

Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin  
(Direktor: Prof. Dr. MÜLLER-HESS).

## Zur Frage der Rückfallverhütung bei Süchtigen\*.

Von

FRIEDRICH BSCHOR.

Die Bekämpfung der Rauschgiftsucht ist, wie MÜLLER-HESS auf der Jahrestagung der Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin 1951 in Berlin betonte, ein öffentliches Anliegen. Das wirksamste Mittel zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht ist die gesetzlich geregelte Herstellungs- und Verbreitungskontrolle bei denjenigen Rauschgiften, welche therapeutischen Zwecken dienen und das generelle Herstellungs- und Verbreitungsverbot therapeutisch nicht benötigter Suchtgifte (z. B. Haschisch). Die moderne Rauschgift-Gesetzgebung hat in allen Kulturnationen zu überzeugenden Erfolgen geführt und verspricht durch zunehmend sich verbessernde internationale Zusammenarbeit die Rauschgiftsucht weiter einzudämmen. Welche erstaunlichen Erfolge eine strikte Produktions- und Verbrauchskontrolle erzielen kann, zeigt das Beispiel des Opiumrauchens auf Formosa. Während auf Formosa im Jahre 1900 noch 6% der Gesamtbevölkerung süchtige Opiumraucher waren, ging im Zuge konsequent durchgeföhrter gesetzlicher Maßnahmen die Zahl der Opiumsüchtigen ständig zurück, um 1937 nur noch 0,23% zu betragen (TSUNGMIN-TU).

Trotz der in Deutschland bestehenden Gesetze (die allerdings reformbedürftig sind, vgl. MÜLLER-HESS), verfallen Jahr um Jahr Menschen aller Bevölkerungsschichten in süchtige Abhängigkeit von Rauschgiften. Diese Süchtigen bedürfen der Heilung. — Wie SCHMIEDER dargelegt hat, gliedert sich die Heilung des Rauschgiftsüchtigen in verschiedene Phasen. Der unmittelbaren Giftentziehung folgt die Entwöhnung sowie die Behandlung der in der Folge chronischer Vergiftung eingetretenen vegetativen Dysregulationen. Im Falle erfolgreichen Behandlungsverlaufs schließt sich nun die psychische Festigung des Rekonvaleszenten an. Nach Entlassung aus stationärer Behandlung geht es um die soziale Wiedereingliederung, um die berufliche und menschliche Bewährung.

Die folgenden Ausführungen gelten der letzten Phase, der Wiedereingliederung des durch die abgeschlossene 6monatige Entziehungskur entgifteten und entwöhnten früheren Süchtigen, bei dem auch die vegetative Dysregulation im wesentlichen behoben ist. Die Forderung,

\* Meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. MÜLLER-HESS zum 70. Geburtstag gewidmet.

nach Abschluß der Entziehungskur *Maßnahmen zur Rückfallverhütung* durchzuführen, wurde seit langem und von zahlreichen Autoren erhoben (KRAEPELIN, FRAENKEL und JOEL, MEGGENDORFER, ANSLINGER, POLONIO, WOLFF, ZECH). Eine auf größere Erfahrungen gestützte Berichterstattung über Art und Weise sowie über die Erfolge einer solchen Nachbehandlung fehlt indes im Schrifttum trotz des Umfanges, den die wissenschaftliche Bearbeitung des Suchtproblems seit Jahren beansprucht.

Die Antwort auf die Frage, in welcher Weise eine solche rückfallverhütende Nachkontrolle durchgeführt werden soll, wird verschieden lauten, je nachdem, aus welchem Blickwinkel man das Suchtproblem betrachtet. Erfahrungen an bereits kriminell gewordenen und dabei einsichtslosen Süchtigen werden zu anderen Feststellungen führen als Erfahrungen an einsichtigen Suchtkranken, welche zunächst den Wunsch nach Heilung und nach der Kur den ernsten Willen, rückfallfrei zu bleiben, aufweisen.

Der hier vertretene Standpunkt wurde gewonnen aus der Arbeit an straffällig gewordenen Süchtigen, welche unfreiwillig Heilmaßnahmen unterworfen worden waren. Solche Süchtige zeigen 2 Seiten: Sie sind — als Individuen gesehen — krank, sind aber gleichzeitig — von der Gemeinschaft her gesehen — gefährlich oder doch in hohem Maße belastend. Dies ist besonders deutlich beim süchtigen Arzt, gilt aber ebenso für Angehörige anderer Berufe. Wird also der behandelte Süchtige in den Jahren nach der Kur wieder rückfällig, so gerät er nicht nur erneut in einen krankhaften Zustand, sondern wird wiederum für seine engere und weitere Umwelt zum Problem. Wird der Rückfall verhütet, so wird unter anderem auch verhindert, daß der betreffende, an sich sozial angepaßte Mensch eventuell wieder gefährlich wird. Mit anderen Worten: Rückfallverhütung treiben heißt, sich darum bemühen, daß die Lebensführung eines früheren Süchtigen in einer den Belangen und Forderungen der Gesellschaft entsprechenden Ordnung verläuft. Das in der Rauschgift-Gesetzgebung, also der Rauschgiftbekämpfung im nationalen und internationalen Rahmen zum Ausdruck kommende *Prinzip der Ordnung* hat auch für den einzelnen Süchtigen Gültigkeit.

Die entscheidende Frage ist nun: Sind Maßnahmen, die mit einer irgendwie gearteten Form von Zwang einhergehen, geeignet, den Rückfall eines früheren Süchtigen zu verhindern?

SCHMIEDER spricht sich nachdrücklich für solche Maßnahmen aus und empfiehlt, daß der Patient selbst die Wahl des Arztes, welcher die erzwungene Nachbehandlung durchführt, vornehme. KIELHOLZ hält grundsätzlich eine psychotherapeutische Nachbehandlung für erforderlich und betont, daß ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und früherem Süchtigen bestehen müsse. Diese letztere Auffassung wäre berechtigt, wenn sich die gesamte Behandlung des Rauschgiftsüchtigen

generell in 2 Abschnitte unterteilen ließe: a) die somatologisch zu sehende Entgiftung und Entwöhnung und b) die auf psychotherapeutischem Wege durchzuführende Behebung der Persönlichkeitsstörung. Einer solchen Auffassung liegt die Hypothese zugrunde, daß die Entstehung der Sucht auf einer durch Psychotherapie behebbaren (psychogenen) Fehlentwicklung beruhe. In dem einen oder anderen Falle trifft diese Annahme zweifellos das Richtige, kann aber nicht verallgemeinert werden. Allein die Tatsache, daß viele Süchtige nach Zwangsentziehung rückfallfrei bleiben und — nachdem sie erst einmal vom Rauschmittel freigekommen sind — ein zufriedenes, erfolgreiches und geordnetes Leben führen, ohne daß sie psychotherapeutisch behandelt wurden, spricht gegen die erwähnte Hypothese.

Die Forderung nach Maßnahmen zur Rückfallverhütung bliebe im Falle der Freiwilligkeit praktisch gegenstandslos, denn nur wenige Süchtige haben selbst den Wunsch nach solchen Maßnahmen. Die große Mehrzahl würde ihrem Schicksal überlassen bleiben. Wäre der freiwillige Weg gangbar, man fände zweifellos im großen Schrifttum über Sucht und Suchttherapie wenigstens die eine oder andere Arbeit, die der Frage der Nachbehandlung und Nachkontrolle gewidmet wäre. Es sei noch einmal betont, der eine oder andere Süchtige wünscht Psychotherapie und bedarf ihrer auch. Bei der Mehrzahl der Süchtigen hieße es indes die Wirklichkeit erkennen, wollte man bei ihnen etwa nach frühkindlichen Traumen und komplizierten psychogenen Fehlentwicklungen suchen. Es sind unseres Erachtens überwiegend Gegebenheiten konstitutionell-charakterologischer Art, denen bei der Suchtentstehung Bedeutung zukommt und die meist nicht zu beseitigen sind. Es ist nicht Gegenstand dieser Untersuchung, die Charakterologie der Süchtigen zu erörtern, doch bedarf es zur Behandlung des Themas „Kontrollmaßnahmen“ einer kurzen Orientierung über diejenigen Persönlichkeitsmerkmale, denen bei der Suchtentstehung und beim Zustandekommen des Rückfalls besondere Bedeutung zukommt. Man spricht gerne von Haltschwäche und von der Neigung zu dysphorischen Verstimmungen, wenn man den Charakter des Süchtigen zu beschreiben versucht. Doch weder die Haltschwäche noch die Neigung zur dysphorischen Verstimmung führen an sich zur Sucht. Es ist unseres Erachtens vielmehr ein schwer zu beschreibendes Ineinandergreifen von Faktoren der Willens- und der emotionalen Sphäre bei gleichzeitiger Auswirkung auf die intellektuellen Funktionen.

Beim Hinzukommen äußerer Belastungen, bei der Entwicklung situationsbedingter Konflikte erweisen sich nun solche Persönlichkeiten als suchtgefährdet. Die *typische Rückfallsituation* ist diese: Eine bestimmte Belastung führt zu einer als unangenehm empfundenen Verstimmung. Der reaktive Impuls richtet sich nun nicht gegen die Belastung als solche (wie im Regelfalle bei dem Durchschnittsmenschen),

sondern zielt ab auf die Beseitigung der Verstimmung. Mit dieser Fehlorientierung des Impulses nach innen (statt nach außen) geht parallel eine Verschiebung im Gefüge der Wertungen. Die eigene Lage wird unkritisch beurteilt, insbesondere auch die Bedeutung der eigenen Person für andere, etwa für Familienangehörige. An die Stelle des den realen Bedingungen gerecht werdenden Wertsystems tritt eine unverbindliche Gleichgültigkeit dem eigenen und dem Schicksal der Angehörigen gegenüber. Der Ausweg aus der als quälend empfundenen Verstimmung wird in der Zufuhr des Betäubungsmittels gesucht und gefunden. Und damit setzt ein Circulus vitiosus ein. Denn die nächste Belastung trifft nun einen bereits wieder auf der Flucht befindlichen Menschen. Ob man Menschen, welche in einer solch ausweichenden Weise auf Belastungen antworten, als weich, haltschwach, labil, psychasthenisch oder anderswie bezeichnet, bleibt sich ziemlich gleich. Wichtig ist im Zusammenhang mit unserem Thema, daß es Wege gibt, diesen psychasthenischen Reaktionsweisen des suchtdisponierten Menschen zu begegnen.

Man kann zunächst die Belastungen verringern, denen der frühere Süchtige nach Beendigung der Kur gegenübersteht. Dies ist der (hier nicht näher zu erörternde) fürsorgerische Weg, den z. B. die Betreuungsstellen für Suchtkranke beschreiten: Vermittlung geeigneter Arbeits- und Wohnmöglichkeiten, finanzielle Hilfe, Beratung von Angehörigen.

Weitere Möglichkeiten bestehen in einer Beeinflussung der Willenssphäre und der Selbstbewertung des Rückfallgefährdeten. Bevor auf diese Fragen näher eingegangen wird, sollen zunächst die am Institut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin durchgeführten Kontrollmaßnahmen besprochen werden.

Das Institut führt unter Prof. MÜLLER-HESS seit 1930 systematische Kontrollmaßnahmen durch, die sich in der Regel jeweils über den Zeitraum von 2 Jahren nach Abschluß der Entziehungskur erstrecken. Es handelt sich dabei um Patienten, die wegen einer im Zusammenhang mit ihrer Sucht begangenen strafbaren Handlung begutachtet wurden, bei denen die Voraussetzungen der §§ 51, Abs. 1 oder 2 und (seit 1934) 42b StGB zu bejahen waren und welche daraufhin gerichtlich auf die Dauer von 4—6 Monaten in einer Heilanstalt<sup>1</sup> untergebracht worden waren. Nach Abschluß der stationären Kur erfolgte die Beurlaubung, bzw. die bedingte Entlassung nach § 42h StGB unter Erteilung bestimmter Auflagen (vgl. MÜLLER-HESS, MÜHLAU). Die nunmehr zu beschreibenden Maßnahmen zur Rückfallverhütung schließen sich unmittelbar an die Beurlaubung an.

Praktisch wird so vorgegangen, daß die Kontrollpatienten in unregelmäßigen Abständen (8 Tage bis 6 Wochen) in das Institut bestellt werden und an 3 aufeinanderfolgenden Tagen erscheinen. Der Unter-

<sup>1</sup> Meist Heil- und Pflegeanstalt Berlin-Wittenau.

sucher verschafft sich zunächst einen Eindruck von dem allgemeinen Gesundheitszustand. Das Körpergewicht wird als wichtiges Kriterium regelmäßig gemessen. Auf eventuelle Einstichstellen und Intoxikations- bzw. Entziehungssymptome wird geachtet (Tremor, Schweißausbruch, Pupillenreaktion). Durch regelmäßige chemische Urinanalysen auf Opiate, Pervitin, Dolantin, Cliradon, Dromoran, Polamidon (Nachweismethoden vgl. VIDIC) wird geklärt, ob und welche Mittel zugeführt werden. Besondere Beachtung gilt der psychischen Verfassung. Ferner wird der berufliche Werdegang des Patienten genau verfolgt. Bei der Mehrzahl der Patienten gelingt es, ein Vertrauensverhältnis zum Untersucher — der seine Fälle in der Regel über einen längeren Zeitraum behält — herzustellen, so daß Aussprachen über berufliche, familiäre und emotionale Konflikte geführt werden können.

Ist nun der Patient während der 2 Jahre der Nachbeobachtung rückfallfrei geblieben, so wird vom Gericht (nach befürwortender Stellungnahme durch das Institut) die bedingte Entlassung in die endgültige Entlassung nach § 42h StGB umgewandelt.

Ein recht ernst zu nehmender Gerichtsbeschuß verleiht diesen Maßnahmen Nachdruck. Kommt nämlich der Beobachtungspatient mehrmals den Einbestellungen in das Institut nicht nach, so muß er gewärtigen, daß sich die Rauschgiftstelle beim Polizeipräsidium wiederum für ihn zu interessieren beginnt.

Die dem früher Süchtigen bei der Entlassung aus der stationären Kur erteilte Auflage stellt ihn vor die Alternative, entweder ein geordnetes Leben zu führen und eventuellen Versuchungen, wieder Betäubungsmittel zu konsumieren, zu widerstehen oder im Falle des Rezidivs erneut in der Heilanstalt untergebracht zu werden. Wir zweifeln nicht daran, daß die konsequente Durchführung der beschriebenen Nachuntersuchungen zahlreiche Süchtige darin bestärkt, den für sie selbst, ihre Angehörigen und die Gemeinschaft fruchtbaren ersten Weg zu gehen.

*Beobachtung 1. Gertrud R., 45 Jahre alt, verheiratet. Der Ehemann ist seit vielen Jahren berufsunfähig (Tbc. pulm.) und lebt von geringfügiger Rente. — Frau R. hat 1942 wegen chronischer Stirnhöhleneiterung durch eine praktische Ärztin Pervitin verschrieben bekommen. Zunächst regelmäßiger Verbrauch von 8—10 Tabletten. Bis 1946 Steigerung auf 40 Tabletten täglich. Verkaufte schließlich Kleider des Ehemannes und eine Zimmereinrichtung, um sich Schwarzmarktartikel (Zigaretten und Bohnenkaffee) beschaffen zu können. Tauschte damit Pervitin ein. Wegen Suchtverdachts 1946 durch die Rauschgiftstelle beim Polizeipräsidium Berlin im Institut vorgeführt. Der chemische Pervitin-nachweis war zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, so daß eine Sucht nicht sicher nachweisbar war, wenn sie auch selbst angab, zeitweise von Pervitin völlig abhängig gewesen zu sein; keine Kur. R. hat nun — nach kurzer Abstinenz — weiterhin Pervitin in hohen Dosen verbraucht und 1948 wieder eine Menge von 40 Tabletten täglich erreicht. Wegen extremer Vernachlässigung des Haushalts und erneuten Verkaufs von Hausrat wandte sich der Ehemann, welcher der Pflege durch die Frau dringend bedurfte, an die Polizei. Nach Feststellung der Sucht durch das Institut Mai bis*

Oktober 1948 Durchführung einer 6monatigen Entziehungskur. Im Frühjahr 1949 anlässlich einer schmerzhaften Geschwulst an den Lippen wiederum rückfällig geworden, hat mehrere Ärzte gleichzeitig aufgesucht, ferner Rezeptfälschungen begangen. Aus äußeren Gründen (Blockade und Verlegung des Instituts) konnte Frau R. in dieser Zeit nicht in das Institut bestellt werden, auch war der chemische Pervitinnachweis im Urin noch nicht routinemäßig möglich. Zweite Entziehungskur November 1949 bis April 1950. Seither häufige Nachuntersuchungen. Frau R. blieb frei von Pervitin, wirkt jetzt recht gepflegt. Sie versorgt nach Angaben des Ehemannes den Haushalt wieder ordentlich und pflegt neben ihrem Ehemann noch die beiden inzwischen erkrankten Eltern.

An diesem Fall wird deutlich, daß der süchtige Verbrauch von Pervitin dieselben sozialen Auswirkungen hat und das Niveau der Persönlichkeit ebenso senken kann wie der Opiatabusus. Bei Frau R. konnte nach der ersten Entziehungskur aus äußeren Gründen keine optimale Nachkontrolle durchgeführt werden. Obwohl diese erste Kur ausreichend lange (6 Monate) dauerte, erfolgte der Rückfall sehr rasch. Erst als nach der zweiten (kürzeren) Kur eine systematische Nachkontrolle — nicht zuletzt wegen des jetzt erst zur Verfügung stehenden Pervitinnachweises — gewährleistet war, konnte die während mehrerer Jahre ungeordnete Lebensführung der Patientin wieder Festigkeit gewinnen. Sie ist jetzt ihrem Ehemann und ihren gebrechlichen Eltern eine wertvolle Pflegerin.

*Beobachtung 2. Gisela S.*, 40 Jahre alt, verheiratet, Serviererin, früher auch als Blumenverkäuferin tätig gewesen. Der Ehemann ist Ausländer, verließ 1944 Deutschland, gab keine Nachricht mehr. Frau S. erhielt wegen Gallenschmerzen 1945/46 Morphin, Dilaudid und Dolantin, injizierte sich schließlich Opiate auch ohne körperliche Beschwerden und gelangte, süchtig geworden, bis Herbst 1946 auf 8 Ampullen täglich. Rezeptdiebstähle, Rezeptfälschungen. Aufsuchen zahlreicher Ärzte. Nach Untersuchung im Institut erste gerichtlich angeordnete Entziehungskur Dezember 1946 bis Dezember 1947. Bei 2tägigem Urlaub im Juni 1947 unmittelbar nach Verlassen des Anstaltsgebäudes Morphinbeschaffung unter Vortäuschung schmerzhafter Erkrankung. Mehrere Injektionen während des 2tägigen Urlaubs. Nach Entlassung Dezember 1947 konnten zunächst Kontrollen durchgeführt werden, mußten aber im Sommer 1949 aus äußeren Gründen (Verlegung des Instituts) unterbrochen werden. Nach dem Tod der Mutter und anschließendem Erbschaftsstreit Rückfall im Herbst 1949. Zweite Entziehungskur Februar bis Oktober 1950. Anschließend regelmäßige Kontrollen in mehrwöchigen Abständen. Am 5. 11. 51 ging Frau S. zu einem ihr bis dahin fremden praktischen Arzt, klagte über Gallenschmerzen, erhielt eine Morphininjektion, wollte Morphinrezept, gab dabei falschen Namen an. Der Arzt schöpfte Verdacht, informierte das Rauschgiftdezernat. Frau S. wurde nun durch eine Funkwagenstreife festgenommen, dem Rauschgiftdezernat zugeführt, in Polizeihaft verbracht. Unternahm dann einen Suicidversuch durch Anstechen der linken Cubitalvene mit einer Haarnadel. Wenige Stunden hernach ärztliche Untersuchung. Dabei wurden 3 frische Injektionsstellen am rechten Oberschenkel festgestellt. Frau S. war ängstlich-verzagt, weinlich, dabei einsichtig. Keine Einweisung, Entlassung nach Hause. In den nächsten Tagen Kontrollen (6., 9., 10., 12. und 27. November). Weitere Kontrollen in größeren Abständen. Bis heute (Februar 1953) rückfallfrei geblieben. Körperlich o. B., guter Allgemeinzustand. — Frau S. war nach 1944, als sie von ihrem Ehemann verlassen worden war, allein geblieben, fand keine Dauerstellung in ihrem

Beruf, war als Aushilfe gelegentlich tätig. Lebt seit 2 Jahren in eigener Wohnung mit einem 48 Jahre alten schwer herzkranken Invaliden zusammen, den sie pflegt und der sehr an ihr hängt. Bewirtschaftet mit ihm gemeinsam ein Laubengrundstück, züchtet Kleintiere. Lebt von Arbeitslosenunterstützung. Anfang 1952 wegen Doppelbezugs von Arbeitslosen- und Sozialunterstützung zu 3 Monaten Gefängnis verurteilt worden. Während der letzten Jahre gelegentlich Aushilfe in Gaststätten. Bei den Kontrolluntersuchungen, zu denen sie nicht immer pünktlich kam (Tierhaltung), meist ruhig, gelassen, selbstsicher, in Gestik, Mimik und Sprache etwas geziert, gewollt damenhaft. Stimmungslage meist ausgeglichen, gelegentlich ärgerlich-gereizt, wenn sie glaubte, von Behörden benachteiligt worden zu sein. Zeigt Initiative in der Sorge für den Lebensgefährten. Uninteressiert an Tagesfragen und kulturellen Themen. Ist bestrebt, ein angenehmes Leben zu führen. Ihre Versuche, wieder in Berufsarbeite zu kommen, zeigten wenig Nachdruck (die beruflichen Chancen für arbeitsloses weibliches Gaststättenpersonal jenseits des 35. Lebensjahres sind allerdings in Berlin gering). Offen und vertrauensvoll zum Untersucher, trotz ihres gezierten, zeitweise geradezu theatralischen Verhaltens. Hat in längeren Abständen das Bedürfnis, sich auszusprechen.

Auch bei Frau S. handelt es sich um eine frühere Süchtige, die rückfällig wurde, als sie einerseits in eine Belastungssituation geriet und als andererseits aus äußeren Gründen keine Kontrollen durchgeführt werden konnten. Als sie 1 Jahr nach der zweiten Kur im November 1951 aus unbedeutendem Anlaß auf kriminellem Wege wieder beginnen wollte, sich Morphin zuzuführen, ließ sich ein Rückfall durch konsequent durchgeführte Kontrollmaßnahmen verhindern. Bei Frau S. handelt es sich um einen Typ der an sich prognostisch ungünstig zu beurteilenden Süchtigen: Neigung zu Verstimmungen bei relativ geringer Belastung, berufliche Instabilität, geringe Ausdauer, ungeordnete familiäre Verhältnisse. Der mitgeteilte Verlauf beweist aber, daß auch bei solchen Patienten auf dem Wege der von MÜLLER-HESS ausgearbeiteten Kontrollmaßnahmen Rückfälle verhindert werden können. Unterbleibt der Rückfall, dann unterbleibt auch der Abbau der Persönlichkeit. Frau S., die nach Kriegsende beruflich und ihren menschlichen Beziehungen aus der Bahn geworfen worden war, fand nun vor einigen Jahren einen Gefährten, der ihr einerseits Halt gab, sie andererseits vor Aufgaben stellte, welchen sie gewachsen war und die sie befriedigten. Hinzukam, daß seit 1950 regelmäßige Kontrollen durchgeführt werden konnten. Das Schicksal, ein „hoffnungsloser Fall“ zu werden, blieb Frau S. erspart, obwohl sie die charakterologischen Vorbedingungen zu einem solchen Schicksal aufweist. Sie ist jetzt körperlich gesund, hat eine Aufgabe, bedeutet ihrem Lebensgefährten sehr viel und fällt der Stadt Berlin nicht stärker zur Last als Hunderttausende anderer Unterstützungssempfänger. Dieser durchaus positive Tatbestand wird noch deutlicher, wenn man sich die so trostlosen, genügend bekannten Lebenschicksale chronisch rezidivierender Süchtiger vergegenwärtigt.

Erfahrungen, wie sie bei Frau S. — und ähnlich bei zahlreichen anderen Kontrollen — gesammelt werden konnten, verpflichten unseres

Erachtens dazu, sich der aus der Kur entlassenen Süchtigen *stets* anzunehmen, nicht nur, wenn beim Patienten der Wunsch nach einer ambulanten Fortsetzung der Behandlung besteht. Es gelingt nach den Erfahrungen am Institut recht oft, den rückfallgefährdeten oder im Beginn des Rückfalls befindlichen Patienten durch eingehende Rücksprache zur Einsicht in das Bedenkliche seines Zustandes zu führen. Fühlt nun der Patient Anteilnahme an seinem Schicksal, so gelingt es darüber hinaus nicht selten, in ihm den Wunsch nach „Widerstehen“ zu wecken oder zu vertiefen. Hat er nach den (im Falle des Rückfallbeginns) anzusetzenden täglichen Kontrollen erst wieder einige betäubungsmittelfreie Tage hinter sich gebracht, so kann er der zunächst sehr dicht gelegten Kontrollen nach und nach wieder entbehren und kommt so über kritische Lebenslagen, in denen er ohne Kontrollen rückfällig geworden wäre, hinweg. Oft sind es keineswegs Dauerbelastungen, sondern vorübergehende Konstellationen, welche die Verärgerung und den Impuls zur Betäubungsmittelzufuhr auslösen.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die *Nachbeobachtung* früherer Süchtiger *nur vom Arzt* durchgeführt werden darf und kann. Die Beurteilung eines Zustandes, wie er etwa am 5./6. 11. 51 bei Frau S. (Beobachtung 2) vorlag, wäre ohne allgemeinärztliche, psychiatrische und spezielle suchttherapeutische Erfahrungen und Kenntnisse schlechterdings unmöglich. Kenntnisse allein gestatten allerdings die Bewältigung der in der Nachbeobachtung Süchtiger auftretenden Fragen nicht. Es ist vielmehr die ärztliche Einstellung, der Wille und das Bedürfnis, dem in Bedrägnis geratenen Menschen zu helfen, wodurch erst ein sinnvolles, für den Rückfallgefährdeten und die Gemeinschaft fruchtbare Handeln ermöglicht wird. Und auch dann ist die Entscheidung über die zu ergreifenden Schritte noch schwer genug.

#### *Zusammenfassung.*

Versucht man, die wesentlichsten *Gesichtspunkte zur Frage der Rückfallverhütung durch systematische Nachkontrollen* bei ehemals Süchtigen zusammenzufassen, so ergibt sich unter Verwertung der Erfahrungen unseres Institutes folgendes:

1. Eine der häufigsten und praktisch wichtigsten Situationen liegt dann vor, wenn der frühere Süchtige einer irgendwie gearteten (beruflichen, familiären, körperlich-krankheitsbedingten) Belastung ausgesetzt ist, unter dieser Belastung leidet und dann seine reaktiven Impulse nicht unmittelbar auf die Beseitigung der Belastung, sondern kurzschlüssig auf die Beseitigung der Verstimmung richtet. Der emotionale Spannungszustand wirkt sich dabei auf die intellektuellen Funktionen dahingehend aus, daß die in ausgeglichener seelischer Verfassung das Verhalten bestimmenden Wertungen abgeschwächt oder

aufgehoben werden und die eigene reale Lebenslage unangemessen gleichgültig beurteilt wird. An die Stelle eines sozial fruchtbaren Wertsystems tritt die kurzschlüssige ichbezogene Orientierung an Unlustgefühlen mit der Strebung, diese zu beseitigen. Frühere Erfahrungen mit Betäubungsmitteln bahnen den Entschluß, wieder zum Rauschgift zu greifen. Je kürzer die zeitliche Distanz zum früheren Rauschgiftmißbrauch ist, desto eher kommt dieser Entschluß auch bei unbedeutenden und vorübergehenden Belastungen zustande. Setzt nun der Circulus vitiosus des Rückfalls ein, so wird die bis dahin geordnete Beziehung zur Umwelt immer tiefer gestört. Die Ordnung der Lebensführung leidet. Mit dem allmählichen Abbau zwischenmenschlicher Bindungen erfolgt Abgleiten in die Asozialität und Antisozialität.

2. Rückfallverhütende Kontrollmaßnahmen dürfen nicht den Charakter einer Belastung haben. Auf die berufliche Lage des Kontrollpatienten ist Rücksicht zu nehmen. Ist es einem ehemals Süchtigen wieder gelungen, regelmäßiger Berufsarbeit nachzugehen, so könnten ihm unter Umständen allzu häufig und zeitlich ungünstig gelegte Kontrollen berufliche Nachteile einbringen und somit eine rückfallbegünstigende Belastung für ihn bedeuten. Bei umsichtiger und den Bedürfnissen des Patienten angepaßter Planung der Kontrollen läßt sich diese Gefahr vermeiden.

3. Die Nachbeobachtung hat für den früheren Süchtigen um so weniger den Charakter einer Belastung, je mehr der die Kontrollen durchführende Arzt bestrebt ist, seinen Patienten ernstlich beizustehen.

4. Während die konstitutionelle Neigung zu Ausweichreaktionen bei früher Süchtigen nicht beseitigt werden kann, läßt sich in vielen Fällen durch eine mehrjährige Nachkontrolle vermeiden, daß solche Ausweichtendenzen den Circulus vitiosus des Rückfalls in Gang setzen. Die geeignet angebrachte Warnung, die rechtzeitig ausgesprochene Ermutigung und die Bestärkung des Patienten in den oft vorhandenen guten Vorsätzen bewirken eine Selbstbesinnung und eine Korrektur der in der Rückfallsituation stets gegebenen Selbsttäuschung.

#### Literatur.

- ANSLINGER, H. J.: J. Amer. Med. Assoc. **138**, 609 (1948). — KIELHOLZ, P.: Schweiz. med. Wschr. **1952**, 1325. — MÜHLAU, M.: Ärzt. Wschr. **1951**, 779—787. MÜLLER-HESS, V.: Dtsch. Z. gerichtl. Med. **41**, 345—359 (1952). — POLONIO, P.: Lancet **1947**, 592—594. — SCHMIEDER, F. G.: Ärzt. Mitt. **34**, 309—311 (1949). — TSUNGMING-TU: Bull. Narcotics **3**, No 2, 9—11. — VIDIC, E.: Arzneimittel-Forsch. **3**, 34—41 (1953). — WOLFF, P. O.: The treatment of drug addicts. Bull. Health Organisat. Bd. **12**, No 4.

Dr. FRIEDRICH BSCHOR, Berlin,  
Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität.