auch orientalischen Substanzen. Es kam zur Entdeckung bzw. Wiederentdeckung von Cannabis. Kokain und Opium aus den früheren französischen Kolonialgebieten gehörten dazu. Sie sind in den südamerikanischen, chinesischen und indischen Kulturen schon immer ein fester Bestandteil der (Kultur-) Szene gewesen. Schriftsteller und Wissenschaftler erzählten aus eigener experimenteller Erfahrung und vermittelten über ihre Arbeiten eine Legitimierung dieses Drogen-Konsums: Es ging um Bewusstseinsweiterung, Erleuchtung, Kennenlernen psychischer

¹⁰ Sigmund Freud, 1856 – 1939, Begründer der Psychoanalyse, an der Entdeckung der schmerzstillenden Wirkung von Kokain beteiligt.

¹¹ Friedrich Glauser, 1896 – 1938, mehrfach wegen Konsum von Morphium verhaftet oder interniert.vgl. : Morphium, 1932; 2. Auflage, Band 2, Zürich 1992, S.177 Zürich 1992

Prozesse. Huxley¹², Castaneda¹³, Albert Hoffmann¹⁴ (LSD) und viele andere bedeutende Namen stehen für diese Erfahrungen.

Dies alles bereitete in den Jahren der 68er-Bewegung des 20. Jahrhunderts den Boden vor für eine Enttabuisierung vor allem der weichen, der psychedelischen wie auch der sogenannt harten Drogen. Nun zeigte sich ganz erschreckend die Ambivalenz der Droge: Nur wenige Nutzer besaßen die „Drogenmündigkeit“ der berühmten Pioniere, um mit der Droge gefahrlos zu leben.¹⁵ Die Folge war, dass immer mehr Menschen in sozialer und gesundheitlicher Verwahrlosung endeten, bis das Phänomen der Drogenabhängigkeit zum öffentlichen Diskurs gehörte. Hilfe wurde notwendig.

Der Staat, die Medizin, die Rechtsprechung, die Sozialarbeit, die Pädagogik – sie alle wurden aktiv.

2.1. Das schweizerische 4-Säulen-Modell: Prävention, Therapie, Schadensminderung, Repression.¹⁶

In der Schweiz wurde Ende der 90-er Jahre des vergangenen Jahrhunderts ein komplexes Modell der Drogenpolitik erarbeitet, das den Umgang mit den Drogenproblemen regeln sollte. Es war dafür gedacht, das Handeln von Behörden und Polizei zu erleichtern. Im Jahre 2005 wurde das Konzept der **4-Säulen**

¹² Aldous Leonard Huxley ,*1894 in Godalming, Surrey (England); † 1963 in Los Angeles, britischer Schriftsteller. Vgl. Die Pforten der Wahrnehmung. Meine Erfahrung mit Meskalin, München 1954; Neuausgabe 1964

¹³ Carlos Castaneda ,* 25. Dezember 1925 oder 1931 in Cajamarca; † 27. April 1998 in Los Angeles, amerikanischer Anthropologe. Vgl. unter anderem: Die Lehren des Don Juan. Ein Yaqui-Weg des Wissens. 2. Auflage Frankfurt/M. 1976

¹⁴ Albert Hofmann,* 11. Januar 1906 in Baden, Aargau; † 29. April 2008 in Burg im Leimental, war ein Schweizer Chemiker, Autor und der Entdecker des LSD, machte wissenschaftliche Selbstversuche. Vgl.: LSD – mein Sorgenkind. Die Entdeckung einer „Wunderdroge“, Stuttgart 1979; 2. Aufl. 2001
Pflanzen der Götter. Die magischen Kräfte der Rausch- und Giftgewächse (mit Richard E. Schultes) . Bern 1980

¹⁵ Siehe z.B. Gundula Barsch: Von der Suchtprävention über die Risikokompetenz zur Drogenmündigkeit, Hochschule Merseburg, 2005

¹⁶ Bundesamt für Gesundheit: Drogenpolitisches Engagement des Bundes 2006 – 2011, Bern 2005

„Prävention, Therapie, Schadensminderung, Repression“ verfeinert und erweitert durch ein sogenanntes „**Würfel-Modell**“¹⁷. Das neu entwickelte Modell hat zum Ziel

„eine sachliche, in sich stimmige, wirksame und glaubwürdige Suchtpolitik, die alle psychoaktiven Substanzen umfasst.“¹⁸

Mit diesem neuen Modell lassen sich die Berührungspunkte und Überschneidungen zwischen den einzelnen „Säulen“ effizienter erfassen und einordnen. Es spricht für die Drogenpolitik des Bundesamtes für Gesundheit, dass eine ständige Entwicklung und Anpassung der Leitbilder und Massnahmen an die sich so rasant verändernde Szene erfolgt.

2.1.1. Prävention - die „erste Säule“ der Drogenpolitik

„Die Suchtprävention trägt zur Verringerung des Drogenkonsums bei, indem der Einstieg in den Drogenkonsum und die Suchtentwicklung verhindert werden.“¹⁹ Die ersten Versuche der Prävention in der Schweiz gegenüber gesundheitlich schädlichem Verhalten entstanden schon im 18. und 19. Jahrhundert. Im Laufe der allgemeinen Entwicklung der Medizin wurde die Wichtigkeit der Hygiene, der Ernährung, Kinderpflege und -erziehung und vor allem der Alkohol-Abstinenz erkannt. Bei allen diesen Engagements ging es um Aufklärung, Belehrung und Bildung des Volkes. Die „Trunksucht“ (vor allem der Männer) stellte ein grosses soziales Problem dar, dem verschiedenste Vereine (in der Schweiz: Blaues Kreuz, Heilsarmee, Guttempler u. a.) sowie staatliche Stellen beizukommen versuchten. Entsprechend dieser Tradition wurden von den staatlichen Stellen seit 1968 erzieherische Programme in Schulen und Gemeinden entwickelt, um die durch das neue Phänomen der Suchtmittelabhängigkeit verursachten Leiden zu mindern und zu überwinden.

¹⁷ Eidgenössische Kommission für Drogenfragen, EKDF, „psychoaktiv.ch“ . Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen, 2005

¹⁸ ebenda. S. 1

¹⁹ Bundesamt für Gesundheit, Bern: Drogenpolitisches Engagement des Bundes 2006 – 2011 Teil II, „Prävention“, S.48

Zunehmend mussten in der Folge neben medizinischen auch soziale Probleme gelöst werden, Der seelischen Verelendung, der ökonomischen Verschuldung, der Verslumung, und schliesslich der Kriminalisierung ganzer Stadtquartiere war entgegenzuwirken. Die Drogenszene am Platzspitz oder am Letten in Zürich in den 80-er Jahren des letzten Jahrhunderts war Ausdruck dieser Entwicklung. Nach Felix Mäder²⁰ bildeten sich in dieser Zeit drei Denkstile, die die Prävention prägten:

- *Der autoritative Denkstil, der durch Polizei und Politik geprägt wurde und vor allem die Wiederherstellung der Ordnung zum Ziel hatte.*
- *Der psychologische Denkstil, der sich auf die psychischen Ursachen von Suchtentwicklung konzentrierte.*
- *Der alkoholgegnerische-präventivmedizinische Denkstil, der (zumindest in der Schweiz) eng mit der Abstinenzbewegung verbunden war.*

Martin Hafen²¹, ein Kritiker der gegenwärtigen Präventionspolitik, bemängelt das Fehlen einer eigentlichen Präventionsforschung und bemerkt zur Problematik der Prävention:

*„Bei alledem hat die Prävention die Eigenschaft, dass ihre (Nicht-)Wirkung kaum exakt zu erfassen ist. (...) dass es kaum möglich ist, zu sagen, wie es gekommen wäre, wenn in einem bestimmten Fall keine Prävention stattgefunden hätte. (...) ..welcher immensen Komplexität man sich aussetzt, wenn man gesellschaftliche Probleme verhindern will, bevor sie entstehen. Es scheint offensichtlich, dass dieser Komplexität nicht mit gut gemeinten, isolierten und kurzfristigen Aktivitäten beizukommen ist, wie sie heute noch immer die Regel sind“.*²²

²⁰ Felix Mäder: Zorn und Zärtlichkeit. Eine Ideengeschichte der Suchtprävention, Lausanne 2000

²¹ Martin Hafen: Die Funktion der Prävention für die Gesellschaft, Fachzeitschrift „Prävention und Gesellschaft“, 1/01, 2001, S. 8 - 23

²² Martin Hafen, ebenda. S.12

Das gleiche Phänomen ist übrigens auch bei der Prävention des Rauchens zu beobachten. Der Erfolg der Präventions-Kampagnen in den Schulen ist statistisch nicht erfassbar, aber im Urteil und im Verhalten der Jugendlichen wirken sie meist eher kontraproduktiv, das heisst, es wirkt weiterhin der Reiz des Verbotenen und der Gruppendruck.

2.1.2. Therapie - die „zweite Säule“ der Drogenpolitik

Erste therapeutische Versuche, den drogenkranken Menschen zu helfen, wurden in Lebens- oder Wohngemeinschaften unternommen. Meist versuchten wenig ausgebildete Mitarbeiter, den Süchtigen einen Rahmen anzubieten, innerhalb dessen diese ihre Lebens- und Arbeitsfähigkeit wieder aufbauen konnten, im Grunde entsprechend den Modellen der früheren Behandlung von Alkoholikern. In der Folge gab es eine Unzahl verschiedener Therapieformen, das Wissen über Sucht war noch begrenzt, vieles musste experimentell angegangen werden, die Komplexität des Themas überforderte die zuerst auf caritativer Basis arbeitenden „Helfer“. Gleichzeitig musste eine rechtliche Grundlage geschaffen werden, auch um die dringend nötigen finanziellen Mittel des Staates und der Sozialversicherungen zu erhalten. Dank der Überschaubarkeit und des Reichtums der Schweiz entstanden in der Schweiz – im Vergleich zu den umliegenden europäischen Ländern - schon relativ bald einigermaßen praktikable Lösungen. Wichtig waren da auch die früh eingeführte freie Spritzenabgabe und die Substitutionstherapien, welche die grössten gesundheitlichen Probleme, – Ansteckung mit Aids, Hepatitis und anderen Infektionen – eindämmten. Ende des 20. Jahrhunderts kam dann auch die Abgabe von Heroin an Schwerstsüchtige hinzu, die z.B. in Deutschland stets deutlich umstrittener war und aus finanziellen Gründen dort teilweise wieder abgeschafft wurde²³.

²³ „Auch nach dem Appell der sieben Städte mit staatlicher Heroinabgabe bleibt die Union bei ihrem Nein zu einer Fortführung des Projekts. Der Gesundheitsexperte der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, sagte am Donnerstag im Südwestrundfunk, der Einsatz der Ersatzdroge Methadon sei ähnlich erfolgreich und billiger. Bei einer staatlichen Heroinabgabe zeigten Erfahrungen aus der Schweiz, dass sich der Kreis der Betroffenen ausweite. Ziel müsse es aber sein, die Abhängigen von der Droge wegzubringen. Ähnlich äußerte er sich in der «Berliner Zeitung» (Donnerstag). In der «Süddeutschen Zeitung» (Donnerstag) unterstrich er aber auch, dass seine Fraktion «grundsätzlich gesprächsbereit» sei.“ 8.02. 2007, www.journalmed.de

2.1.2.1. Ambulante Therapien

Ganz zu Beginn der Therapien stand vor allem der körperliche Entzug im Zentrum. Dem seelischen, psychischen Entzug wurde viel weniger Bedeutung zugemessen, das heisst, die Erkenntnisse über Suchtbehandlungen fehlten. Als es sich zeigte, dass viele „geheilte“ Klienten und Klientinnen nach kurzer oder manchmal auch sehr langer Zeit Rückfälle erlitten, suchte man nach neuen Möglichkeiten. Als neue wichtige Therapieform entstand die Konfrontationsmethode, auch heute noch ein wesentliches Instrument²⁴.

Für die hier vorliegende Fragestellung ist vor allem bedeutsam, wie hoch der Wirkungsgrad der innerhalb der ambulanten Therapie angewandten Methoden ist. Dabei überrascht, dass es keine eindeutigen Ergebnisse gibt. Alles hängt zunächst einmal davon ab, wie der „Wirkungsgrad“ definiert wird. Denkt man an ein vollabstinentes Leben nach der Therapie, denkt man an Teilabstinenz, die dann an unterschiedliche Drogen rückgebunden ist (z. B. Alkohol, Cannabis). Darüberhinaus ist der Zeitfaktor zu bedenken. Ist der Therapieerfolg nur von kurzer Dauer, trägt er mittelfristig oder ist es zu einer lebenslangen Genesung gekommen? Die Datenlage ist aus vielerlei Gründen problematisch: Man benötigte Langzeitstudien. In der Praxis sind die Therapierten in aller Regel nicht mehr erfassbar, so dass man auch keine zutreffenden Aussagen über ihren realen Zustand erhält. Insgesamt dürfte gelten, dass ein wirklich dauerhafter Erfolg einer Therapie sehr selten ist. Im Einzelnen geben die im Anhang beigefügten empirischen Befunde Auskunft.²⁵

2.1.2.2. Therapieformen in stationären Einrichtungen

Neben den erwähnten ambulanten Therapiemöglichkeiten interessieren im Rahmen dieser Arbeit vor allem die Möglichkeiten stationärer Therapie in der Schweiz, die es seit über 30 Jahren als Ausstiegsmöglichkeit für Drogenabhängige gibt.

²⁴ Zur Konfrontationsmethode: Methode aus der Verhaltens- und der Traumatherapie. Vor allem durch die Arbeiten des amerikanischen Psychologen Thomas Gordon (* 11. März 1918; † 26. August 2002) allgemein angewendet. Der Patient wird in Gegenwart des Therapeuten angstausslösenden Situationen ausgesetzt, um schrittweise eine Veränderung seines Verhaltens zu erreichen. Vgl. Thomas Gordon: Familienkonferenz, Hamburg 1972.

²⁵ vgl. Anhang, Statistik, Seite 68/69 dieser Arbeit

Verschiedenste Konzepte wurden über die Jahre professionalisiert und diversifiziert, vieles wurde ausprobiert, vieles verschwand wieder. Heute ist es zu einer grossen Aufgabe dieser Einrichtungen geworden, sich mit den schnell verändernden Rahmenbedingungen der Gesellschaft, mit den sich ebenso rasant verändernden Suchtformen und nicht zuletzt den Finanzierungsmöglichkeiten auseinander zu setzen. Daher stecken viele dieser Einrichtungen seit einigen Jahren aus verschiedensten Gründen in einem auch finanziellen Überlebenskampf²⁶. Daneben müssen neue wissenschaftliche Fragestellungen beantwortet, neuen Behandlungsformen entwickelt und evaluiert werden.

Die Entwicklung ging also weiter: Verschiedene Formen des „Lifestyles“, geprägt von einer immer komplexeren Umwelt, der „globalisierte“ Drogenhandel und die Begleiterscheinungen der Migration, wirkten auf den Drogenmissbrauch ein. Dementsprechend wurden auch die Konsumgewohnheiten der Klientel immer komplexer. Alles wird mittlerweile gemischt. Es gibt immer mehr polytoxicomane Abhängige, was die Behandlung enorm erschwert. Jeder Abhängige sollte eine auf ihn zugeschnittene Therapie bekommen, was bei der heutigen finanziellen Situation nicht möglich ist. Ebenso ist die soziale Herkunft völlig verschieden, das Cliché des vergammelten Junkies stimmt schon längst nicht mehr, die Drogenabhängigen sind im Stadtbild nur noch in Extremfällen sichtbar.

Im Übrigen werden die Süchtigen immer älter und können aufgrund der vielen Substitutionsangebote (Subutex, Methadon sowie Heroinabgabe) immer länger relativ unauffällig in der Gesellschaft leben. Viele der Drogenabhängigen, die heute in eine stationäre Therapie eintreten, verfügen über ein recht gutes soziales Umfeld und haben oft auch eine eigene Familie. Diese Menschen sind nicht mehr bereit, sich einer 2-jährigen, vollen stationären Therapie zu unterziehen.

In der schweizerischen Drogentherapie-Landschaft ist also weiterhin eine grosse Veränderung im Gang: Einerseits der Einsatz von Substitutionsmitteln (Methadon, Subutex, Heroinabgabe), der zu einer einigermaßen stabilen Lebensform führen kann, andererseits die grundlegende Suche nach einer eigentlichen Heilung von der Sucht, nach einem Leben in der Abstinenz von der Droge.

²⁶ INFODROG, Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht: Stationäre Suchttherapie Schweiz, Finanzierung, Bern 2006, S. 10

Am Anfang wurde versucht, während der Therapie die Hilfsmittel abzubauen. Doch wird nun immer mehr auf die Stabilisierung durch den Drogensersatz hingearbeitet, denn mit Substitutionsmitteln stabilisierte Menschen sind „billiger“, und machen keinen Ärger, was dennoch nicht heissen muss, dass dies die optimale Lösung darstellt. So ist die stationäre Therapie von Drogenabhängigen auch zu einer wesentlich politischen Komponente geworden, gerade auch in Zeiten, da der Spardruck gross wird und die Mittel immer knapper.

Im Blick auf die Erfolge der einzelnen Methoden der Suchtbehandlung innerhalb der stationären Therapien gilt im Prinzip das, was bereits für die ambulanten Therapien gesagt wurde. Auch hier ist der langanhaltende Erfolg sehr selten. Die dazu gehörenden empirischen Befunde finden sich im statistischen Anhang.

Aufschlussreich ist nun die Erfahrung des Probanden, der zentral Thema dieser Studie sein wird. Während seiner letzten stationären Therapie lebte er zusammen mit weiteren 53 Abhängigen. Davon beendeten nur 14 die Therapie. Davon waren nach 10 Jahren nur er und ein weiterer Süchtiger voll abstinent.²⁷ Demgegenüber sind aus dieser Gruppe drei an Drogen gestorben, die anderen sind teilabstinent bis voll rückfällig. Ohne diese subjektive Erfahrung zu verallgemeinern, scheint sie dennoch symptomatisch für den „Erfolg“ der Drogentherapie zu sein.

2.1.2.3. Die medizinische Suchtforschung

Die medizinische Sucht-Forschung, vor allem diejenige Forschung, die es ermöglicht, detaillierte Vorgänge im Hirn darzustellen, brachte neue Erkenntnisse. Die Forschung ist namentlich genannt in den drogenpolitischen Leitlinien des schweizerischen Bundesamts für Gesundheit²⁸, nur wissenschaftliche Resultate konnten z.B. die Abgabe von Heroin möglich machen. Die Sucht wird vermehrt neben der psychischen auch als neurologische und daher auch medikamentös zu therapierende Krankheit gesehen. Diese Erkenntnisse führten zu einer gewissen Entkriminalisierung des Drogenkonsums, in dem der Handel mit Drogen vom

²⁷ Voll abstinent bedeutet ein Leben, abstinent von allen Drogen, auch von Alkohol.

²⁸ Vgl. Bundesamt für Gesundheit: Drogenpolitisches Engagement des Bundes 2006 – 2011 Teil II Bern 2005,

Gesetzgeber zwar weiterhin verfolgt und bestraft wird, der Drogenkonsum zwar theoretisch auch noch verboten ist, aber in der Praxis – mehr oder weniger - toleriert wird. Im neuesten Modell der Drogenpolitik, dem bereits erwähnten “Würfel-Modell“, werden auch legale psychoaktive Substanzen wie Alkohol, Tabak und Medikamente erfasst.²⁹

2.1.3. Schadensminderung - die „dritte Säule“ der Drogenpolitik

Vor allem interessiert in unserem Zusammenhang das Kapitel Schadensminderung, aus dem sich wichtige Ansätze für die theoretische Legitimierung der Therapie ergeben:

“Drogenabhängige...haben, dem Grundwert der menschlichen Würde entsprechend, Anspruch auf vorbehaltlose Hilfe“.³⁰ Hier setzt die Schadensminderung traditionellerweise an. Heute richtet sie sich jedoch nicht nur an Abhängige, sondern an sämtliche Konsumierende, die Risiken eingehen, und umfasst alle Substanzen. Sie will ganz allgemein erreichen, dass Menschen eine Phase des Drogenkonsums in ihrem Leben mit einem möglichst geringen körperlichen, psychischen und sozialen Schaden durch- und überleben können. Auch sollen mit der Schadensminderung die sozialen Kosten des Drogenproblems verringert werden.

Der schweizerische Gesetzgeber beruft sich hier auf den Grundwert der menschlichen Würde, in Deutschland und auch in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte explizit als Würde des Menschen erwähnt. In der schweizerischen Bundesverfassung wird der Begriff weiter gefasst als: „Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen“³¹, ein normativer Ansatz, der später noch zu diskutieren sein wird.

Wie immer diese juristische und philosophische Grundlage der Drogengesetzgebung und Therapie beurteilt werden mag, eines ist ganz klar: Die Todesfälle durch Drogen und die Neuinfektionen Drogenabhängiger mit Aids und Hepatitis sind in der Schweiz

²⁹ Eidgenössische Kommission für Drogenfragen, EKDF, „psychoaktiv.ch“ Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktive Substanzen, Bern 2005

³⁰ Vgl. Bundesamt für Gesundheit: Drogenpolitisches Engagement des Bunde 2006 – 2011 Teil II, Bern 2005, S.2: Schadensminderung

³¹ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, Art. 7: „Menschenwürde“

enorm gesunken.³² Leider bedeutet die Umsetzung stets ein Kampf um Finanzierung. Bund, Kantone, Krankenkassen und Invalidenversicherung schieben sich gegenseitig die Verantwortung zur Übernahme der Kosten zu.³³

2.1.4. Repression - die „vierte Säule“ der Drogenpolitik

„Die Repression trägt mit geeigneten regulativen Massnahmen zur Durchsetzung des Verbots von illegalen Drogen dazu bei, die negativen Folgen des Drogenkonsums für die Gesellschaft zu vermindern.“³⁴

Dieses Kapitel enthält vorsichtig formulierte Leitlinien für die Strafverfolgung und die Zusammenarbeit von Polizei, Sozialarbeitern und Suchtfachleuten. Ganz am Schluss wird auch die Bekämpfung der organisierten Kriminalität und der Geldwäscherei erwähnt, erwiesenermassen das allerschwierigste Problem. Für den einzelnen Süchtigen hiess Repression in der Vergangenheit in der Praxis zuerst einmal eine Kriminalisierung, wie sie auch unser Proband verschiedentlich erlebte. Heute ist die Situation unklarer: Seit offene Drogenszenen nicht mehr toleriert werden, müssen sich die Drogenabhängigen oft verstecken und vor polizeilichen Kontrollen fliehen. Solange sie jedoch keine grösseren Mengen Drogen bei sich tragen, werden sie höchstens in fürsorgerischer Absicht festgehalten und sofort wieder entlassen.

2.2. Notizen zur Rechtsprechung

Die staatliche Rechtsprechung befand und befindet sich in einem Dilemma, das sich dann besonders bei der Abgabe von Methadon und ähnlichen Substanzen und später bei der Heroinabgabe zeigte. Der Staat gibt mit der einen Hand dem Süchtigen unter gewissen Bedingungen etwas ab, was er mit der anderen Hand verbietet und verfolgt. Es geht hier um eine Rechtsgüterabwägung: pragmatische Hilfe für Kranke, Rettung von Leben, - versus Durchsetzung von Gesetzen. Der

³² Vgl. Aidshilfe Schweiz: Jahresbericht 1998, S. 2 „... innerhalb 4 Jahren Rückgang von 686 Toten auf 83“. www.aids-info.ch

³³ „Stationäre Suchttherapie Schweiz, Finanzierung.“ Bundesamt für Gesundheit, 2006

³⁴ Bundesamt für Gesundheit: Drogenpolitisches Engagement des Bundes 2006 – 2011 Teil II, Bern 2005: Repression

Gesetzgeber, aber auch der Stimmbürger muss damit leben, dass der Konsum von Drogen zwar rechtswidrig, aber in der Praxis straffrei sein muss. Zu Recht wird – ohne viel Erfolg – laufend versucht, die Gesetzgebung, auch via Volksabstimmung, an die sich ständig verändernde Praxis anzupassen. Dazu kommt das globale Problem des Drogenhandels.³⁵

2.3. Ergebnis der Entwicklungen in Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression

Zusammenfassend ist klar, dass sich das Umfeld der ganzen Therapien seit den frühen 70-er Jahren des 20. Jahrhunderts tiefgreifend geändert hat: Substitutionen, Heroinabgabe, Doppeldiagnosen, Polytoxikomanie. - Vor allem aber: Die Klienten sind älter geworden – in einem gewissen Sinne auch mündiger. Deshalb mussten und müssen sich die Therapieangebote ändern, das heißt, sie haben sich den jeweils veränderten Umständen anzupassen.

Das Erste und Wichtigste ist sicher, dass von einer Ideologisierung einer einzigen Therapieform (z.B. auch der Abstinenz) Abstand genommen wird. So wie jeder Abhängige ein Individuum ist mit seiner eigenen Persönlichkeit und seiner eigenen Geschichte, so muss er sich auch ganz individuell mit der Sucht auseinandersetzen.

Das heißt, es braucht individuelle Beratung und Betreuung. Dies bedeutet, dass jeder therapiewillige Süchtige bei einer spezialisierten Indikationsstelle beraten werden sollte, erst dann kann ihm eine seinen Bedürfnissen entsprechende Therapie empfohlen werden.

Älteren Klienten, die eine Therapie machen wollen, sollte eine „massgeschneiderte“ Kurzzeittherapie angeboten werden, die ihrem sozialen Umfeld entspricht und viel mehr Aussicht auf wenigsten lebenspraktische Teil-Erfolge hat.

³⁵ Vgl. ebenda S.65: Repression: „Die unmittelbaren Ziele der Repression im Drogenbereich sind die Angebotsverknappung, das Bekämpfen des illegalen Drogenhandels sowie die damit verbundenen ungesetzlichen Finanztransaktionen wie auch das Bekämpfen der organisierten Kriminalität.“

So stellen wir heute fest, dass wir einer verwirrenden Vielfalt von Suchtformen gegenüber stehen, einer ebenso weit gefächerten Zahl von Therapieformen, die nicht immer sehr viel Erfolg im Sinne einer schnellen und sicheren Heilung versprechen – wohl aber mehr Möglichkeiten, das Leiden, die Krankheit, ja den Tod zu vermindern bzw. zu vermeiden. Tatsächlich sind in den letzten Jahren die Todesfälle durch Drogen³⁶ und die Neuinfizierungen mit Hepatitis und Aids zurückgegangen. Der allgemeine Gesundheitszustand der Drogenabhängigen hat sich verbessert. So erfreulich das alles ist, eine wirkliche Heilung von der Sucht ist das alles aber nur in den seltensten Fällen.

³⁶ Vgl. Aidshilfe Schweiz: Jahresbericht 1998, S. 2 „... innerhalb 4 Jahren Rückgang von 686 Toten auf 83“. www.aids-info.ch

3. Biographie des Einzelfalles³⁷

Die folgende Biographie eines Probanden war nicht immer einfach zu protokollieren, es handelt sich ausschliesslich um das subjektive Erleben eines Menschen, der zwar im Laufe seiner verschiedenen Therapien wohl einiges an psychologischem und therapeutischem Wissen gesammelt hat, der zwar so gut wie möglich nur das erwähnt, was er wirklich selbst erfahren und erlebt hat. Es ist möglich, dass sich Fakten in seiner Erinnerung verändert haben, sicher könnte man dafür auch psychologische Erklärungen finden. Erklärungen zur individuellen Suchtgenese sind jedoch nicht Ziel dieser Arbeit. Demgegenüber soll ein Versuch gewagt werden, allgemeinere Prozesse an einem Beispiel zu erläutern, bei allem Wissen, dass gerade bei Suchtkranken, Biographien ihre eigene, manchmal schwer nach zu vollziehende, inhärente Logik besitzen. Was relativ „normal“, ja banal erscheint, kann biographisch bedeutsam sein. So war es auch in diesem Falle: Oft erinnerte der Proband die zeitliche Abfolge der Ereignisse nicht mehr genau, vieles hatte er vergessen, und dennoch sind die Geschehnisse, die er erinnert, wichtig für die Geschichte, die Entstehung und die Überwindung seiner Drogensucht.

3.1. Vor der Sucht

Der Proband wird 1966 in Zürich geboren, er wächst auf in einem wohlbehüteten Umfeld, in einer intakten Familie, zusammen mit einer älteren und einer jüngeren Schwester sowie einem jüngeren Bruder. Bei der Geburt ereignet sich sein erstes kindzeitliches Trauma durch einen Schlüsselbeinbruch, ansonsten ist er gesund und kräftig.

Die Kindheit verläuft ohne grössere Zwischenfälle, das Kind liebt das Spiel in der Natur und den Garten des Einfamilienhauses an einem See nahe bei Zürich.

Nach einem Jahr Kindergarten besucht der Proband zwei Jahre die Primarschule der Vorortsgemeinde. Danach verlegt die Familie aus beruflichen Gründen des Vaters

³⁷ Grundlage; siehe „Zur wissenschaftlichen Methode“, hier S. 4

den Wohnsitz nach Basel. Dies ist ein ziemlich grosser Einschnitt in das Leben des Probanden, die Freundschaften, die ihm wichtig sind, muss er aufgeben; er vermisst die ländliche Umgebung und den See. Da der neue Wohnort auch etwas ausserhalb der Stadt liegt, kann er jedoch schon bald wieder mit neuen Freunden in der Natur unterwegs sein. Schon hier zeigt sich seine Vorliebe für Erlebnisse in der Natur, und ebenso eine gewisse Abneigung gegen die Schule, was sich auch darin äussert, dass er trotz guter Begabung keine entsprechend guten Schul-Leistungen erbringt.

In Basel besucht er weitere zwei Jahre die Primarschule und wird dann in die Realschule eingeteilt. Von der Realschule wechselt er in ein privates Gymnasium, wo er weitere sechs Jahre bleibt.

Der Proband entwickelt sich in seiner eigenen Erinnerung bis dahin völlig normal und seinem Alter entsprechend. Er kann sich aber immer noch erinnern, dass ihn damals sein Übergewicht sehr störte und in seinem Selbstwert beeinträchtigte. Auch mit diversen Diäten gelingt es ihm nicht, das Gewicht zu reduzieren. Erst als er mit 13 Jahren beginnt, regelmässig Sport zu treiben, bis auf Wettkampfniveau, normalisiert sich sein Übergewicht schnell.

Mit 15 Jahren wechselt der Proband in die öffentliche Schule, wo er in die 6.Klasse des Gymnasiums eintreten kann. Diesen Entscheid kann er bei der jetzigen Biographiearbeit nicht mehr reproduzieren. Es ist schwer zu verstehen, aus welchen Gründen der Wechsel stattfand, es ist für ihn eine grosse, wahrscheinlich völlig überfordernde Umstellung, vor allem auch, da er aufgrund der ungenügenden schulischen Leistungen schon nach einem Jahr in eine untere Klasse zurückversetzt wird.

Da er sehr ungern zur Schule geht, beginnt er schon bald, keine Hausaufgaben mehr zu machen, absolviert die Klassenarbeiten nur noch, weil er muss, seine Noten sind entsprechend schlecht, er kann fast in keinem der Fächer mehr mithalten. Dies wiederum ist nicht sehr selbstwertsteigernd, und er beginnt, sich durch möglichst viel Unsinn während der Klassenstunden in Szene zu setzen. So wird er mehrmals verwahrt und sogar aus gewissen Fächern wochenweise ausgeschlossen.

Die Folge aller dieser Exzesse ist, dass er aus dem Gymnasium austritt und eine Lehre als Chemielaborant beginnt.

Während der Lehre betreibt er weiterhin regelmässig Sport, der ihm Sicherheit, Bestätigung und Erfolgserlebnisse gibt; von seinem Lehrmeister wird er mit allen Mitteln dabei unterstützt. In der Berufsschule kann er durch seine Vorbildung auf gymnasialer Ebene gut mithalten.

Im zweiten Lehrjahr, kurz vor seinem 18. Geburtstag, verunfallt er mit seinem Fahrrad auf dem Weg zur Arbeit. Der Unfall ist lebensbedrohend, er verletzt sich am Kopf (Schädelbasisfraktur, Kalottenfraktur), auf der linken Seite erleidet er einen mehrfachen Beinbruch, dazu kommen ein Milzriss sowie eine Lungenkontusion. Der Proband liegt während sechs Tagen im Koma, während fast weiteren zehn Tagen leidet er unter einer Teilamnesie, auch nach vierzehn Tagen hat er noch keinerlei Erinnerungen an den Unfall.

Für den Probanden bedeutet dieser schwere Unfall einen riesigen Einschnitt in seinem Leben, alles, was sein Leben bis jetzt erfüllt hat, geht nicht mehr, fällt weg, er kann keinen Sport mehr ausüben und seine Ausbildung ist gefährdet.

Durch die Kopfverletzungen ist er auf der rechten Seite teilweise gelähmt und somit in allen Bewegungen eingeschränkt. Das wichtigste Ziel ist für ihn nun, sich möglichst bald wieder bewegen zu können und seine motorischen Fähigkeiten zurück zu erlangen. Während fast sechs Monaten kann er sich nicht selbständig bewegen und gehen, er ist auf die ständige und unterstützende Hilfe seiner Freunde und Familie angewiesen. Anfangs sind auch seine Freunde aus dem Sportverein sehr präsent, doch sie alle können weiter Sport treiben und können somit nicht zuviel Zeit aufwenden, um ihn zu besuchen oder ihm zu helfen, sich mit der Situation auseinander zu setzen. Dies fällt dem jungen, vorher so sportlichen jungen Mann, unendlich schwer. Die grösste Unterstützung bekommt er von seiner Familie.

Zu seinem Glück bietet ihm die Lehrfirma eine Verlängerung des Lehrvertrages an, somit wird ihm die Möglichkeit gegeben, die Lehre trotz des Unfalls abzuschliessen.

Er selber kann sein neues Leben ohne Sport nicht wirklich annehmen, und so versucht er immer wieder, an seine sportlichen Erfolge anzuknüpfen, dies misslingt ihm aber laufend, da seine physischen Einschränkungen trotz einer fortschreitenden Erholung immer noch zu gross sind.

Auch in seiner Ausbildung kann er den Anschluss nicht richtig finden. Fachlich genügt er trotz zeitweise erheblicher Konzentrationsschwierigkeiten und Kopfschmerzen als Folge der Kopfverletzung. Aber in seinem sozialen Umfeld hat sich viel verändert. Da er ein Jahr wiederholen muss, ist er in einer neuen Klasse. Er beginnt, sich neu zu orientieren, er macht erste Experimente mit Rauchen und leichten Drogen sowie mit Alkohol, alles tabu zur Zeit des Wettkampfsports.

3.2. Im Bann der Sucht

Er verfügt nun auch über mehr freie Zeit. Da die intensiven Trainings wegfallen, kann er wieder Kontakt zu seinen alten Schulfreunden vor der Lehre aufnehmen. Mit der Zeit ist er sozial wieder gut integriert, er hat neue Freunde, etwas, das ihm immer sehr wichtig ist. Doch auch in diesen Kreisen spielen Alkohol und Drogen eine Rolle. Dank verschiedener Beziehungen mit Frauen, die kein Interesse an Drogen zeigen, bleibt der Konsum aber immer noch auf experimenteller oder zufälliger Basis.

Mit 19 Jahren kann er seine Ausbildung als Chemielaborant gut abschliessen. Er wird denn auch in der gleichen Firma angestellt. Trotz seines Unfalls muss er und will er auch seinen Militärdienst leisten, er absolviert die Rekrutenschule bei den Spitalsoldaten. Leichter Drogenkonsum ist im Militär allgegenwärtig, er versucht jedoch, seinen Drogenkonsum auf einem Minimum zu halten.

Nach Abschluss der Rekrutenschule kündigt er seine Laborantenstelle und startet eine neue Ausbildung in der Hotelfachschule. Um auch sprachlich den Anforderungen der neuen Ausbildung gewachsen zu sein, kann er vor Beginn der Schule in den Vereinigten Staaten einen Sprachaufenthalt absolvieren. Dort konsumiert er zum ersten Mal regelmässig viel Alkohol und zum ersten Mal harte Drogen (Kokain).

Die Hotelfachschule verlangt, dass zu jedem Kurs jeweils ein mindestens 6-monatiges Praktikum absolviert wird. Das erste Praktikum verbringt er in einem Szenerestaurant mit Musik in Basel, in diesem Umfeld hat er häufig Kontakt mit Drogen, aber primär mit Alkohol.

Da zu seinem neuen Beruf natürlich auch Nachtarbeit und unregelmässige Arbeitszeiten gehören, kann er seine alten Freunde kaum mehr treffen, er fühlt sich rasch vereinsamt, will aber dennoch die gewählte Berufsrichtung weiter verfolgen.

Nach dem Praktikum besucht er den nächsten Kurs in der Schule, danach bricht er auf zu einem zweiten Praktikum, diesmal in den Vereinigten Staaten, in einem Grosshotel, das ihm sehr gefällt. Er versucht, neue soziale Kontakte zu knüpfen, wieder ist dies schwierig wegen der unregelmässigen Arbeitszeiten. Er vermisst Freunde, mit denen er gut reden könnte. Die Bekanntschaften, die er macht, sind meist oberflächlich und Party-bezogen. Er beginnt nun regelmässig, auch harte Drogen (Kokain) zu nehmen. Dies ermöglicht ihm, aus seiner damaligen Wahrnehmung, gut zu arbeiten und trotzdem noch mit seinen neuen „Freunden“ zu feiern.

Bei der Rückkehr in die Schweiz kann er anfangs dem weiteren Drogenkonsum widerstehen, und er kann sich wieder gut integrieren. Doch auch hier haben sich Veränderungen eingestellt: Seine Familie ist von Basel wieder zurück nach Zürich gezogen. Er bezieht im Haus seiner Eltern in Zürich ein Zimmer und will noch den Fähigkeitsausweis für das Gastgewerbe in der Schweiz erwerben. Während dieser Schule, die nur zehn Wochen dauert, kommt es öfters vor, dass er ab und zu Drogen konsumiert, doch immer noch nicht täglich.

Nach dem bestandenen Kurs kann er nun in einem Saisonbetrieb als Assistent des Geranten zu arbeiten beginnen. Die Arbeit, die er sich selbst gewählt hat, ist fordernd bis überfordernd, dass dies so ist, will er weder sich selbst noch seinem Chef und schon gar nicht seiner Familie eingestehen.

So erinnert sich sein Körper an die Drogenerfahrungen in den Vereinigten Staaten, und der Proband beginnt, zuerst geringe Mengen an Drogen zu nehmen, dann jedoch erhöht er den Konsum laufend, um dem Druck bei der Arbeit zu begegnen.

Zum ersten Mal beginnt er, eine Art Doppelleben zu führen; er glaubt, dass niemand seinen Zustand wahrnimmt. Da er auch nie darauf angesprochen wird, gibt ihm dies ein Gefühl der Unberührbarkeit.

Anfangs kann er den Konsum noch so regeln, dass er nicht täglich Drogen einkaufen muss, doch schon nach kurzer Zeit fährt er immer vor dem Mittagessen oder vor Arbeitsbeginn noch schnell in die Stadt, um Drogen zu beschaffen. Die Arbeit im Restaurant wird auf diese Weise immer mehr zu einem grossen Alptraum. Täglich nimmt er sich vor: „Morgen höre ich auf“. „Es geht, ich kann das, ich brauche die Drogen nur noch heute, weil wir gerade soviel zu tun haben“. Doch es geht nicht, bis zum Ende der Saison kann er den Drogenkonsum nicht einschränken, sondern im Gegenteil nur erhöhen.

Als er die Arbeit in diesem Gastronomiebetrieb beendet hat, fehlt noch der letzte Teil der Ausbildung für das Gastgewerbe: die kaufmännische Ausbildung, diesmal wieder in Basel. Dort lebt er mit Freunden in einer Wohngemeinschaft. Die Schule ist für ihn kein Problem, aber der ständige Drogenkonsum begleitet ihn und wird zu einer grossen Belastung, er kann auch sein Doppelleben nicht mehr richtig aufrecht erhalten.

Verschiedene Krisen zwingen ihn, sich zu „outen“, das heisst, er will nun endlich seiner Familie sein Problem gestehen: „Wahrscheinlich haben Eltern und Geschwister schon lange gemerkt, dass etwas nicht stimmt“. Mit Hilfe der Familie will er seinen Drogenkonsum aufgeben. Bei einigen früheren Versuchen, allein aufzuhören, ist er kläglich gescheitert, mehr als einen Tag hält er den körperlichen Entzug nicht durch. Zuerst versucht er noch, im Kantonsspital Basel Hilfe zu bekommen, er möchte die Substitutionsdroge Methadon. Er wird an einen Psychiater verwiesen, der ihm erklärt, dass er „noch nicht genug abhängig“ sei, er solle doch einen medikamentösen Entzug machen, er gibt ihm einige Tabletten (Antidepressiva oder Psychopharmaka), die er einnehmen soll, „dann sei es nicht so schwer“. Als der Proband dennoch Entzugsschmerzen verspürt, schluckt er alle auf einmal und erleidet einen Zusammenbruch. In der Not wendet er sich nun endgültig an die Eltern, und er kann durch den Hausarzt in ein Methadon-Programm aufgenommen werden.

Für eine gewisse Zeit kann er sich mit Methadon ganz gut durchs Leben schummeln und die Schule gut beenden. Durch die Einnahme von Methadon ist er geschützt vor den Symptomen des körperlichen Entzugs, doch ersetzt es in keiner Weise sein Sucht-Bedürfnis. Es fehlt der „Kick“, den ihm die Drogen bis anhin gegeben haben. So gestattet er sich auch immer wieder einen Zusatz-Konsum von Heroin, Kokain und Rohypnol. Schon nach kurzer Zeit ist das Methadon, das er jeweils für eine Woche erhält, nur noch Reserve für Notfälle, er steht wieder am gleichen Punkt wie zuvor. Dazu kommt eine neue, unheilvolle Entwicklung: Er versucht, die teuren illegalen Drogen durch das Trinken von hochprozentigem Alkohol zu ersetzen. Dies führt zu einer Doppelabhängigkeit, Drogen und Alkohol.

Tatsächlich kann er nach einiger Zeit die Drogen reduzieren und nur noch mit Alkohol leben, am Anfang klappt dies ziemlich gut, aber auch den Alkoholkonsum muss er steigern: Zu Beginn ist es „nur“ eine halbe Flasche Schnaps pro Tag, mit der Zeit steigert sich die Menge bis auf drei Flaschen Schnaps pro Tag. Dies jedenfalls berichtet er. Um die Qual des Aufstehens am Morgen zu überstehen, trinkt er schon im Bett eine halbe Flasche. Nach kurzer Zeit erträgt der Körper den Alkoholmissbrauch nicht mehr, Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen werden immer unerträglicher, schon bei einem Schluck Wasser muss er erbrechen. Er will sich den Grund für seine Erkrankung nicht eingestehen, - er möchte auch zu jener Zeit mit seiner Freundin in die Ferien -, so geht er wieder einmal in die Notaufnahme des Unispitals, wo er sich rasche Hilfe erhofft. Doch die Diagnose ist schlecht, es ist eine lebensbedrohliche Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis) in fortgeschrittenem Zustand, eine klare Folge des Alkoholmissbrauchs. Während zwei Wochen wird er mit starken Schmerzmitteln und nur intravenös ernährt, dazu erhält er Methadon.

Langsam übersteht er die schlimme Krankheit, er fühlt sich wieder recht gut, kann nach kurzer Zeit das Methadon abbauen und ist somit „clean“. Er merkt, dass seine Genesung für seine Freundin und seine Familie eine grosse Erleichterung ist, alle hoffen, dass er nun drogenfrei leben kann. Er möchte sie alle auf keinen Fall enttäuschen – und doch: nach nicht einmal einer Woche Genesung und Drogenfreiheit, beginnt alles wieder von neuem. Das öffentliche Gassenzimmer –

und darum herum der Drogenhandel -, liegt gleich neben dem Spital, er geht noch mit der Infusion direkt dorthin, versorgt sich mit Drogen und konsumiert diese direkt über den Infusionszugang. Gegen aussen verkauft er sich immer noch als sauber und drogenfrei, somit beginnt schon wieder das Doppelleben, die Lüge, - aber aus Scham darüber, schon wieder versagt zu haben, kann er, so glaubt er, nicht mehr zurück.

Beim Austritt aus dem Spital ist er wieder genau so abhängig wie zuvor. Weil er offiziell drogenfrei ist, bekommt er auch kein Methadon mehr. Nun steigert sich sein Drogenkonsum wieder derart, dass er nichts mehr vertuschen kann. Ein Arzt rät ihm zu einem stationären Entzug in einer offiziellen Drogenentzugsstätte, doch er will nicht völlig abstinent sein, sondern nur seinen Beikonsum (das Konsumieren von Drogen jeglicher Art zum Methadon) einstellen, er kann sich das Leben ohne irgendeine Droge gar nicht mehr vorstellen. Während des Aufenthalts in der Institution gelingt es ihm, nur noch Methadon zu nehmen, jedoch bereits am Austrittstag konsumiert er wieder zusätzliche Drogen.

Der Entzug ist ein völliger Misserfolg, - wenn er jetzt darauf zurückblickt, war es bloss ein Versuch, seine Familie und die Freundin zu beruhigen und ihnen den Eindruck zu vermitteln, dass er alles dran setzt, von den Drogen weg zu kommen. In den nächsten Jahren unternimmt er weitere – meist halbherzige – Versuche, sich vom Drogenkonsum zu befreien, immer ohne Erfolg.

Ein Versuch, auf den er grosse Hoffnung setzt: eine Arbeit als Volontär in einem asiatischen Land bei einem Hilfswerk. Dort gelingt es ihm, innerhalb kurzer Zeit das Methadon auf Null zu reduzieren. Doch schon auf dem Rückflug beginnt er wieder, Alkohol zu trinken und als er zu Hause ist, verspürt er innerhalb von wenigen Stunden wieder einen so starken Suchtdruck, dass er auf der Gasse landet. Auch dieses Projekt, von dem er sich so viel versprochen hatte, scheitert. Das heisst, es ist alles wieder beim alten. Diesmal kann er seinen erneuten Absturz und seine aktive Sucht noch ein paar Monate geheim halten.

Ein nächster Versuch ist der Entzug mit einem anderen Substitutionsprodukt (Codein), auch damit kann er sich nur für ganz kurze Zeit vom Drogenkonsum fern halten.

Das Hin und Her zwischen Absturz und Entzug bringt auch immer mehr finanzielle Probleme. Durch kleinere Teilzeitanstellungen und Aushilfsarbeiten gelingt es ihm meistens, sich ein gewisses Grundeinkommen zu sichern, notfalls kann er immer auf die Unterstützung oder Überlebenshilfe seiner Eltern zählen. Trotz der vielen auch finanziellen Probleme wird er nie wirklich kriminell, obwohl der sich stets steigende Konsum immer grössere Schulden mit sich bringt. Einige Dealer, die er besser kennt, geben ihm Drogen auf Pump, - Schulden, die diese dann plötzlich mit unerbittlicher Härte einfordern, auch hier gerät er mehrmals in bedrohliche Situationen.

Erstaunlicherweise schlängelt sich der Proband mit einigem Glück durch alle diese Gefahren hindurch, im Gegensatz zu den meisten anderen Drogenabhängigen, auch auf seine Gesundheit achtet er wenigstens in dem Sinne, dass er sich vor einer Aids- oder Hepatitisansteckung schützt.

Doch jetzt beginnt die Droge immer noch mehr Macht über ihn zu gewinnen, er kann weder sein Doppelleben noch überhaupt ein Leben leben. Sein Tag dreht sich 24 Stunden nur um Drogen, er kann immer weniger zwischen Realität und erfundenen Geschichten unterscheiden. Sein Ich beginnt sich derart zu verändern, dass er auch keinerlei Sorge für sich trägt, er verkehrt in den schlimmsten „Junkiewohnungen“, alles ist ihm egal, Hauptsache, er kann Drogen konsumieren. Auch mehrere notfallmässige Einlieferungen ins Spital sind die Folge seines übermässigen Konsums, er kennt keinerlei Grenzen mehr. Mehrmals injiziert er sich auch eine Überdosis Heroin oder Kokain. Die Spirale dreht immer weiter nach unten, der Abwärtstrend ist auch nicht mehr aufzuhalten, solange er weiter Drogen konsumiert.

Dennoch, er lebt immer noch in einer Beziehung zu einer nicht süchtigen Frau, hat auch eine eigene Wohnung, daher kann er sich gegen aussen so benehmen, als wäre alles nicht ganz so schlimm. Als in seiner Wohnung dann aus immer noch nicht ganz klaren Gründen in seiner Abwesenheit ein Feuer ausbricht, entspricht es seinen damaligen Verhaltensmustern, dass er keinerlei Stellung dazu nimmt, sondern die

Wohnung einfach verlässt und sich um nichts kümmert. Er kann glücklicherweise bei seiner Freundin einziehen. Dort redet er sich ein, dass sich nun alles ändern wird. Endlich will er sich zu Entzug und neuer Lebensgestaltung entschliessen. Sein physischer und psychischer Zustand ist aber derart schlecht, dass er schon nach wenigen Tagen in der Wohnung seiner Freundin mit dem Drogenkonsum fortfährt, das einzige, das nun neu dazu kommt, ist, dass er die Freundin anlügen muss, um Freiraum zum Drogenkonsum zu haben.

Als die Polizei den Probanden in der Folge wegen des Wohnungsbrands einvernimmt, wird er dermassen verächtlich als Junkie behandelt, dass ihm einmal mehr erschreckend klar wird, wie man ihn von aussen sieht, wer er jetzt ist und an welchem Tiefpunkt er gelandet ist. In wenigen klaren Momenten sieht er ein, dass er dieses Leben nicht mehr lange weiterführen kann, dass es in dieser Situation des physischen, moralischen und materiellen Zerfalls und der Verzweiflung nur noch zwei Varianten gibt:

Den „Goldenen Schuss“ oder ein drogenfreies Leben. Er will leben.

Doch leben, so wie jetzt, ist nicht mehr möglich. Ein drogenfreies Leben, was sollte das sein und wie sollte ihm das möglich werden? Es scheint ihm unendlich fern und unerreichbar, aber etwas in seinem Innern will es. Dann, als eines Tages nichts mehr geht, entscheidet er sich: Alles, wirklich alles loszulassen und sich in ein neues Leben zu wagen. Seine Angst vor dem, was kommt, ist gross und doch ist ihm klar, dass dieser Schritt die letzte Chance darstellt.

Er verlässt die Wohnung seiner Freundin nur mit einer kleinen Tasche mit Kleidern, alles andere ist bei jenem Wohnungsbrand verbrannt, und er beginnt seinen Entzug in einer Drogenentzugsklinik. Trotz seines Entscheides weiss er immer noch nicht, was für ein Leben ohne Drogen für ihn überhaupt noch möglich ist.

In der Entzugsklinik (körperlicher Entzug) selbst bereitet es ihm keine grossen Probleme fürs erste ohne Drogen auszukommen, doch er fürchtet sich vor allem, was auf ihn zukommen könnte, wenn er wirklich an sich arbeiten würde. Jegliche Art, sein Ich anzuschauen, ist ihm zuwider, er will einfach das gleiche Leben weiterführen,

aber ohne Drogen. Schnell wird ihm aber bewusst, dass dies nicht geht. So lebt er von Tag zu Tag vor sich hin und versucht, sich nicht zu viele Gedanken über die nächste Zukunft zu machen. Da die Therapie befristet ist, wird er sanft gedrängt, sich für einen weiteren Schritt zu entscheiden: Was für eine Arbeit, in welcher Umgebung, mit welchen Menschen, wo wohnen? Es scheint ihm alles unklar, die angebotene Freiheit beängstigt ihn. Andererseits kann er sich nicht vorstellen, in eine neue stationäre Therapie zu wechseln, denn das bedeutet für ihn, in einem Gefängnis zu leben.

Was will er? Spass haben? Leben ohne Drogen? Ohne Verantwortung?

Eins ist ihm nach allen seinen Erfahrungen klar: Der Absturz in die Drogen ist vorprogrammiert, wenn er einfach „nach Hause“ geht – zu oft hat er es erlebt.

Zu allem Glück oder Leid hat er gar kein „zu Hause“ mehr, seine Wohnung ist ausgebrannt und von seiner Freundin hat er sich getrennt. So wie er innerlich den ersten Entscheid für die Therapie fasste, lässt er sich nach sechs Wochen körperlichem Entzug (3x solange wie normal) darauf ein, in eine Klinik einzutreten, die eine dreimonatige Therapie anbietet.

Diese drei Monate sind therapeutisch kein Erfolg, doch beginnt er, sich mehr und mehr damit abzufinden, dass das vorherige Leben nicht mehr möglich ist, wenn er überleben will.

Es muss etwas ganz Grundsätzliches geschehen.

Wieder geht er auf die Suche nach einer geeigneten Therapie. Doch was will er? Was braucht er? Und wo könnte er das Überlebensnotwendige finden? Alle Angebote sind seiner Meinung nach entweder Arbeitstherapien, Meditationstherapien oder haben einen speziellen religiösen oder esoterischen Bezug. Immer drängender wird ihm bewusst, dass er ohne weitere Therapie nach dem Austritt aus der Klinik in wenigen Tagen wieder auf der Gasse enden wird.

Nach all diesen Überlegungen entscheidet er sich plötzlich und spontan für einen stationären Aufenthalt im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft, unter deren

Programm „Emotionale Arbeit“ er sich zwar nichts Genaueres vorstellen kann. Jedoch, die Arbeit an seinen Emotionen ist genau das, was er bis jetzt immer vermied. Schon beim Eintritt in die Therapie erlebt er so viel Neues, Überraschendes, das ihm begreifen hilft, dass hier etwas anderes angeboten wird als in den meisten anderen Therapien.

Ein klares Ziel: ein voll abstinentes Leben als einziger Weg.

Dies war für ihn bis zu diesem Punkt nicht vorstellbar, immer dachte er innerlich leise, für ihn müsse das nicht genau so gelten, er könne ja mal einfach so ein wenig mitmachen und sich dann sein eigenes – nach Lust und Laune mehr oder weniger abstinentes - Leben nach der Therapie aussuchen.

Er gewinnt nun langsam und mühsam Distanz zu allem, was ihn vorher im Leben zu der Person machte, die er als aktiv Süchtiger war. Er akzeptiert eine mehrmonatige Kontaktsperre (auch telephonisch) zu Freunden und Familie, praktisch kein eigenes Geld, in den ersten Monaten kein Ausgang, dann allmählich in der Gruppe. Alle alten Muster des Verhaltens und der Freizeitgestaltung werden unerbittlich durchdacht und wenn möglich verändert.

Er lernt wahrzunehmen, was er wirklich will und was er nicht will.

Das ist einer der wichtigsten Schritte, denn bis anhin versuchte er immer, abzuschätzen, was gut für seine Umgebung war und wie er den Ansprüchen der Menschen um ihn herum genügen und in ihren Augen vorteilhaft wirken konnte. Er lernt jetzt sich selber mit seinen Bedürfnissen und Wünschen zu zeigen, das heisst, sich für sich selbst einzusetzen und somit sich auch Ernst zu nehmen. Sich für sich selbst – sein Selbst - zu entscheiden und diese Entscheide nicht mehr abhängig vom Aussen zu machen, sich selber als wertvoll zu sehen und sein Leben zu leben, ist für ihn eine der schönsten und beglückendsten neuen Erfahrungen.

Diese Veränderungen sind nicht immer einfach, denn als er sein Leben nach den Bedürfnissen und Wünschen der anderen richtete, musste er sich nicht für seine Ziele einsetzen und sich auch nicht zeigen. Auf diese Weise vermied er auch jegliche

Konflikte. Es ging ja nicht um ihn, er war dadurch nicht berührbar, es waren nicht seine Wünsche, sondern die der andern. Sich zu verändern, Konflikte anzugehen, ist zeitraubende, harte Arbeit. Der ganze Prozess ist auch immer wieder mit schmerzhaften Rückschlägen verbunden, da diese Muster „zu genügen“ nicht einfach zu ändern sind, er lebte diese schon seit 30 Jahren. Sein völlig nach aussen gerichtetes Verhalten funktionierte recht gut – aber um so leben zu können, musste er Drogen nehmen, also funktionierte es langfristig betrachtet gerade nicht.

Es gibt manche Tage in der Therapie, an denen er alles in Frage stellt und sich überlegt, in sein altes Leben zurückzukehren. Doch da er alle Brücken hinter sich abgebrochen hat, bleiben solche Ideen sehr schnell wirkungslos, sie verlieren sich rasch.

3.3. Die Befreiung: „Ich will leben!“

Die Therapie dauert 24 Monate. Im zweiten Teil des sorgfältig strukturierten Programms beginnt der Wiedereingliederungsprozess, das heisst der Einstieg in das reale Leben. Es ist ein grosser Brocken an Neuem, sich mit all dem Gelernten, Erarbeiteten in der Arbeitswelt zu Recht zu finden und vor allem: Was will er arbeiten? Ziemlich schnell findet er eine Stelle in einer Chemiefirma, trotz der klaren und schonungslosen Schilderung seiner Situation: Sein Arbeitgeber akzeptiert es, dass er noch in einer Drogentherapie ist und noch in der Institution wohnt. So beginnt die normale – diesmal ehrliche - Auseinandersetzung mit der realen Welt. Die nun neuen Erfahrungen, die er macht, sind für ihn wichtig, sie zeigen ihm aber auch, dass er im Grunde noch nicht weiss, was er wirklich will und welche Arbeit ihn glücklich machen würde. Somit kündigt er schon nach einem Jahr in dieser Firma und versucht sich an mehreren Stellen, er arbeitet in einer grossen Chemiefirma in der Marketing Abteilung, er nimmt auch diverse temporäre Arbeiten an, die alle aber nicht dem entsprechen, was er wirklich sucht.

Was aber sucht er? Er weiss es immer noch nicht.

Fast zufällig erhält er eine Stelle in einer Textilfirma, wo er zuerst nur für die Inventararbeit zuständig ist, dann aber sehr vielseitig auch im Lager, im Büro, im

Verkauf eingesetzt wird. Die sehr abwechslungsreiche Arbeit gefällt ihm. Er beginnt, sich wieder einmal zu fragen, wieso er sich an dieser Stelle wohl fühlt und kommt zum Schluss, dass das Wichtigste die menschlichen Kontakte sind, die er in dieser Firma erlebt. Er fühlt sich verstanden und wertgeschätzt, bei dem, was er tut. Doch auch das genügt ihm letztlich nicht, er ist immer noch auf der Suche. Dazu kommt, dass die Textilfirma mit wirtschaftlichen Problemen kämpft und er weiter suchen muss.

Nach vielen Überlegungen wird ihm klar, dass die Sozialarbeit für ihn das wäre, was er wirklich wollte. Somit beginnt er als Freizeitbegleiter und Koch in einer therapeutischen Wohngemeinschaft zu arbeiten, in der er selber seine Therapie erlebte. Dies ist das Beste, was ihm passieren konnte, er wäre dort gerne geblieben, jedoch fehlt ihm eine Ausbildung im Sozialwesen für eine langfristige Anstellung. Auch privat hat er sich seit dem Austritt aus der Therapie weiterentwickelt, er hat sich auf eine neue Beziehung eingelassen.

In dieser Beziehung kann er weiter lernen, dass er nicht sich aufgeben muss, sondern sein Leben leben kann und trotzdem die Beziehung nicht auseinander geht. Auch wenn er ein wenig Angst davor hat, was auf ihn zukommt, die Schwangerschaft seiner Frau und die Geburt seines Sohnes ist das Schönste, was er je erlebte.

Wiederum fast zufällig wird er angefragt, ob er an einem sozialen Projekt mitmachen will. Das Projekt bestand aus der Gründung eines Gastronomie-Betriebes, den Jugendliche, die keine Lehrstelle finden, den Betrieb selbst, unter Anleitung von Betreuern, führen sollten. Das Projekt wird nach langen, aufwändigen Vorbereitungen aus Gründen der Zusammenarbeit mit dem Vermieter der Liegenschaft leider nicht durchgeführt. Aber parallel dazu kann er nun in einem Kinderheim als Betreuer eine neue Arbeit aufnehmen, er fühlt sich wohl und findet dort schnell den Anschluss.

Nach einem Jahr kann er in diesem Kinderheim ein eigenes Projekt in Angriff nehmen und dieses von der Konzeptarbeit bis zur Durchführung selber gestalten. Das ist die Herausforderung, auf die er schon lange gewartet hat, und es gelingt ihm, dieses Projekt zu realisieren.

Inzwischen lebt er seit 12 Jahren drogenfrei, ja mehr noch: Er hat es geschafft, vollabstinent zu sein, ohne das Gefühl zu haben, dass ihm etwas fehle. Der „Kick“, den er immer suchte, liegt jetzt im Leben selbst. Er fühlt sich zum ersten Male in seinem Leben innerlich „frei“.

4. Analyse des Einzelfalles

4.1. Die existentielle Bedeutung des „Ich will leben!“

Was hat sich ereignet? Wieso konnte unser Proband die Sucht überwinden, und dies offensichtlich nachhaltig? Wir erinnern uns: Therapien hatte er mehrere versucht. Er wurde ambulant betreut. Wöchentliche Gesprächstherapien wurden drei lange Jahre hindurch praktiziert. Der Erfolg war niederschmetternd. Gegen Ende flüchtete der Therapeut ins Verschreiben von Medikamenten. Rhoypnol, Dormicum, Dalmadorm, und selbstredend auch Valium sollten die Lösung bringen. Dabei spielte der Proband mit seinem Helfer, indem er seine ohnehin schon schwierige Lage zusätzlich aufbauschte. Das Ergebnis: Weder eine physische noch eine psychische Verbesserung trat ein. Der nächste Schritt der Drogenkarriere war damit vorgezeichnet. Es kam zur Substitution mit Methadon mit einer nur monatlichen Gesprächsbegleitung. Der jetzt fehlende „Kick“ wurde durch täglichen Beikonsum von Heroin und Kokain ermöglicht. Methadon verkam also zur blossen Überlebenshilfe ohne eine wirkliche Heilung von der Sucht zu erreichen. Es folgten die stationären Entzüge, jeweils drei Wochen. Wieder nur therapeutische Gesprächsrunden. Kurzfristig war der Proband zwar physisch clean, sobald er jedoch in sein alltägliches Umfeld zurückkehrte, begann der Drogenkreislauf von vorn. Das wiederholte sich mehrfach: Einzug in die Entzugsklinik, Mitspielen, Austritt, das Gepäck ins Bahnhofsschliessfach, und dann weiter konsumieren, wie wenn er nie im stationären Entzug gewesen wäre.

Woher kam das Motiv, sich dem Karussell der Drogentherapien auszusetzen? Nach Aussage des Probanden bis zu dem hier geschilderten Zeitpunkt ausschliesslich von aussen. Die Impulse kamen aus der Familie, von den Eltern, insbesondere der Mutter, von der einen Freundin, den vielen Freunden, die alle selbst keine Drogen nahmen. Diese aussenstehenden Personen repräsentierten, psychoanalytisch gesprochen, für den Probanden das Über-Ich. In ihnen wurde der gesellschaftlich diskutierte Werthorizont anschaulich: Drogenkonsum ist schlecht, ist etwas Böses, und wer Drogen konsumiert, ist eine böse Person. In seiner bürgerlichen Erziehung hatte er gelernt, dieses Böse nicht zuzulassen. Also ließ er sich fremd bestimmen und folgte dem aussengeleiteten Wunsch der Über-Ich-Repräsentanten und begab

sich in den jeweiligen Entzug. Wie üblich: Der Entzug war nicht der Entzug des Probanden, sondern der für die Mutter, den Vater, die Freundin, den Freund. Nach seiner reflexiven Selbstbeurteilung während der Explorationsgespräche für die vorliegende Arbeit urteilte der Proband, dass er damals gar nicht eingesehen hatte, weshalb er eigentlich einen Entzug machen sollte. Für sich selbst, ohne das gesellschaftliche Umfeld, ohne die adressierten Über-Ich-Normen hätte er am liebsten uneingeschränkt weiter Drogen genommen. In seiner Sprache: „Letztlich waren die damaligen Entzüge gar nicht mein Ding.“ Dennoch war die Situation paradoxal. Einerseits war da der Wunsch nach weiterem uneingeschränktem Drogenkonsum, andererseits aber waren die fremdbestimmten Entzüge zugleich notwendiger Bestandteil, um die immer weiter angegriffene Gesundheit des Probanden vorübergehend zu stabilisieren. Der Entzug also als Stabilisationsfaktor für dann anschließenden neuen Konsum. Der Wunsch, wirklich frei zu werden, die Drogenabhängigkeit von Grund aus zu überwinden, war in der hier beschriebenen Lebensphase des Probanden noch gar nicht gegeben. Schon allein die Vorstellung, ohne Drogen zu leben, wurde damals als so bedrohlich erfahren, dass eine überzeugende Abkehr vom Konsum gar nicht in den Blick kam. Therapien in diesem Stadium können folglich gar nicht erfolgreich sein.

Nun wissen wir aus der oben dargestellten Biographie unseres Probanden, dass er inzwischen nicht mehr drogenabhängig ist.

Wie kam es dazu? Was hat sich ereignet, damit dieser Erfolg möglich wurde?

Zunächst einmal kam es zu einem ausschliesslichen Fokussieren auf den Drogenkonsum. Waren bisher, wie locker auch immer, entscheidende Lebensbezüge noch in Takt, so rissen diese Sicherungsbänder nun endgültig. Die gesellschaftliche Akzeptanz durch die Freunde tendierte gen Null, die Freundin, die Eltern blieben gegenüber der Sucht machtlos, Schulbesuch, Arbeit – alles war nicht mehr möglich. Alles konzentrierte sich auf die Drogen. Drogen beschaffen, Drogen aufbereiten, Drogen nehmen: das wurde zur alleinigen Arbeit, das, und nichts anderes bestimmte das Denken und Handeln bei Tag und bei Nacht. Drogenabhängigkeit als 24-Stunden-Job. Die Drogenkarriere hatte ihren Höhepunkt erreicht. Der Körper ging in den physischen Zerfall über, aus einem einstmals kräftigen und gesunden Mann war ein nur noch 45 Kg leichter kraftloser Körper geworden, die Venen nicht mehr

zugänglich, Abszesse auf der Haut. Von geradezu symbolischer Bedeutung ist es, dass der Proband in dieser Phase durch einen Brand seine Wohnung verliert: Er wird in jeder Hinsicht heimatlos. Sein Leben hat keinen existenztragenden Anker mehr.

In der Selbstwahrnehmung kommt sich der Proband jetzt vor wie ein Alleingelassener, er sieht sich als Opfer, das niemand mehr liebt. Er findet sich in einem existentiellen Vakuum vor: Nichts hält ihn mehr, nichts trägt ihn mehr, nichts treibt ihn mehr an. Er macht die Erfahrung eines vollständigen Stillstandes ohne Ziel und Sinn. Er steht in einer grenzenlosen Leere; vor ihm nur noch der Abgrund. Nun sind auch die letzten Restbestände des traditionellen Über-Ichs aufgebraucht. Auch der Impuls, eine neue Therapie zu beginnen, für wen auch immer, ist erloschen.

Eine größere Krise kann man als Mensch wohl kaum erleben. Diese Krise ist durch eine Entweder-Oder-Situation gekennzeichnet: Entweder Leben – oder Tod. Bedeutsam ist nun, dass diese hier notwendig gewordene Entscheidung nicht länger unter dem Diktat eines Aussen steht: Es geht nicht länger um die Erfüllung antrainierter und gelernter Über-Ich-Forderungen, es geht nicht mehr um die Erfüllung der Wünsche von Eltern, Freundin und Freunden. Nein, es geht jetzt ausschliesslich und allein um das, was der Proband selbst wählen will. Er bestimmt mit dieser Wahl, wie immer sie ausfallen wird, erstmals allein und selbständig über sich. Damit endet seine bürgerliche Karriere, funktional die Ansprüche der Gesellschaft zu erfüllen. Er beginnt, erstmals ernsthaft sich selbst wahrzunehmen.

Diese Selbstwahrnehmung ist zugleich auch Ausdruck von Selbstakzeptanz. Im Interview hiess es: „Ich begann, mich selbst zu akzeptieren. Zunächst so wie ich damals war.“ Mit dieser Selbstwahrnehmung war aber zugleich die oben eingeforderte Entscheidung gefallen: Der Proband hatte sich nicht für den Tod, sondern für das Leben entschieden. Wieder Originalton aus den Interviews: „Ich will leben.“ Dieser Selbstwahlakt, leben zu wollen, wurde nur möglich durch die Einsicht, dass die Sucht weder durch den Wunsch der Anderen noch durch seinen machtvollen Willen niederzuringen war, im Gegenteil. In seiner Beschreibung fällt der Proband hier in eine theologische Terminologie: „Ich wurde meiner Sucht gegenüber demütig. Ich musste mir eingestehen, dass ich keine Kontrolle über meine Sucht hatte, wie auch andere keine Kontrolle über sie hatten, auch nicht der Therapeut.“

Was aber motiviert den Drogenabhängigen in dieser Situation, sich für das Leben zu entscheiden? Es ist nicht die Furcht vor dem Tod. Dafür war er schon zu oft durch alle Höllen des Elends gegangen. Es war, wie er sich erinnert und heute fest urteilt, eine ihm damals nur halbbewusste „Liebe zum Leben“. Damit widerfuhr dem Probanden eine uralte Menschheitserfahrung. Der Philosoph Leibniz stellte einmal die Frage: Warum gibt es überhaupt etwas und nicht nichts? Also: Warum gibt es mich als Person? Wer sich dieser Frage vorurteilsfrei hingibt, macht die Erfahrung, dass das Leben ein grosses kostbares Geschenk ist. Er kommt in eine umgreifende Grundstimmung von liebender Zuwendung zu diesem hohen Gut Leben, das man nicht leichtfertig wegwerfen darf. Also erfährt unser Proband: „Leben soll sein!“ Auch sein Leben soll sein.

Um in diese anthropologische existenztragende Erfahrung zu kommen, musste er aber erst an den Abgrund geraten, gleichsam seinen leiblichen und gesellschaftlichen Tod sterben, um frei zu werden, sich selbst als Person zu ergreifen.

Solche Selbstwahlakte sind nicht das Ergebnis von technisch-instrumentellen Methoden einer wie immer gearteten Drogentherapie, sondern die einsame spirituelle Entscheidung des Subjektes angesichts von Ekel, Überdruß und Elend. Paradoxal formuliert: Indem sich unser Proband fast zerstörte, fand er zu sich selbst. Alles, was ihn bisher fremdbestimmte, konnte er loslassen, um wirklich autonom, um anthropologisch frei zu werden. Dieser Selbstwahlakt wurde dann zur Bedingung der Möglichkeit nun erstmals freiwillig von innen heraus auch die instrumentelle Hilfe einer Drogentherapie zu suchen und zu akzeptieren. Erst diese Freiheitserfahrung machte ihn bereit, Hilfe so anzunehmen, dass sie wirken konnte.

Eine zweijährige stationäre Therapie zeigt jetzt ihren Erfolg. Wobei der Proband heute grossen Wert darauf legt zu betonen, dass die Form der Therapie, die Methoden der Therapie relativ sekundär und nebensächlich sind. Wichtig dagegen sind die Grunderfahrungen des auf ein neues Leben hin Geweckten. Dabei wird die Liebe zum tragenden Grund seiner Existenz. Diese Liebe kann sich dann zunächst im geschützten Raum der therapeutischen Gemeinschaft erproben, bevor sie sich

auch in den Stürmen der späteren alltäglichen Lebenserfahrungen bewährt. Denn eines ist ihm gewiss: Nach dem Selbstwahlakt, das Leben zu ergreifen, empfindet er sich als „ungeschützt“, als „äusserst verletzbar“, als, metaphorisch gesprochen, „nackt“. Er beginnt, sich zu spüren. Das schliesst grosse Emotionsschwankungen ein, die während der Sucht betäubt wurden, jetzt aber beirugen, sein Lebendig-Sein zu empfinden.

Mit diesen letzten Bemerkungen haben wir bereits begonnen, die phänomenologische Beschreibung des existenztragenden Selbstwahlaktes zu deuten. Der Übergang zur theoretischen Erhellung ist vorbereitet. Im nun folgenden Kapitel wird es darum gehen, die Grunderfahrung des Selbstwahlaktes in anthropologische und philosophische Theorien zu integrieren, um sie in theoretischer Distanz aus der unmittelbaren persönlichen Erfahrung herauszulösen und für einen weiteren wissenschaftlichen Dialog zu öffnen.

4.2. Der „Selbstwahlakt“ im Kontext der Drogentherapien

Während der Darstellung der existenziellen Erfahrung „Leben soll sein!“ wurde bereits darauf hingewiesen, dass mit dieser Erfahrung ein besonderer subjektiver Faktor ins Spiel käme, der in dieser Weise bisher in der drogentherapeutischen Diskussion erst nur unzureichend bis überhaupt nicht Thema ist.

Somit haben wir es in der drogentherapeutischen Diskussion mit drei möglichen Faktorengruppen zu tun, die Ansprüche erheben, eine erfolgreiche Therapie zu ermöglichen. Rein logisch ergibt das folgendes Panorama:

Da ist einmal die Möglichkeit der rein medizinisch-naturwissenschaftlich orientierten Drogentherapie: Hilfe verspricht man sich dann von Einflussnahmen auf die Physis durch Eingriffe von aussen in den drogensüchtigen Körper, von der Medikamenteneinnahme bis zur denkbaren Veränderung des Genpools. Unabhängig davon, wie weit hier die naturwissenschaftliche Forschung bereits Lösungen anbieten kann, dieser Ansatz bleibt prinzipiell ein biologistischer. Der Mensch erscheint in dieser Optik der Wahrnehmung nur als ein Werk der Natur, das durch

aussengesteuerte Manipulationen zu verändern ist. So wie er sich durch die Einnahmen von Drogen zerstören kann, so hofft man durch die Einnahme anderer chemischer Substanzen dieser Zerstörung entgegenwirken zu können. Unterstellt, dieses biologische Prozedere führte zum Erfolg, so wäre er trügerisch. Nur die Funktionalität von Leiblichkeit wäre wieder hergestellt, mehr nicht. Wiewohl das für viele massiv Abhängige schon viel wäre. Wer ist da eigentlich drogenabhängig? Nur ein Körper oder die ganze Person? Was aber heisst es, von einer „ganzen“ Person zu sprechen?

Eine zweite Möglichkeit, drogentherapeutisch Heilung anzustreben ist der Versuch, das soziale Umfeld der Abhängigen zu verändern. Hierher gehören alle soziologischen Ansätze, die davon ausgehen, dass die nur gesellschaftlichen Verhältnisse der Grund für die Drogenabhängigkeit sind. Indem man nun wiederum manipulativ diese Verhältnisse ändert, so hofft man, der Sucht Herr zu werden. Konzentriert man sich nur auf diese Therapiedimension mit den ihr typischen Methodenformen, so erscheint der Mensch in dieser Optik der Wahrnehmung nur als ein Werk der Gesellschaft. Unterstellt nun, dieses gesellschaftliche Prozedere führte zum Erfolg, so wäre auch dieser sehr trügerisch. Nur die Funktionalität der kommunikativen Gesellschaftlichkeit wäre wieder hergestellt, mehr auch nicht. Auch diese Wiederherstellung der Soziabilität wäre für viele Abhängige sehr hilfreich, bliebe aber nicht von Dauer, weil die Sucht nicht von Innen her überwunden wurde.

Eine dritte Möglichkeit, von der Sucht frei zu kommen, ist der Appell an den Einzelnen, vom Drogenkonsum zu lassen. Er müsse es nur wollen, dann werde er es schon schaffen. Dieser idealistische Ansatz mutet dem Abhängigen etwas zu, das die Strebungen der Leiblichkeit und die Vernetzungen in die gesellschaftlichen Situationen negiert. Der Süchtige bleibt heillos überfordert. Das tägliche Scheitern angesichts der Willensanstrengungen der Betroffenen gibt beredte Kunde von der Untauglichkeit der Fremd- und Selbstappelle an den Willen.

Hatten wir im vorangegangenen Kapitel aber nicht gerade auf diese freie Entscheidung gesetzt? Hatte die Biographie unseres Probanden nicht zureichend Material geliefert, aus dem wir die Notwendigkeit des subjektiven Wollens herausgefiltert haben? Nun, Vorsicht ist geboten. Der Appell an den eigenen Willen

ist nicht zu verwechseln mit dem anthropologischen Tatbestand, dem wir den Namen „Selbstwahlakt“ gegeben haben. Um diese Differenz zwischen dem idealistischen und letztlich wirkungslosen Imperativ „Ich will drogenfrei werden!“ und dem, was hier unter „Selbstwahlakt“ verstanden werden soll, nachvollziehen zu können, soll im Folgenden auf philosophisch-anthropologische Grundlagen zurückgegriffen werden.

In diesem Rückgriff wird der Versuch unternommen, ein „ganzheitliches“, also ein nicht-fragmentarisierendes Verständnis vom Menschen zu skizzieren. Erst ein solches umgreifendes, also nichtfragmentarisierendes Verständnis vom Menschen kann uns davor bewahren, nur einseitige Angebote in der Drogentherapie zu machen.

4.3. „Selbstwahlakte“ im Kontext nichtfragmentarisierten Bildungsprozesse

Wir orientieren uns am „anthropologischen Dreischritt“. Diese Formel findet sich in der philosophisch orientierten Literatur der Allgemeinen Pädagogik.³⁸ Der nachfolgende Abschnitt paraphrasiert eine Zusammenfassung aus dieser Denkschule und nimmt Bezug auf die Module 1 und 2 des Studienganges im Zak.³⁹ In diese philosophisch-anthropologische Reflexion wird das Drogenthema eingearbeitet.

Ein Wort zur historischen Dimension: Johann Heinrich Pestalozzi zeigt bereits 1797 in seinem anthropologischen Hauptwerk „Meine Nachforschungen über den Gang der Natur in der Entwicklung des Menschengeschlechts“, dass der Mensch als „Werk der Natur“ geboren wird, dass er zugleich zum „Werk der Gesellschaft“ wird, und dass er bei zureichender Beanspruchung und Anstrengung zum „Werk seiner selbst“ werden kann, wobei er immer auch „Werk der Natur“ und „Werk der Gesellschaft“

³⁸ Vgl. Hans-Georg Wittig: Wiedergeburt als radikaler Gesinnungswandel. Über den Zusammenhang von Theologie, Anthropologie und Pädagogik bei Rousseau, Kant und Pestalozzi, Heidelberg 1970, S. 32ff., S.110ff.

vgl. auch: Karl-Heinz Huber: Bildung für eine gelingende Zukunft? Frankfurt/M. 2004, S.78ff.

³⁹ vgl. Andrea Rothfelder: Das Konzept der „Metaphysisch offenen integrierenden Pädagogischen Anthropologie“ von Peter Kern und Hans-Georg Wittig. Materialien für eine zukunftsfähige Pädagogik, als MS vervielfältigt, Freiburg i.Br. 2005, S. 48 – 53; vgl. auch: Erarbeitete Inhalte der Module 1 und 2 – 21.09 und 22.09.2007“, ZAK Basel, 16 Seiten, als MS vervielfältigt.

bleibt.⁴⁰ Pestalozzi verweist damit auf eine Grundstruktur im menschlichen Bildungsprozess, die schon Rousseau mit „Natur“, „gesellschaftlicher Entartung“ und „Tugend“ beschrieb⁴¹ und Kant als „Tierheit“, „Menschheit“ und „Persönlichkeit“.⁴² Dieses Ordnungsprinzip ist bereits in Platons Gespanngleichnis zu finden: Animalität, „Thymos“ und „Nus“.⁴³ Und dieses Prinzip wird in unseren Tagen durch Carl Friedrich von Weizsäcker in diesen Formeln wiederholt: Der Mensch sei zunächst bestimmt durch die Vernunft der Affekte, sodann durch Macht und Herrschaft, und schließlich könne er sich ethisch verantwortlich selbst bestimmen aus Vernunft.⁴⁴

Aber auch ohne historisches, philosophisches und anthropologisches Vorwissen ist der anthropologische Dreischritt als Grundstruktur eines jeden menschlichen Selbstwertungsprozesses nachzuvollziehen. Wir Menschen nehmen uns wahr in unserer Leiblichkeit. Wir haben das Bedürfnis nach Nahrung, Schlaf, Sexualität, Leben. Um diese biotischen Grundbedürfnisse zu befriedigen, sind wir ausgestattet z.B. mit Begabung, Temperament, Vitalität, Sinnlichkeit und funktionstüchtigen Organen. Es handelt sich dabei um biologische Aspekte, die jeder Mensch von Geburt an immer schon mitbringt, die in uns „angelegt“ sind. Wir sind ein Werk der Natur.

Wir erleben uns aber auch unter den Bedingungen unserer Umgebungen und Lebenssituationen, wir erfahren uns als Teil einer sozialen Gemeinschaft, werden erzogen, lernen Neues, bilden uns aus, finden uns immer wieder auch im Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen und Begehungen und den Erwartungen der Gesellschaft; wir machen die Erfahrung, dass wir nicht überall und zu jeder Zeit, je nach Lust und Laune unseren individuellen Antrieben nachgeben können. Wir haben damit historisch-soziologische Aspekte im Blick: unsere Familiensituation, Gesellschaftsordnung, Rollenerwartungen und -verhalten, soziale Normen, Traditionen und vieles andere mehr. Wir sind ein Werk der Gesellschaft.

⁴⁰ Vgl. Johann Heinrich Pestalozzi: Meine Nachforschungen über den Gang der Natur in der Entwicklung des Menschengeschlechts (1797). In: Sämtliche Werke (Kritische Ausgabe). Begründet und hg. v. Artur Buchenau / Eduard Spranger / Hans Stettbacher / später Emanuel Dejung. Berlin, Leipzig, Zürich 1927-1996 ff. Band XII. S. 1-166

⁴¹ Vgl. Hans-Georg Wittig: Wiedergeburt als radikaler Gesinnungswandel, Heidelberg 1970, S. 17-65

⁴² Ebenda: S. 66-106

⁴³ Vgl. H.-G. Gadamer, Platos dialektische Ethik, Hamburg 1968

⁴⁴ Vgl. Peter Kern / Hans-Georg Wittig: Pädagogik im Atomzeitalter, Freiburg i.Br. 1984 in 2. erweiterter Auflage, S. 47 ff.: Anthropologischer Dreischritt: Affekte, Machtkonkurrenz und Herrschaft, Vernunft

Darüber hinaus ist uns die Erfahrung möglich, häufig in konfligierenden, existentiell bedeutsamen Lebenssituationen, dass wir mehr und anderes sein können als das bloße Produkt von Anlage und Umwelt, von Werk der Natur und Werk der Gesellschaft. Wir nehmen herausragende Werterfahrungen wahr, wenn das "Gewissen ruft", ein Gewissen, das mehr und anderes ist als die Stimme eines bloßen Sozialadressates (psychoanalytisch: Über-Ich), Werterfahrungen, die uns auffordern, gegebenenfalls auch entgegen den Ansprüchen unserer Leiblichkeit und unserer Gesellschaftlichkeit, diesen eben dann unbedingt geltenden Imperativen zu entsprechen. Es sind dies Werterfahrungen von emphatisch verstandener „Liebe“ und von „vernunftgeleiteter Solidarität“.⁴⁵ Aus dieser Erfahrung heraus begreifen wir uns als ein Werk unserer Selbst.

Der anthropologische Dreischritt ist also auch beschreibbar als eine Art Stufenfolge von Natürlichkeit, Gesellschaftlichkeit und „religiös“ gegründeter Sittlichkeit, wobei die „Religio“ durchaus als undogmatische, also metaphysisch offene Grunderfahrung auftreten kann, ja nach dem Prozess der Aufklärung auftreten muss.⁴⁶ Dabei ist diese Stufenfolge sowohl bei der Entwicklung von Individuen als auch in der Menschheitsgeschichte zu beobachten, zumindest was die ersten beiden Stufen betrifft. Spätestens seit der von Karl Jaspers so genannten „Achsenzeit“⁴⁷ kennt die Menschheit auch die anthropologisch dritte Dimension. Zu einer dauerhaften, wahrhaft sittlichen Existenzweise sind bisher jedoch immer nur wenige einzelne Menschen gelangt, so dass die Menschheit als ganze noch weit davon entfernt ist, sich aus der dritten Dimension des anthropologischen Dreischrittes zu bewähren. Sowohl die ungezählten individuellen Misereen als auch die globalen Krisen und kollektiven Katastrophen sind ein beredtes Zeugnis vom Nichtwahrnehmen und Nichternstnehmen der Werterfahrungen der dritten Dimension.⁴⁸

Rein formal kann diese Stufenfolge sowohl vertikal als auch horizontal verstanden werden: die vertikale Schichtung sieht den Menschen immer zugleich als Naturwesen, als gesellschaftliches Wesen und der Möglichkeit nach auch als

⁴⁵ vgl. Peter Kern / Hans-Georg Wittig: Lernen im Atomzeitalter – Erschliesst „vernehmende Vernunft“ Zukunft? In: L.van Dick (Hg.): Lernen in der Friedensbewegung, Weinheim 1987, S. 120-126

⁴⁶ vgl. Hans Wittig: Anspruch und Chance einer metaphysisch offenen Pädagogischen Anthropologie, in: Pädagogische Rundschau, 1968, S. 1-19

⁴⁷ Vgl. Karl Jaspers: Vom Ursprung und Ziel der Geschichte. München 1949; sowie Karl-Heinz Huber: „Kultur“ vor und nach der „weltgeschichtlichen Wendezeit“ bzw. „Achsenzeit“. In: ders.: Bildung für eine gelingende Zukunft? Frankfurt/M. 2004. S. 206-223.

⁴⁸ Dazu vgl. insgesamt Peter Kern / Hans-Georg Wittig: Notwendige Bildung, Frankfurt/M. 1985

sittliches Wesen. Die horizontale Betrachtungsweise sieht hier eine zeitliche Folge: der Mensch wird als natürliches Lebewesen geboren, wird zugleich zu einem gesellschaftlichen Wesen sozialisiert und kann schließlich ein sittliches Wesen werden.

Eine weitere Dimension des anthropologischen Dreischritts eröffnet sich bei einer differenzierteren inhaltlicher Betrachtung.⁴⁹ Dann kann die erste Stufe beschrieben werden mit der Naivität, Geborgenheit und Gutartigkeit des Neugeborenen. Erfahrungen von Mangel, Schmerz und Gefahr zerstören diese Naivität und überdecken die Gutartigkeit; es bildet sich die den Menschen so peinigende Angst.

Diese existentielle Angst, die mehr und anderes ist als bloße Furcht, bildet dann auch den Grund dafür, die Flucht in die Drogen zu nehmen. In der Angst zerbricht die chronische Selbstsicherheit und Selbstzufriedenheit des alltäglichen Daseins. Der Einzelne gerät in den Strudel der kompensatorischen Sucht. Unterschwellig stellt der Süchtige immerfort die Frage nach dem Leben-können, nach einer Eudämonie, deren Antwort er aber nicht in den Drogen finden kann. Im Gegenteil. Die Sucht reisst ihn nur immer tiefer in einen Abwärtsstrudel, bis er sich schliesslich bodenlos dem existentiellen Vakuum ausgesetzt sieht.

Auch das Hineinwachsen in die Gesellschaft bedeutet den Verlust dieser anfänglichen Geborgenheit. Letztlich muss das bedingungslose Streben nach Selbstsorge zur Überwindung von Mangel und Angst durch Recht und Sitte dem Gesetz unterworfen werden.

Wenn Recht und Sitte aber ihre richtunggebende Kraft verlieren, dann tritt für den Süchtigen die Droge an ihre Stelle. Der Süchtige ist fortan dann nur noch mit sich selbst beschäftigt, also mit der chronisch misslingenden Befriedigung seiner Begehungen: Er braucht seinen Kick. In dieser Selbstbefangenheit ist der Süchtige unaufgeschlossen für die Bedürftigkeit des Mitmenschen. Er versagt angesichts der auch ihm möglichen Werterfahrungen der dritten Dimension im anthropologischen Dreischritt. Er erstarrt in seiner Selbstsorge.

⁴⁹ Zu den verschiedenen Dimensionen des anthropologischen Dreischritts vgl. die systematische Darstellung bei Hans-Georg Wittig: Wiedergeburt als radikaler Gesinnungswandel. Über den Zusammenhang von Theologie, Anthropologie und Pädagogik bei Rousseau, Kant und Pestalozzi. Heidelberg 1970. S. 32-36; und ders.: Rousseau, Kant und Pestalozzi als aktuelle Klassiker pädagogischer Anthropologie. In: Peter Kern / ders.: Notwendige Bildung. Frankfurt/M. u.a. 1985. S. 103-152.

Erst die Überwindung dieser Selbstsorge durch wahre Sittlichkeit ermöglicht dem Menschen neue Geborgenheit im Sinne einer Gelöstheit und bewussten Gutartigkeit. Aus dieser Perspektive erschließt sich die Ambivalenz sowohl des natürlichen als auch des gesellschaftlichen Zustandes. Erst die selbst-bewusste, reflektierte Güte auf der dritten, der sittlichen Stufe, überwindet die Ambivalenz und ermöglicht auf höherer Ebene eine harmonische, eine nun vernunftgegründete Einheit der positiven Seiten von Natürlichkeit und Gesellschaftlichkeit.

Diese dritte Stufe, der Zustand der Sittlichkeit, ist nicht ohne den Durchgang „durch das Tal der Tränen“, also durch die Erfahrungen von Schmerz, Mangel, Verlust, Machtkonkurrenz, Daseinsorge jeder Art, zu erreichen. Der Verlust naiver Geborgenheit und Gutartigkeit muss notwendigerweise erfahren, die Konsequenzen müssen durchlitten werden, um, nun auf qualitativ höherer Ebene, deren Erneuerung in Form einer selbstbewussten, reflektierten Gelöstheit und Güte zu erleben. Auch hier ist der dialektische Charakter des anthropologischen Dreischritts wieder erkennbar und gleichzeitig wird auf den Vorgang der „Emporbildung“ hingewiesen.

Erst in Akten der Selbstwahl überwindet der Süchtige seine Angst und damit das diese begleitende existentielle Vakuum. Selbstwahlakte sind somit mehr und anderes als der nur formale Fremd- oder Selbstappell, durch seinen Willen von der Sucht zu lassen. Solche Fremd- und Selbstappelle bleiben nämlich immer noch heteronom motiviert, letztlich selbst angstmotiviert: Man will von der Droge lassen, weil ein Anderer das von mir verlangt, die Eltern, die Freundin und wer auch immer. Oder aber ich selbst überschätze mich in dem Versuch, durch die Macht meines Handelns mich selbst heilen zu können: Wieder bin ich selbst, egozentrisch, nur derjenige, der sich mit sich selbst beschäftigt. Darin aber liegt keine Kraft, die Droge zu überwinden. Erst im Absehen von mir selbst, erst im Loslassen und in der Gelöstheit, mich durch Werterfahrungen beschenken zu lassen, die ausserhalb meiner Egozentrik liegen, gelingt es, den Zirkel der Selbstsorge zu durchbrechen. Ich befreie mich aus meiner Selbstbefangenheit nur dann, wenn ich aufgeschlossen werde für die Bedürftigkeit des Mitmenschen und der uns alle tragenden Natur. Wilhelm Kamlah nennt das Aufgeschlossensein für die praktische Grundnorm.⁵⁰

Dafür, dass es sich beim anthropologischen Dreischritt nicht bloß um eine formale,

⁵⁰ Vgl. Wilhelm Kamlah: Philosophische Anthropologie, Zürich 1972, S.157

sondern ebenso um eine qualitative, d.h. wertende Strukturierung des Menschwerdungsprozesses handelt, lassen sich auch bei zeitgenössischen Autoren Nachweise finden. Exemplarisch seien hier Carl Friedrich von Weizsäcker und Wilhelm Kamlah erwähnt: beide betonen den Aspekt der Emporbildung. Von Weizsäcker spricht mit Blick auf die Möglichkeit vernunftgeleiteter Freiheit davon, „wie erst die Sitte versteht, dass Natur Unfreiheit heißt, so versteht erst die Liebe, dass die Sitte Unfreiheit heißt“⁵¹. Wer sich nur biologisch bestimmt fühlt, lebt ungezügelt seine Strebungen der Leiblichkeit aus. Indem diese Strebungen an die Grenzen der gesellschaftlichen Sitte, an die Rollenimperative des Werkes der Natur geraten, wird mir bewusst, dass ich die gesellschaftliche Freiheit habe, bestimmten Strebungen gegenüber ein Nein zu setzen. Ich muss nicht unfrei nur durch die Natur gelebt werden. Aber auch diese Sitte im Werk der Gesellschaft kann nochmals überwunden werden durch die existenztragende Erfahrung der Grundbefindlichkeit einer emphatisch verstandenen „Liebe“ (Agape, Caritas). Von dieser her zeigt sich auch die Sitte nur als Unfreiheit. Wilhelm Kamlah beschreibt das Innewerden der Grunderfahrung damit, dass wir dann erst fähig werden, unsere Geschöpflichkeit und damit unsere Bedürftigkeit und Sterblichkeit bewusst hinzunehmen, d.h. der Mensch „kehrt dorthin zurück, wo er in vorsprachlicher Dunkelheit schon war, nun aber in der wachen Helligkeit des Logos.“⁵²

Wenn hier jetzt mehrfach die dritte Stufe des anthropologischen Dreischritts auch als „wahre, religiös gegründete Sittlichkeit“ bezeichnet wurde, muss es nicht mehr verwundern, dass in unserer heutigen, profan gewordenen Welt der Mensch fast nur noch in den beiden ersten Stufen als ein Produkt der Natur und der Gesellschaft wahrgenommen wird. Dieses verkürzte Menschenbild wird scheinbar bestätigt durch ein modernes, objektives, wertneutrales Wissenschaftsverständnis, das den Menschen ausschließlich als distanzierendes Objekt sehen kann.

Die dritte Stufe der menschlichen Existenz ist demgegenüber nur subjektiv erfahrbar und entzieht sich so empirisch-analytischer Forschung, wiewohl die Handlungskonsequenzen, die sich aus der dritten Dimension im anthropologischen Dreischritt ergeben, sehr wohl empirisch-analytisch messbar sind. Das Dilemma

⁵¹ Vgl. Carl Friedrich von Weizsäcker: Zumutungen der Freiheit. In: Über die Freiheit. Hg. v. Max Horkheimer/ Karl Rahner/ Carl Friedrich von Weizsäcker. Stuttgart 1965. S. 51-76.

⁵² Vgl. Wilhelm Kamlah: Der Mensch in der Profanität. Versuch einer Kritik der profanen durch vernehmende Vernunft. Stuttgart 1949. S. 160.

besteht darin, dass einerseits eigene Lebens- und Werterfahrungen unter dem etablierten Wissenschaftsparadigma nicht mehr zureichend erhellt werden können, andererseits auf das Defizit einer womöglich bisher fehlenden Erfahrung nicht wirklich aufmerksam gemacht werden kann, da der gemeinsame, zum Verständnis notwendige Deutungshintergrund gar nicht mehr gegeben ist. Dass reflexiver Wissenschaft solche Erfahrungen zugänglich sind, sei ausdrücklich vermerkt.

Dass das fragmentarisierte Menschenbild, das sich nur auf die anthropo-biologische und historisch-gesellschaftliche Dimension des Menschseins beschränkt, geschichtswirksam geworden ist, lässt sich unschwer zeigen.⁵³ Dementsprechend thematisiert auch die vorherrschende Drogentheorie und Therapiepraxis im Wesentlichen nur den naturalistischen und soziologistischen Aspekt am Menschsein – mit der Folge wenig erfolgreicher Drogenarbeit.

⁵³ Beispielhaft erst kürzlich Peter Kern: Wertewandel und Medizin, in: PRAXIS. Schweizerische Rundschau für Medizin, 96. Jg., 2007, S. 287 - 295

5. „Selbstwahlakte“ als notwendige Bedingung der Möglichkeit einer gelingenden Drogentherapie

Nach diesen allgemeinthoretischen anthropologischen Vororientierungen soll nun das Phänomen der Selbstwahlakte weiter präzisiert werden. Umgangssprachlich könnte man einen Selbstwahlakt in jeder Entscheidung und Handlung sehen, die ein Subjekt vollzieht. Wenn ich generell davon ausgehe, dass der Mensch nicht nur durch die Natur gelebt wird im Rahmen seiner Anlage-Faktoren und nicht nur durch die gesellschaftlichen Verhältnisse geprägt und bestimmt wird im Rahmen der ihn fremdbestimmenden Situationsfaktoren, dann hat jede sich von Natur und Gesellschaft emanzipierende Handlung den Charakter einer selbst gewählten Handlung. Ich entscheide mich frei, heute dieses Buch zu lesen oder jenen Bummel durch die Stadt zu machen. Ich wähle mich also selbst als Lesender oder als Flaneur. So gesehen ist auch der Drogenkonsum ein Selbstwahlakt. Und nichts liegt unserer abendländischen Kultur näher, als vom Süchtigen zu fordern, er habe sich nun selbst so zu wählen, dass er vom Drogenkonsum lässt. In der Praxis, wir sagten es schon, scheitern solche Fremd- und Selbstappelle. Weshalb? Wählt man die Optik einer anthro-biologischen Betrachtungsweise, dann wird man den drogensüchtigen Körper behandeln, wählt man die historisch-soziologische Betrachtungsweise, dann wird man die gesellschaftlichen Verhältnisse zu ändern versuchen. In der Praxis gibt es dann noch vielerlei Mischformen dieser beiden Ansätze. Und dennoch: Die Erfolge, vor allem die Langzeiterfolge, sind mager oder bleiben ganz aus.

Müssen wir resignieren?

Nun unser Einzelfall verweist auf eine existentielle Ergänzung zu den vorherrschenden Therapieansätzen: Er machte uns auf eine besonders qualifizierte Art von „Selbstwahlakten“ aufmerksam. Um diese zu verstehen, betrachten wir zunächst einmal das Wort für sich: „Selbstwahl“. Anthropologisch steckt da die Möglichkeit einer dreifachen Deutung drin. Dreimal kann von „selbst“ gesprochen werden. Da ist zunächst einmal das Selbst, das - vom anthropologischen Dreischritt her betrachtet – nur das Werk der Natur und das Werk der Gesellschaft

repräsentiert. Es ist jene Personstruktur, die in furchtgetriebener und verstandgesteuerter Machtkonkurrenz angstmotiviert nur um sich selbst kreist. Dieser Mensch lebt allein aus Selbstsorge. Er will bedingungslos alles haben: Macht, Geltung, Reichtum, letztlich die Sicherheit eines mangellosen Lebens. Bedingungslose Daseins-Sicherheit und bedingungsloser Daseins-Genuss sind seine unhinterfragten Leitbilder. Dass er als sterblicher Mensch letztlich immer bedürftig ist und bleibt, diese existentielle Grunderfahrung ist ihm fremd. Dass er Widerfahrnissen preisgegeben ist, derer er prinzipiell nicht Herr werden kann, hat er verdrängt. Stattdessen lebt er den Wahn des grenzenlos über alles machtförmig verfügenden und bedenkenlos geniessenden Machers. „Dieser Typ ist in der Regel *oben auf*, er *kann* das Leben, er verfügt über die *Chancen*, vor allem die beruflichen und die sexuellen, die es ihm ersparen, auf die, wie er meint, *krankhaften* Skrupel von Theologen oder Philosophen sich einzulassen. In einer solchen Gestimmtheit ist das Können reflexionslos gesichert, wird aber implizit als *souveränes Verfügen über Chancen* verstanden.“⁵⁴ Dass dieses vermeintlich souveräne Verfügen über grenzenlose Chancen eine traurige Spur individueller Misere und kollektiver Katastrophen nach sich zieht, vermag er nicht zu sehen. Wir haben hier den vitalen rücksichtslosen Lebenskönner, den Erfolgsmenschen, den Selbstsicheren vor uns, so wie er uns in unzähligen Lebenslagen heute immer wieder begegnet.

Doch was geschieht, wenn diese Selbstsicherheit zusammenbricht, ja nur zusammenzubrechen droht? Der Selbstsichere gerät dann in eine Unzufriedenheit, er ist dem Leben gegenüber frustriert. Die Sicherheit des mangellosen Lebens trägt nicht länger sein Dasein. Wilhelm Kamlah deutet solche chronisch gewordene Unzufriedenheit, solche chronische Frustration als „Sucht“. „Ein harmloser Fall ist z.B. die süchtige Unzufriedenheit derjenigen, die sexuell frustriert sind, vielleicht in eine missliche Ehe eingeklemmt oder in welcher Weise auch immer. Ein weiterer Fall: die *Geltungssucht* dessen, der *nichts zu sagen hat*, an *Minderwertigkeitskomplexen* leidet, sich von allen unbeachtet glaubt und so fort.“⁵⁵

Was in der Medizin Sucht genannt wird, ist für den Philosophen Kamlah nur ein extremer Spezialfall dieser verbreiteten Gestimmtheit derjenigen, die ein

⁵⁴ Wilhelm Kamlah: Philosophische Anthropologie, Zürich 1972, S. 154

⁵⁵ ebenda, S. 156

mangelloses Leben suchen. Das sie es vergeblich suchen, wird in der Sucht des Alkoholikers oder des Drogensüchtigen besonders anschaulich. Sie alle stecken in einer eigenmächtigen Selbstbefangenheit, in einer selbstbefangenen Begehrlichkeit. Anthropologisch betrachtet, gehören der Selbstsichere und der Süchtige zum selben Personentyp. Sie repräsentieren auf einer gedachten Achse nur die beiden Aussenextreme. In beiden Fällen ist von einem reduktionistischen Bild vom Menschen zu sprechen: Der Selbstsichere und der Süchtige repräsentieren nur die anthropo-biologische und die historisch-soziologische Dimension des Menschseins, eine Dimension, die in dieser Reduktion notwendigerweise hineingehalten bleibt in die Grundgestimmtheit einer existentiellen Angst, die sich entweder in unreflektierter Selbstsicherheit oder in verzweifelter Sucht äussert.

Dieser Personentyp ist unser erstes Selbst, von dem wir weiter oben sprachen.

Ihm steht ein zweiter Personentyp gegenüber. Dieser repräsentiert ein nicht-fragmentarisierendes Verständnis vom Menschen. In ihm ist es zur Ausbildung aller drei Dimensionen des anthropologischen Dreischrittes gekommen. Der Mensch ist dann sowohl Werk der Natur als auch Werk der Gesellschaft wie auch ein Werk seiner Selbst. Indem er in Akten der Selbstwahl sich empor gebildet hat auch zum Werk seiner Selbst, hat er die ihn peinigende Angst überwinden können. Er gerät in die Grundgestimmtheit einer emphatisch gedachten „Liebe“. Er ist anthropologisch frei geworden von seinem bedingungslosen Streben nach Daseins-Sicherheit und Daseins-Genuss. Er lebt nicht länger aus furchtgetriebener und verstandgesteuerter Machtkonkurrenz. Er kann wahrnehmen und zulassen, dass es die Sicherheit des mangellosen Lebens prinzipiell nicht gibt, nicht geben kann. Es geht ihm nicht länger nur um ein Haben-Wollen, sondern auch und zentral um ein Sein-Können. Aus dieser existenztragenden Erfahrung heraus gelingt ihm die Einsicht in das, was Kamlah die „Grundnorm“ nennt: „Wir Menschen alle sind bedürftig und sind aufeinander angewiesen.“⁵⁶ Kamlah fährt fort: „Wer diese Einsicht wirklich gewonnen hat, der erkennt damit eine Forderung an, die täglich an ihn ergeht und die sich etwa so ausdrücken lässt: Beachte, dass die Anderen bedürftige Menschen sind wie du

⁵⁶ ebenda, Zürich 1972, S. 95

selbst, und handele demgemäss!“⁵⁷ Aus der Grundgestimmtheit der „Liebe“ macht dieses Selbst also die es bindende Werterfahrung, von sich absehen zu können und den Anderen in seiner Bedürftigkeit wahrnehmen zu können. Der Selbstsichere und der Süchtige, wir erinnern daran, sind beide ganz und gar mit sich selbst beschäftigt, sie sind gefesselt an ihre Selbstbefangenheit, unaufgeschlossen für die Bedürftigkeit der Mitmenschen und blind für die Bedürftigkeit der uns alle tragenden Natur. Die Überwindung der verhängnisvollen Selbstsicherheit und die Überwindung aller Sucht, auch der Drogensucht, hängt also an der Bedingung der Preisgabe der eigenmächtigen Selbstbefangenheit. „Die Preisgabe der eigenmächtigen Selbstbefangenheit, die sich der Selbstsichere und der Süchtige nur als asketischen Verzicht auf jedes lebenswerte Leben zu denken vermögen, ist umgekehrt geradezu der erste Schritt zu einem wahrhaft gelingenden Leben, zur Eudämonie.“⁵⁸

Wie also kommt man nun vom ersten angstmotivierten zum zweiten liebesmotivierten Selbst? Durch einen Selbstwahlakt, dadurch, dass ich selbst es bin, der sich lossagt vom ersten Selbst und mutig das zweite Selbst wählt. Hier kommt die dritte Bedeutung von „selbst“ ins Spiel. Ich lebe als Selbstsicherer oder Süchtiger im ersten Selbst. Das ist eine materiale Personstruktur: das angstmotivierte Selbst. Ich strebe zur Eudämonie des zweiten Selbst. Das ist wieder eine, wenn auch ganz anders gestimmte, materiale Personstruktur: das liebesmotivierte Selbst. Wer vollzieht diesen Übergang? Ich selbst. Dieses Selbst hat eine nur formale Struktur. Sie verweist auf das handelnde Subjekt, ohne dieses in seiner Personqualität wertorientiert festzulegen. Wenn heute soviel von „Freiheit“ die Rede ist, dann meint man vielfach nur diese bedingungslose Freiheit, sich selbst zu bestimmen. Selbstbestimmung ist geradezu zum Credo unserer Postmoderne geworden. Ich habe die Freiheit, mich grenzenlos selbst zu bestimmen. Blickt man anthropologisch genauer hin, dann wird diese formale Freiheit, sich selbst zu bestimmen, nur noch konkret in der facettenreichen Selbstbestimmung des Selbstsicheren oder des Süchtigen. Das Selbst der anthropologischen Reduktion nimmt Gestalt an, mit allen lebensfeindlichen Konsequenzen. Dass das formale Selbst ein materiales Selbst des empor gebildeten nicht-fragmentarisierten Menschen ergreifen kann, wird erst zur Bedingung der Möglichkeit, Selbstsicherheit und Sucht zu überwinden.

⁵⁷ ebenda, S. 95

⁵⁸ ebenda, S.157ff.

Wie ist dieser Übergang vom materialen ersten Selbst zum materialen zweiten Selbst Methodisch zu ermöglichen? Sich von seiner selbstbefangenen Begehrlichkeit durch einen bloss verbalen Fremd- oder Selbstappell zu befreien, bleibt fruchtlos. Tugend ist eben nicht lehrbar! Wie also überwinden wir unsere Selbstbefangenheit, die uns peinigende Angst?

6. Was ermöglicht „materiale Selbstwahlakte“?

6.1. Bestätigung der These und Vorbereitungen zur Methodendiskussion

Der biographische Befund des Einzelfalls lässt erkennen, dass der Süchtige sich nur in den anthropo-biologischen und den historisch-gesellschaftlichen Dimensionen verwirklicht. Die Ich-Identität des Süchtigen ist Ausdruck eines „Existentiellen Vakuums“ (Viktor E. Frankl)⁵⁹. Entfremdung und Sinnleere bestimmen die Person. Jeder drogentherapeutischer Ansatz, der innerhalb dieser beiden Dimensionen entworfen wird, bleibt daher letztlich äusserlich – und muss notwendigerweise scheitern, denn nur medizinisch und soziologisch bestimmte Interventionen helfen nicht aus der Grundhaltung der „Nekrophilie“ (Liebe zum Tod)⁶⁰. Die vorherrschenden Methoden der Drogentherapie nehmen in Anspruch, wissenschaftlich abgesichert zu sein. Dabei wird übersehen, dass in solcher nur rationalen Dimension eine neutrale Distanz zum Süchtigen aufgebaut wird, die in eine abblendende Objektivierung führt, letztlich zur Vergegenständlichung des Süchtigen. Auf diese Weise wird die komplexe Lebens-Erfahrung verkürzt und das „Du“ der handelnden Person überhaupt nicht mehr erreicht.

Kann der Süchtige dieses fragmentarische Menschenbild durch Akte einer ethisch legitimierten, also „materialen Selbstwahl“ vervollkommen durch die dritte Dimension der Biophilie (Liebe zum Leben)⁶¹, dann erst werden die bisherigen und weiterhin notwendigen drogentherapeutischen Interventionen erfolgreich und nachhaltig wirken. Mit der dritten Dimension wird eine dem kritischen Rationalismus, dem die heute gängigen drogentherapeutischen Konzepte weitgehend verpflichtet sind, verdächtige normative Dimension in das Verständnis vom Menschen zurück geholt. Das jedenfalls bestätigt der in dieser Thesis diskutierte Fall. Dieser Befund ist übrigens ein weiterer Beleg in der langen Kette anthropologischer Forschungen

⁵⁹ Vgl. Viktor E. Frankl: Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn, TB Neuausgabe München 1985

⁶⁰ Zum Terminus „Nekrophilie“ vgl. Erich Fromm: Anatomie der menschlichen Destruktivität, Stuttgart 1974: darin: Die bössartige Aggression: Nekrophilie, S. 295-334

⁶¹ ebenda S. 331-325

dafür, dass nur nichtfragmentarisierte Menschenbilder, also dass nur ein ganzheitliches Verständnis vom Menschsein, zu gelingenden Lebensläufen führt.⁶²

Wir finden also in unserem Beispiel folgendes Schema: Die biographische Entwicklung unseres Einzelfalls führt zu einem nur unzureichenden Urvertrauen, so dass die dritte Dimension im anthropologischen Dreischritt unbesetzt blieb. Es kommt zu Erfahrungen der Entfremdung. Diese äussern sich in chronischer Unzufriedenheit, chronischer Frustration. Die Drogensucht ist dann ein möglicher Ausdruck dieser unzufriedenen Gesamtgestimmtheit.

Der Drogensüchtige folgt dem illusionären Leitbild des schlechthin mangellosen Lebens. Die Schuld an seiner Sucht gibt er allein der Situation, den Verhältnissen, in denen er lebt. Die eigenmächtige Selbstbefangenheit des Süchtigen findet ihren Ausdruck darin, dass er ständig mit sich selbst beschäftigt ist, eigenmächtig seine Begehungen blind zu befriedigen. Er ist in sich selbst befangen. Diese Selbstbefangenheit macht ihn unaufgeschlossen für die Bedürftigkeit seiner Mitmenschen. Das aber heisst: Der Drogensüchtige versagt vor einem ethischen Anspruch, der für ein gelingendes Leben notwendig ist, und den Wilhelm Kamlah⁶³ die „praktische Grundnorm“ nannte: „Wir Menschen alle sind bedürftig und sind aufeinander angewiesen“. Erst die Erfahrung der praktischen Grundnorm ermöglicht vernünftiges Handeln. Vernünftiges Handeln ist mehr als Handeln aus Rationalität. Vernünftiges Handeln erfolgt aus der Erfahrung der „Gelöstheit“. Erst wenn der Süchtige die Selbst-Sucht seiner kranken Ich-Identität in Akten der Selbstwahl loslassen kann, wird er innerlich frei, jene neue Ich-Identität zu leben, die es ihm ermöglicht, seine eigenmächtige Selbstbefangenheit zu überwinden. Er wird frei, auch die Bedürftigkeit seiner Mitmenschen und der ihn tragenden Natur wahrzunehmen. Die Sucht verliert die Macht über ihn. Ein gelingendes Leben wird möglich.

⁶² Vgl. u.a. die Studie von Karl-Heinz Huber: Bildung für eine gelingende Zukunft? Ein Beitrag zur Rekonstruktion der Pädagogik von Hans Wittig, Frankfurt/M 2004. Dort zahlreiche Beispiele für die Bedeutung nicht-fragmentarisierte Bildungsprozesse für ein gelingendes Leben.

⁶³ Vgl. Wilhelm Kamlah: Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik, Mannheim/Wien/Zürich 1972; darin: Zweiter (normativer und eudämonistischer) Teil: Ethik, S. 91-144

Der springende Punkt ist nun der Übergang von der kranken, süchtigen Ich-Identität in die gesunde, suchtfreie Ich-Identität. Noch so klug entwickelte äussere Manipulationen des Süchtigen bleiben langfristig wirkungslos. Die empirischen Befunde der Drogentherapie sprechen eine eindeutige Sprache. Weshalb wurde unser Proband nach nunmehr 12 Jahren immer noch nicht rückfällig? Hilft hier zum Verständnis das pädagogische Konzept des „methodischen Dreischrittes“ der Emporbildung des Menschen: Wecken – Üben – Reflektieren?

6.2. Vor dem „Selbstwahlakt“: „Wecken“ – „Üben“ – „Reflektieren“

Wo sind wir inzwischen angelangt? Wir gingen aus von einem konkreten Einzelfall. Der dort beschriebene Drogensüchtige durchlief zahlreiche Drogentherapien. Dennoch: Er wurde immer wieder rückfällig. Dann, plötzlich, gelang ihm die Befreiung von seiner Sucht. In einer phänomenologischen Analyse konnte herausgearbeitet werden, dass der Erfolg an das Ereignis eines qualitativ gedachten, materialen „Selbstwahlaktes“ gebunden war. Um diesen Tatbestand zu verstehen, wurden die den vorherrschenden Drogentherapien zugrunde liegenden Menschenbilder skizziert. Es zeigte sich, dass sie in aller Regel den Menschen nur unter anthropo-biologischer und/oder historisch-soziologischer Perspektive wahrzunehmen vermögen. Die sich so abzeichnenden Bilder vom Menschen konnten als Ergebnisse fragmentarisierter Bildungsprozesse beschrieben werden. Bleibt Drogentherapie nur im Horizont solch eines naturalistischen und soziologischen Verständnisses vom Menschen, dann hat es Drogentherapie schwer erfolgreich zu sein. Ihr fehlt eine entscheidende Dimension, eben die Dimension der materialen Selbstwahlakte. Diese dritte Dimension im Prozess der Emporbildung des Menschen ermöglicht erst jene ethischen Grunderfahrungen, die zur Bedingung der Möglichkeit einer gelingenden Drogentherapie werden können.

Damit haben wir unsere These bestätigt:

- *Drogentherapie gelingt, wenn materiale „Selbstwahlakte“ des Abhängigen den Therapieprozess mit bestimmen.*

Es geht also um materiale, nicht nur formale Selbstwahlakte. Material heissen sie, weil sie die Überwindung der Angst/Furcht ermöglichen und den Einzelnen „frei“ machen zur Grunderfahrung der „Liebe“, die das Überwinden des existentiellen Vakuums ermöglicht. Der Süchtige erfährt den tragenden Grund der Gelöstheit; er kann nun seine Sucht loslassen.

Das gegenüber der in der Einleitung soeben formulierte einschränkende „mit“ bewahrt uns noch vor einem möglichen Missverständnis. Selbstwahlakte allein führen auch nicht zu einer gelingenden Drogentherapie. Unsere Ableitungen zeigten, dass die vorherrschenden Therapieansätze in Geltung bleiben, nur eben um die Dimension des hier begründeten Selbstwahlaktes zu erweitern sind.

Damit könnte die Arbeit schliessen. Doch das bliebe unbefriedigend. Jetzt ist noch die Frage offen, wie kommt der Drogenabhängige überhaupt dazu, einen Selbstwahlakt zu wagen? Was liegt vor dem Selbstwahlakt?

Man könnte versucht sein zu urteilen: Aufklärung, verbale Aufklärung. Ich muss dem Süchtigen nur sagen, er solle einen qualitativen Selbstwahlakt leisten – und schon wäre er seine Sucht los. Doch so einfach liegen die Dinge nicht. Unser Einzelfall lehrte uns, dass der beschriebene Abhängige ja mehrfach versuchte, sich selbst zu wählen: „Ich will drogenfrei sein“. Doch mit einem solchen formalen Selbstwahlakt blieb er ja eingemauert in seinem alten, fragmentarisierten Selbst. Er ergriff kein dieses alte Selbst übersteigendes neues Selbst; er blieb, um unsere Pestalozzi-Formel nochmals zu bemühen, im Werk der Natur und im Werk der Gesellschaft stecken; er blieb innerlich „unfrei“. Die Konsequenz: Er scheiterte. Erst als er existentiell erfuhr: „Ich will Leben!“, erst da transzendierte er sein selbstsüchtiges und angstmotiviertes Ich hin zu einem neuen Du-sorgenden und Liebes-motivierten Ich. Er wurde anthropologisch ein Anderer; er wurde innerlich „frei“. Seine Drogentherapie glückte.

Also nochmals:

Wie kam unser Proband überhaupt dazu, einen materialen Selbstwahlakt zu wagen?

Mit dieser Frage werden uralte Methodenprobleme der Erziehung heraufbeschworen.

In der Sprache der Tradition formuliert, geht es darum, ob „Tugend lehrbar“ sei. „Tugend“ wird verstanden als das Ergreifen des neuen Liebes-motivierten Selbst. „Lehrbar“ meint dann, dass durch verbale Aufklärung der Personwandel zur Befreiung der Sucht erfolgen könne. Die Praxis bestätigt eine solche Theorie nicht, weder in der Drogentherapie noch in der Erziehungswirklichkeit überhaupt. Würde der Satz von der Lehrbarkeit der Tugend eine sachangemessene Beschreibung der Erziehung zur dritten Dimension im anthropologischen Dreischritt sein, dann müssten ja die Absolventen humanistischer Gymnasien alle sophokleische Charaktere geworden sein und alle Absolventen eines christlichen Religionsunterrichts müssten sich aus der Freiheit eines Christenmenschen bewähren können. Bestenfalls haben sie bei zutreffender Ausbildung gelernt, wie sie sein sollten, nicht aber, wie sie dem Sollen im Sein entsprechen können. Die Kluft zwischen verbaler Aufklärung und Handeln ist unüberbrückbar. Um diesen Tatbestand besser verstehen zu können, paraphasiere ich wieder, wie beim anthropologischen Dreischritt, einige pädagogische Texte.⁶⁴

Man sah und forderte bereits in der Goethezeit (etwa 1770 bis 1830), dass sich „Denken und Tun, Tun und Denken“ (Goethe), „Deuten und Darstellen“ (Fröbel) wechselseitig zu ergänzen hätten, dass Bildung im Medium der Sprache ohne Erfahrungen der Wertqualitäten der in den Begriffen aufgehobenen Ansprüche des ethisch-religiösen Dialogs in der dritten Dimension des anthropologischen Dreischrittes „auswendig“ bleibe, zum bloßen „Maulbrauchen“ pervertieren müsse (Pestalozzi). Man gewährte, dass der „Weg zum Kopf durch das Herz muss geöffnet werden“ (Schiller). Man sah, dass „zwischen den Begriffen und dem Wollen eine tiefe Kluft befestigt“ ist (Claudius). Die bildungskritische Forderung nach Wahrhaftigkeit in der Existenz des Menschen enthält auch der Satz Fichtes: „Keineswegs ist der Gedanke Leben und Gesinnung, wenn er von mir als Gedanke eines fremden Lebens gedacht wird. Das Denken muss das Leben des also Denkenden sein.“ Und Nietzsche z. B. ist tief davon überzeugt, „dass nie ein Begriff die Menschen sittlicher und besser machen kann“. Er sieht, dass „der moderne Mensch“ zwar eine „ungeheure Menge von unverdaulichen Wissenssteinen mit sich herumschleppt, die dann bei Gelegenheit auch ordentlich im Leibe rumpeln“, ohne dass es ihm im

⁶⁴ vgl. Peter Kern / Hans-Georg Wittig: Notwendige Bildung, Frankfurt/M. 1985

Hinblick auf seine „Menschen“-Bildung gelänge, dieses theoretische Wissen praktisch werden zu lassen. Der solcherweise „Gebildete“, urteilt Nietzsche, versinke in sich selbst, „ins Innerliche, das heißt hier nur: in den zusammengehäuften Wust des Erlernten, das nicht nach außen wirkt“.

Pestalozzi verdeutlichte am prägnantesten die Problematik der nur im Unterricht, nur durch Sprache gelehrt und gelernt Moral: Die „künstliche Bahn der Schule“ ermögliche bloß Übungen im „Räsonieren“ - also Arbeit mit nur Wert-Vorstellungen; dieses Raisonement schließe die Haltung sog. „Verstandesegoisten“ jedoch nicht aus: Sie tun „unermesslich viel Böses“; sie verbinden ihre „gebildete intellektuelle Kraft mit einer unbegrenzten Herzlosigkeit für das Gute, mit einer unbegrenzten Belehrung eines tierisch gewaltsamen Willens für die Erhaltung und Sicherstellung alles dessen, was ihrer Selbstsucht dient und schmeichelt, ohne die geringste Rücksicht auf Wahrheit und Recht“. Das Wissen um Wahrheit, Gerechtigkeit und Recht, um personale Verantwortung bleibt also unzureichend für deren Verwirklichung.

Wie also kann sich die Wahrheit der sittlichen Substanz in der dritten Dimension des anthropologischen Dreischrittes selbst als wahr darstellen? Hier greift Pestalozzis unüberbietbare Einsicht in den methodischen Dreischritt der Erziehungsarbeit.

In seinem „Stanser Brief“⁶⁵, einem Spiegel seiner eigenen Erfahrung als Erzieher, finden wir die hier gesuchte Antwort. Pestalozzi fordert darin, dass die Wahrheit, um die es im Verständnis eigentlicher Personalität geht - die Wahrheit, daß ein Leben aus dem Ursprung der Liebe höher-wertig ist als ein solches nur aus der Selbstsorge, aus dem Streben nach innerweltlicher Selbstbehauptung -, ein solches Leben müsse sich in der originalen Lebens-Erfahrung „selber als wahr darstellen“.⁶⁶ So wird diese Wahrheit existentiell angeeignet und ist damit aller Skepsis im Medium der Deutungen entzogen. Pestalozzi hat in seinem Werk die drei wesentlichen Momente einer Erziehung zur Sittlichkeit in der dritten Dimension im anthropologischen Dreischritt erhellt. Zunächst müsse die Personalität, die innere

⁶⁵ Johann Heinrich Pestalozzi: Sämtliche Werke, hsg. von Artur Buchenau, Eduard Spranger und Hans Stettbacher, Berlin / Leipzig 1927ff. Band XIII, S. 1 - 32: Brief an einen Freund über seinen Aufenthalt in Stans

⁶⁶ Vergleiche zu diesem Pestalozzi Zitat Karl-Heinz Huber: Bildung für eine gelingende Zukunft? Frankfurt/M 2004, s 91 ff.

Möglichkeit und Bereitschaft, in konkreten Situationen den Zirkel der Selbstsorge zu durchbrechen geweckt werden⁶⁷. Dieses Wecken ereigne sich in der Ernstebene originaler Begegnungen. Der solchermassen Geweckte mache erstmals die Erfahrung, dass er zu mehr fähig ist, als Natur und Gesellschaft imstande sind aus ihm zu machen. Er erfährt gleichsam ein neues Ideal seiner Selbst. Jetzt erst könne er dieses neue Ideal in Selbstwahlakten ergreifen: Ja, so will ich mich bewähren! Es folgt die zweite Stufe im methodischen Dreischritt: Angesichts konkreter Herausforderungen übt er sich und bewährt sich vor den vorrangig erfahrenen wertrang-höheren Ansprüche an sich selbst. Und erst dann folgt die dritte Stufe: Die Reflexion über die vorweg zweimal im Ernstfeld des Lebens erfahrenen neuen Wirklichkeiten seiner Selbst.

Wecken – üben und bewähren – reflektieren: Nur so vermag auch der Drogensüchtige sich von seiner Sucht zu befreien.

Es hiess, das Wecken ereigne sich in Akten der Begegnung. Wem begegnet der noch unfreie Mensch? Solange er noch in mythischen und offenbarungstheologischen Kontexten lebt, sind Begegnungen mit Gott vermittelt durch heilige Schriften durchaus denkbar. Jedoch nach der Dekonstruktion solcher Metaphysik durch die Autoren in der Epoche der europäischen Aufklärung, sind solche Begegnungen mit dem Text nicht mehr wirksam. Pestalozzi holt deshalb das Phänomen der Begegnung aus der luftigen Höhe metaphysischer theozentrischer Spekulationen herunter auf die Ebene innerweltlicher anthropologischer Realität. Weckungsphänomene ereignen sich zwischen Menschen. Sobald eine ganzheitlich gebildete Person, die selbst in konkreten Anspruchssituationen sich im Werk ihrer Selbst bewähren kann auf ein Gegenüber trifft, dessen Bildungsprozess noch nur im Werk der Natur und im Werk der Gesellschaft eingeschlossen ist, kann sich ein Weckungsphänomen ereignen.

Wer war in unserem Beispiel diese Person, die den Akt des Weckens auslöste? Solange die nächsten Mitmenschen, Eltern, Freundin, Freunde, unserem Süchtigen

⁶⁷ „Liebe“ sei noch nie anders als durch Liebe erweckt worden. Vgl. Briefe an J.P. Greaves: Letters on early education, adressed to J.P.Greaves, London 1827, S. 23 (Greaves: engl. Pädagoge 1777-1842, der einige Zeit bei Pestalozzi in Yverdon unterrichtete.)

nur in der fordernden Haltung des Über-Ichs gegenübertraten, war der Wille, von der Sucht zu lassen, letztlich nicht tragfähig für eine wirksame Umkehr. In dem Augenblick jedoch, in dem der Süchtige angesichts des Todes sein „Ich will leben!“ ausruft, verändern sich in seiner Optik diese Mitmenschen: Er kann sie als Begegnende wahrnehmen, die ihn lieben, ihn also vorbehaltlos annehmen. Letztlich begegnet unser Proband in ihnen dem Leben selbst. Und darin erfährt er den tragenden Grund seiner Existenz: er wird innerlich frei, von seiner Sucht zu lassen. Erst indem der Andere vor allem in der Gestalt der Eltern zu einem privilegierten Du wird, ereignet sich die existenztragende Umkehr des Süchtigen. Er vernimmt den Ruf: „Du musst Dein Leben ändern!“ Die Umkehr, die *Metanoia*, glückt.⁶⁸

Dann folgen die schmerzhaften Erfahrungen des Übens. Dazu bedarf es der Hilfe der oben beschriebenen stationären Therapie. Und erst jetzt, aus Anlass der Interviews kommt er dazu, seine vorweg gemachten Erfahrungen im Medium der Sprache zu reflektieren. Die methodische Einheit ist hergestellt: wecken – üben / bewähren – reflektieren.

6.3. Erkenntnisse für die zukünftige Arbeit mit Süchtigen

Wie können nun diese pädagogischen und philosophischen Erkenntnisse in die Arbeit mit Drogensüchtigen integriert werden?

Existenzverändernde Begegnungen, die zu einem Weckungserlebnis führen, sind, leider, letztlich nicht planbar. Solche qualitativen Begegnungen entziehen sich methodischer Verfügbarkeit. Sie haben einen Widerfahrnischarakter. Es widerfährt uns, dass Menschen uns lieben. In dieser Liebe geschieht uns etwas, als ob es uns geschickt worden sei. Gläubige sprachen früher von einer „Schickung“, von einer „Fügung Gottes“. Diese methaphysisch-offenbarungstheologische Deutung lässt sich

⁶⁸ Rilke hörte im Louvre angesichts eines archaischen Torsos eine Stimme, die ihm befahl: „Du musst dein Leben ändern“. Hier vermag die Begegnung mit nur einem Torso des Apolls die *Metanoia* auszulösen; Pestalozzi hätte dem misstraut. Für ihn gelang sie nur zwischen Menschen. Heute stellt Peter Sloterdijk die Rilkesche Erfahrung in abermals neue Kontexte; vgl. Peter Sloterdijk: Du musst dein Leben ändern, Frankfurt/M. 2009, zur Auslegung von Rilkes Torso-Gedicht S. 37ff. – Zu *Metanoia*: Ein griechisches Wort: *μετάνοια metanoia*, von *νοεῖν noein*, „denken“ und *μετά meta*, „um“ oder „nach“, wörtlich also etwa: „Umdenken, Sinnesänderung, Umkehr des Denkens“; eigentlich: Umkehr der ganzen Person. (Wikipedia)

nachaufklärerisch auch rein anthropologisch fassen: Die Liebe des Anderen wird mir geschenkt. Durch dieses Geschenk kann es dann zu einem Weckungsphänomen kommen. Wohlgedacht: Kann, es muss nicht. Wir bewegen uns hier auf einer qualitativ völlig anderen Ebene als sie heutzutage im Kontext geplanter und dann evaluierter Lernprozesse betreten wird.

Müssen wir angesichts dieser Einschränkungen die qualitativen Begegnungen dem reinen Zufall überlassen? Nein, durchaus nicht. Rahmenbedingungen sind benennbar, die Situationen für Begegnungen und Weckungsphänomene öffnen können. Zunächst und vor allem muss dem anthropologisch unfreien Süchtigen ein anthropologisch freier ganzheitlich gebildeter Mitmensch gegenüberstehen. Wer hier nur modisch professionalisiert seinen Job macht, wird die Ernstebene einer wahren Begegnung gar nicht erst erreichen. Nun ist solch ein existentielles Engagement im Kontext einer Berufsarbeit nicht einklagbar, ganz im Gegenteil. Aufschlussreich ist daher auch, dass in unserem Fall die eine Metanoia auslösende Begegnung sich ausserhalb der Berufssituation ereignete. Erst dann wurde die Möglichkeit einer stationären Therapie genutzt.

Sie bietet dem nach Entzug der Droge sehr verletzlichen Menschen Schutz und Sicherheit in der Gemeinschaft der Gruppe, die für den Süchtigen einen neuen Erfahrungsraum darstellt. Hier kann er vorsichtig alte Verhaltensmuster ablegen, er kann sich in einer neuen Gelassenheit üben und bewähren. Rückmeldungen spiegeln ihm seine Fortschritte. Mit der Methode der Konfrontation kann er seine Entwicklung wahrnehmen und reflektieren, was ihm wieder neue Einflussmöglichkeiten auf seinem Weg zur Heilung ermöglicht. „Heilung“ ist jetzt nicht nur medizinisch und psychologisch bzw. psychotherapeutisch zu verstehen. „Heilung“ heisst hier: heil werden, also ganz werden. Der einstmalige Süchtige kann von seiner Sucht lassen, er wird ganz, er bleibt nicht nur Werk der Natur und Werk der Gesellschaft, er wird ganz allmählich zum Werk seiner Selbst. Dadurch kann er ein wahrhaft neues Leben beginnen, wie es unser Proband erlebt hat. Um diesen schützenden und doch fördernden Rahmen zu schaffen, braucht es also die stationäre Therapie, braucht es erfahrene, und wenn irgend möglich eben auch ganzheitlich gebildete Sozialarbeiter und Psychologen, die jedem einzelnen der langsam erstarkenden Menschen individuell begegnen und die im ständigen Dialog

jeden einzelnen auch theoretisch begleiten. So kann die Metanoia, der Übergang zur suchtfreien Ich-Identität sich ereignen.

7. Ausblick: Anschlussforschung

Nach der differenzierten Betrachtung der Biographie des Probanden auch aus philosophisch-anthropologischer Sicht und vor dem Hintergrund der Überlegungen zum heutigen Stand des Drogenkonsums und der Drogentherapien sind wir zu dem Ergebnis gekommen, dass genau bestimmte „Selbstwahlakte“ als notwendige Bedingung einer gelingenden Drogentherapie angesehen werden müssen. Eine Vielzahl von „Patienten“ in Therapieeinrichtungen wird von Gerichtes wegen oder auf Anordnung der Behörden oder der betroffenen Familien betreut. Diese meist jugendlichen Drogenkonsumenten sehen sich oft als Opfer der gesellschaftlichen oder familiären Umwelt. Sie betrachten sich als Aussenseiter, die keine Chance hatten, sich im Rahmen der „normalen“ Gesellschaft zu bewähren. Ihr Drogenkonsum erscheint ihnen daher fast als zwangsläufig⁶⁹. Gerade für diese Menschen müssen die Therapiekonzepte individuell angepasst werden.

Wenn es um den Beginn einer stationären Drogentherapie geht, sollten als erstes die Gründe und Motive geklärt werden, die zu dem Entscheid führten. Hat der Drogenabhängige aus tiefer eigener Motivation heraus den Entschluss zur Umkehr gewählt oder steht er unter äusseren, fremden Zwängen? Ein Drogenabhängiger, der keine Eigenmotivation hat, wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht schaffen, abstinent zu leben.

Wie kann diese eigene Motivation entstehen - oder noch einmal: Wie kommt der Drogenabhängige zum Selbstwahlakt? Ganz eindeutig nur, indem der Süchtige in seiner Eigenverantwortung von einem emphatischen Gegenüber nicht bloss als Opfer der Verhältnisse betreut wird, sondern als voll selbst denkende Persönlichkeit ernst genommen und akzeptiert wird. Heutzutage werden viele der Süchtigen als Opfer behandelt, sozusagen verwaltet, und so ihrer Eigenständigkeit beraubt, sie müssen keine Verantwortung für das, was sie tun und getan haben, übernehmen. Dabei ist es entscheidend, dass der Drogenabhängige erkennt, dass er letztlich nicht Opfer, sondern Täter gegen sich selbst ist. Es gibt sehr wenige Süchtige, die sich zurückbesinnen können oder wollen, dass der Entscheid, Drogen zu nehmen, ihr

⁶⁹ Gespräch März 2009 mit Adrian Bösch. Leiter ESTA Klinik Reinach, Schweiz

eigener Entscheid war. Wenn ein Süchtiger sich dieses Entscheides bewusst wird, wenn er im Sinne des anthropologischen Dreischritts in menschlicher oder geistiger Begegnung „geweckt“ wird, dann hat er die Möglichkeit, im Hier und Jetzt ein drogenfreies Leben zu wählen. Dies jedenfalls war der Befund nach der Analyse des hier dargestellten Fallbeispiels.

Offen ist noch die Frage, ob dieses Fallbeispiel verallgemeinerbar ist.

Eingangs erinnerten wir daran, dass in der Biographieforschung die Frage erörtert wird, inwieweit es möglich ist, die wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnisse am Einzelfall zu verallgemeinern. Es handelt sich hier, so sagten wir, um die Frage nach der Tragfähigkeit abduktiv⁷⁰ gewonnener, logischer Schlussfolgerungen. In den Sozialwissenschaften ist es durchaus üblich, von einem Fall oder auch von mehreren Fällen auf gesellschaftlich relevante, allgemeine Muster zu schliessen. Diesen Schluss haben wir uns in der vorliegenden Arbeit versagt. Er erschien uns zu unsicher. Stattdessen versprachen wir, noch einige Hinweise auf mögliche Anschlussforschungen zu geben. Ob die an dem hier vorgelegten Einzelfall gewonnen Einsichten verallgemeinerbar sind, wäre, so urteilten wir, an entsprechender empirischer Feldforschung zu prüfen.

Die Fragestellung ist eindeutig. Unser hermeneutisch-phänomenologischer Befund führte zu der Einsicht, dass genau bestimmte qualitative „Selbstwahlakte“ notwendig sind für eine gelingende Drogentherapie. Gilt das nur für unseren Fall oder ist diese Erkenntnis verallgemeinerbar? Wann gilt unser Satz? Nur im Einzelfall, bei typischen Fällen oder immer, also gesetzmässig? Lässt sich so etwas wie das Phänomen eines Selbstwahlaktes mit der Konsequenz einer Metanoia der ganzen Person überhaupt empirisch-analytisch erheben? Wie sähen die Operationalisierungen aus? Führen sie möglicherweise zu anthropologischen Reduktionen, hinter denen dann ihre qualitative Substanz ganz oder teilweise verschwände?

Diese Fragen sollen nur andeuten, welchen Schwierigkeiten sich eine hier anzuschliessende empirisch-analytische Studie zu stellen hat.

⁷⁰ Vgl. M. Kohli: Soziologie des Lebenslaufs, Darmstadt 1978; W. Fuchs-Heinritz: Biographische Forschung, Einführung in Praxis und Methoden, Wiesbaden, 3. Aufl. 2005

8. Anhang: Zahlen zu stationären Therapien und deren Erfolg

Es ist nicht einfach, verlässliche Statistiken zum Therapieerfolg unterschiedlicher Therapien aufzustellen, da zu viele, nicht vergleichbare Faktoren ein Ergebnis verfälschen können. Es ist aber gerade für die Forschung sowie für die Zuteilung der finanziellen Mittel an die verschiedenen Institutionen wichtig, über deren Wirkung und Erfolg Hinweise zu erhalten. Im Rahmen des vom Bund finanzierten Forschungsprojektes „Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie“, eine empirische Analyse zu „Therapieerfolg“, Ressourcen, Barrieren und Attribution“⁷¹ (Anja Dobler-Mikola, Esther Grichting & Denise Hampson) konnten doch wichtige allgemeine Tendenzen festgestellt werden:

Untersucht wurden im Jahr 1999 gesamthaft **432** aus einer Drogentherapie im Jahr 1997 Austretende. Von diesen wünschten **16** ausdrücklich keine Befragung, **12** konnten aus verschiedenen Gründen nicht erreicht werden oder lieferten ihre Daten zu spät. Das ergab ein Total der zu Befragenden von **404** Personen.

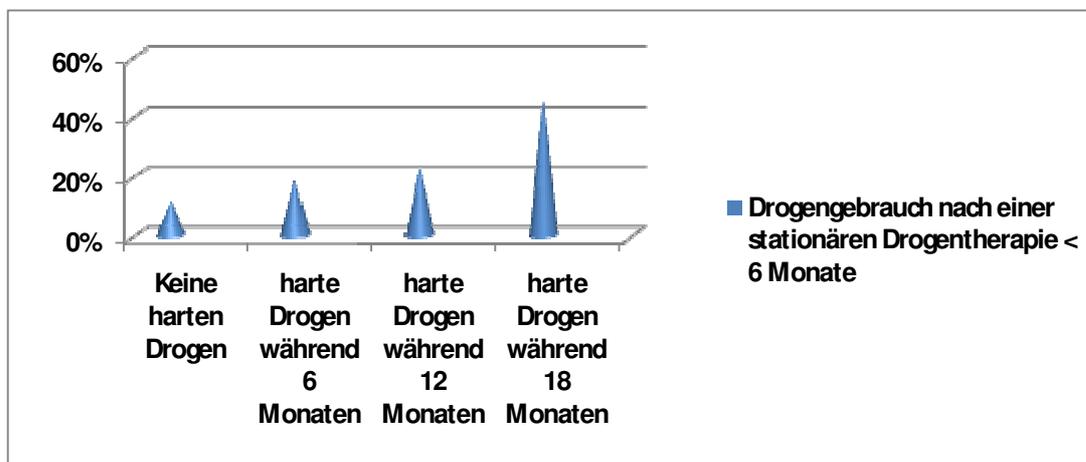
Nun galt es Interviews durchzuführen, **189** Personen erklärten sich dazu bereit. Interessant sind die Gründe, die für die nicht möglichen Interviews gegeben wurden, es handelt sich immerhin um fast die Hälfte der zu Befragenden (**197**). Davon weigerten sich **18** (4,5%) aktiv teilzunehmen, **114** (28,2 %) „passiv“, eine normale Erscheinung beim Rücklauf von Fragebogen. Verstorben waren immerhin **18** (4,5%), eine grosse Zahl bei einer mehrheitlich jungen Menge von Personen. Es kamen noch **7** (1,7 %) Verreiste oder Ausgewanderte dazu und **58** (14,4%) Unauffindbare .

Es blieben demnach **189** (46%) zu Interviewende.

⁷¹ FOS, Forschungsverbund stationäre Suchttherapie, Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 105 / 2000, Vertrag Nr.316.98.8080

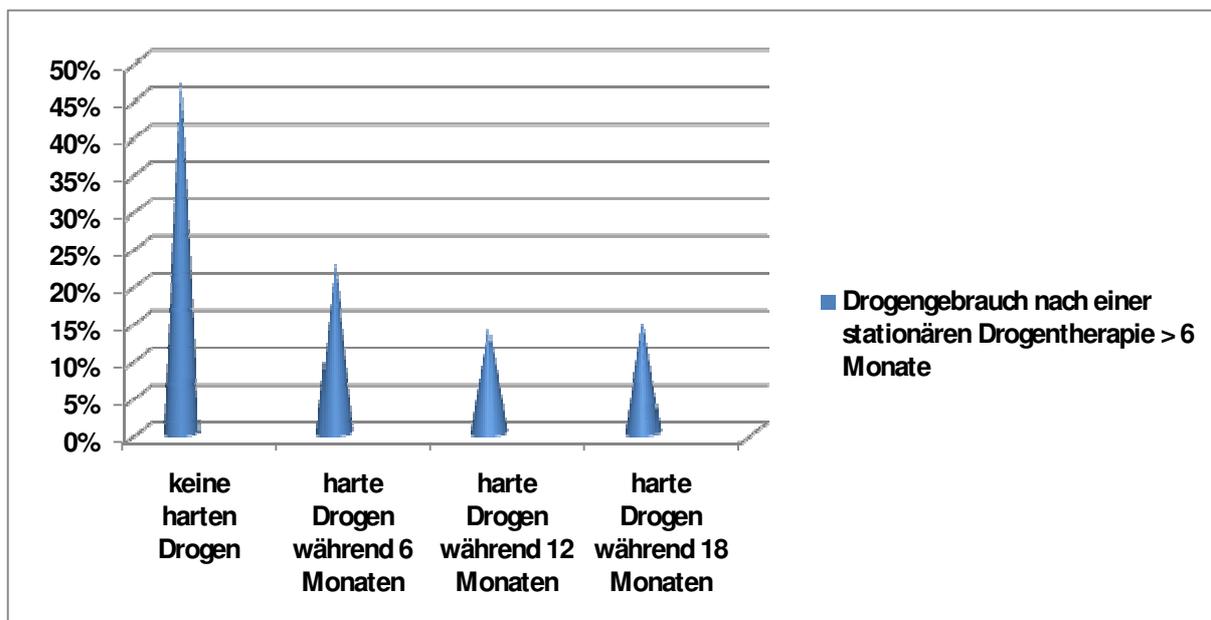
Statistik Nr. 1

Resultate in Bezug auf Drogenkonsum nach einer stationären Drogentherapie von weniger als 6 Monaten:



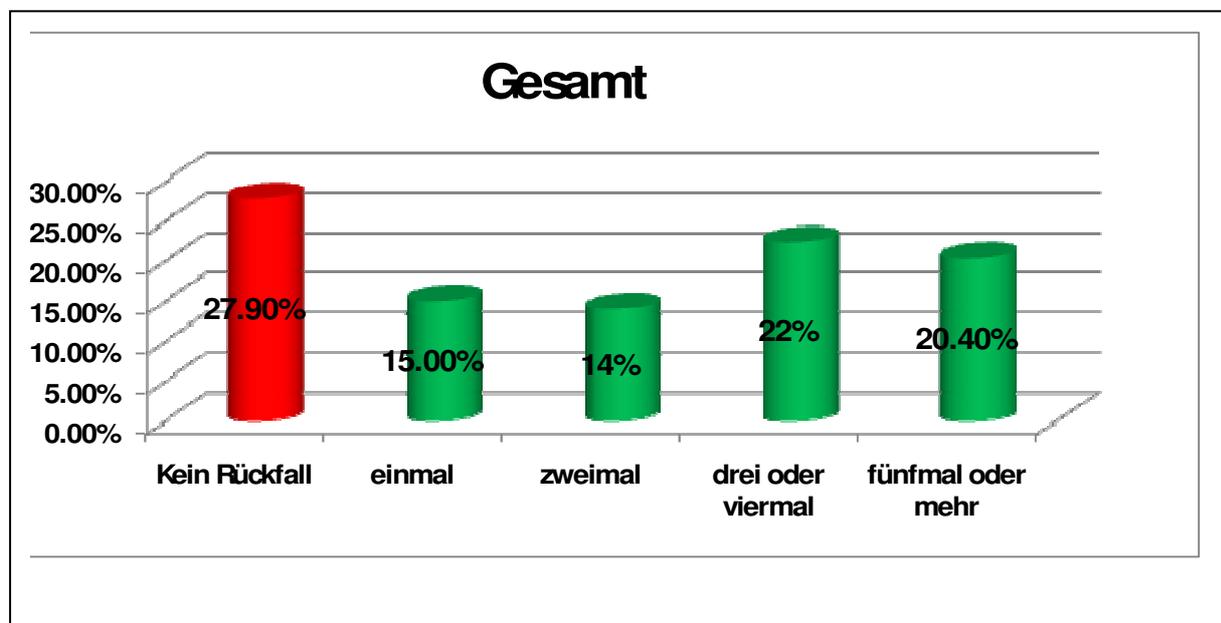
Statistik Nr. 2

Resultate in Bezug auf Drogenkonsum nach einer stationären Drogentherapie von mehr als 6 Monaten



Die Statistiken zeigen klar, dass ein regulärer Austritt aus einer Therapie, so wie die Dauer einer Therapie einen grossen Einfluss auf den Erfolg der Therapie haben. Die 3. Statistik⁷² gibt einen Überblick über die Rückfälle während der Therapie, bei dieser Zusammenstellung wurde nicht nach Länge der Therapie unterschieden. 27.9% der Klienten und Klientinnen geben an, während der Therapie keine Rückfälle hinsichtlich ihrer Therapieziele erlebt zu haben, bzw. die Therapeuten und Therapeutinnen geben an, dass keine Rückfälle stattgefunden haben.

Statistik Nr. 3 Rückfälle



Dabei muss berücksichtigt werden, dass sich die 27.9 % auf die Gesamtmenge der Austritte bezieht, demnach nur 55 von 432 Personen sind, dies entspricht 12.7% der gesamten Austritte.

⁷² FOS, Forschungsverbund stationäre Suchttherapie, Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 105 / 2000, Vertrag Nr.316.98.8080

9. Bibliographie

- Barsch, Gundula: Von der Suchtprävention über die Risikokompetenz zur Drogenmündigkeit, Hochschule Merseburg, 2005
- Bundesamt für Gesundheit: Drogenpolitisches Engagement des Bundes 2006 – 2011, Bern 2005
- Bundesamt für Gesundheit: Die Drogenpolitik der Schweiz, Drittes Massnahmen-Paket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006-2011, Bern 2006
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Bern 1999
- Castaneda, Carlos: Die Lehren des Don Juan. Ein Yaqui-Weg des Wissens. 2. Auflage Frankfurt/Main 1976
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen, EKDF, „psychoaktiv.ch“. Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen, Bern 2005
- Engelke Ernst: Die Wissenschaft Soziale Arbeit, Freiburg i.Br. 2004 in 2.Auflage
- Frankl, Viktor E.: Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn, TB Neuauflage München 1985
- Freud Sigmund, 1856 – 1939, Begründer der Psychoanalyse, an der Entdeckung der schmerzstillenden Wirkung von Kokain beteiligt; Bankl, Hans. Freud und das Kokain. In: Woran sie wirklich starben. Krankheiten und Tod historischer Persönlichkeiten, Wien 1992, 3.A.; S.202-204.
- Fromm Erich: Anatomie der menschlichen Destruktivität, Stuttgart 1974: darin: Die böartige Agression: Nekrophilie, S. 295-334
- FOS, Forschungsverbund stationäre Suchttherapie, Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 105 / 2000, Vertrag Nr.316.98.8080 (Anja Dobler-Mikola, Esther Grichting & Denise Hampson)
- Fuchs-Heinritz, W.: Biographische Forschung, Einführung in Praxis und Methoden, Wiesbaden, 3. Aufl. 2005
- Gadamer, H.-G., Platos dialektische Ethik, Hamburg 1968
- Glauser Friedrich, 1896 – 1938, mehrfach wegen Konsum von Morphinum verhaftet oder interniert. Ders.: Das erzählerische Werk Bd 1-4, Zürich 2006
- Gordon Thomas: Familienkonferenz, Hamburg 1972
- Gruen Arno: Der Verrat am Selbst, München 1986

- Hafen, Martin: Die Funktion der Prävention für die Gesellschaft, In: Fachzeitschrift „Prävention und Gesellschaft“, 1/01
- Huber Karl-Heinz: Bildung für eine gelingende Zukunft? Ein Beitrag zur Rekonstruktion der Pädagogik von Hans Wittig, Frankfurt a. Main 2004
- Huber Karl-Heinz: „Kultur“ vor und nach der „weltgeschichtlichen Wendezeit, bzw. „Achsenzeit“, in: Ders.: Bildung für eine gelingende Zukunft? Frankfurt a.M. 2004, S. 206 - 223
- Hofmann Albert : LSD – mein Sorgenkind. Die Entdeckung einer „Wunderdroge“, Stuttgart 1979; 2. Aufl. 2001
- Ders.: Pflanzen der Götter. Die magischen Kräfte der Rausch- und Giftgewächse (mit Richard E. Schultes) . Bern 1980
- Huxley, Aldous: Die Pforten der Wahrnehmung. Meine Erfahrung mit Meskalin, München 1954; Neuausgabe 1964
- INFODROG, Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht: Stationäre Suchttherapie Schweiz, Finanzierung, Bern 2006
- Jaspers Karl: Vom Ursprung und Ziel der Geschichte, München 1949
- Jaspers Karl: Die massgebenden Menschen, München 1957
- Kamlah Wilhelm: Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik, Mannheim/Wien/Zürich 1972, darin: Zweiter (normativer und eudämo-nistischer) Teil: Ethik, S. 91 -182
- Kamlah Wilhelm: Der Mensch in der Profanität, Versuch einer Kritik der profanen durch die vernehmende Vernunft, Stuttgart 1949
- Kern P./ Runde P.: Identität und Rolle, in: Pädagogische Rundschau 1977, S. 705 ff.
- Kern P./Runde P.: Bildungsvoraussetzungen in der politischen Erwachsenenbildung, 3 Bde., Forschungsbericht für die Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 1977
- Kern P. / Wittig Hans-Georg: Pädagogik im Atomzeitalter, Freiburg i.Br. 1984 in 2., erweiterter Auflage
- Kern P. / Wittig Hans-Georg: Lernen im Atomzeitalter – Erschliesst „vernehmende Vernunft“ Zukunft? In: L.van Dick (Hg.): Lernen in der Friedensbewegung, Weinheim 1987, S. 120-126
- Kern P. / Wittig Hans-Georg: Notwendige Bildung Frankfurt/M. 1985

- Kern Peter. : Wertewandel und Medizin, in ; PRAXIS, Schweizerische Rundschau für Medizin, 96. Jg. 2007, S. 287 - 295
- Kohli, M.: Soziologie des Lebenslaufs , Darmstadt 1978
- Mäder, Felix: Zorn und Zärtlichkeit. Eine Ideengeschichte der Suchtprävention, Lausanne 2000
- Narcotics Anonymous: Leitfaden zur Schrittarbeit, ungenehmigter Übersetzungsentwurf, konferenzgenehmigte NA-Literatur Copyright 1998, 2002
- Pestalozzi Johann Heinrich, Meine Nachforschungen über den Gang der Natur in der Entwicklung des Menschengeschlechts (1797), Ders.:Sämtliche Werke, (kritische Ausgabe). Begründet und hg. von Arthur Buchenau /Eduard Spranger/ Hans Stettbacher/später Emanuel Dejung. Berlin, Leipzig, Zürich 1927- 1996
- Rothfelder Andrea: Das Konzept der „ Metaphysisch offenen integrierenden pädagogischen Anthropologie“ von Peter Kern und Hans-Georg Wittig. Materialien für eine zukunftsfähige Pädagogik, als MS vervielfältigt, Freiburg i. 2005
- Seiffert Helmut: Einführung in die Wissenschafts-Theorie , München 1972 in 4. Auflage
- Sloterdijk, Peter: Du musst dein Leben ändern, Frankfurt/M. 2009
- von Weizsäcker, Carl Friedrich: Die Geschichte der Natur, Göttingen 1954
- von Weizsäcker, Carl Friedrich: Zumutungen der Freiheit, in: Über die Freiheit, Hsg. von Max Horkheimer/ Karl Rahner /Carl Friedrich von Weizsäcker, Stuttgart 1965
- von Weizsäcker, Viktor: Warum wird man krank? Ein Lesebuch, Frankfurt/Main 2008
- Wittig, Hans: Anspruch und Chance einer metaphysisch offenen Pädagogischen Anthropologie, in: Pädagogische Rundschau, 1968, S. 1-19
- Wittig Hans-Georg: Wiedergeburt als radikaler Gesinnungswandel. Über den Zusammenhang von Theologie, Anthropologie und Pädagogik bei Rousseau, Kant und Pestalozzi, Heidelberg 1970

Internet

www.aidsinfo.ch www.journalmed.de www.infodrog.ch www.wikipedia.ch

10. Dank

Der Autor dankt Herrn Prof. Dr. P.Kern für unermüdliche Hilfe und Begleitung bei der Projektierung, der Durchführung und der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit.