

Wilhelm Burian

Psychoanalytische Überlegungen zur Sucht

I. Traditionelle Konzepte

Die traditionelle psychoanalytische Auffassung von Sucht orientierte sich an den Begriff der Libido und des Reizschutzes. Freud und Abraham sahen den Alkoholismus in der Hauptsache als ein Substitut für Homosexualität oder als Ersatz für die Masturbation. Die Untersuchung von Rado über „Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte“ (1929) beschäftigt sich ausführlich mit dem künstlichen Reizschutz nach innen und dem Phänomen des pharmakotoxischen beziehungsweise alimentären Orgasmus. Der Begriff des Reizschutzes ist eng mit dem Trauma beziehungsweise der traumatischen Neurose verknüpft. Die Vorstellungen Freuds über den Reizschutz entsprachen den physiologischen Annahmen seiner Zeitgenossen über das Prinzip der Homöostase.

Die Aufgabe des Systems Bewußtsein, ist es die Unlust zu beseitigen beziehungsweise in Grenzen zu halten und mit den inneren Reizen (Affekten) fertigzuwerden. Da der Reizschutz nach außen durch Verminderung der Erregungsgrößen geleistet wird, was nach innen aber unmöglich ist, muß das Ich die Reize externalisieren, „(...) um die Abwehrmittel des Reizschutzes gegen sie in Anwendung bringen zu können. Dies ist die Herkunft der Projektion, der eine so große Rolle bei der Verursachung pathologischer Prozesse vorbehalten ist“ (S. Freud 1920). Die spezifische Unlust des körperlichen Schmerzes entsteht eben dadurch, daß der Reizschutz von äußeren Einwirkungen durchbrochen wird und von der betroffenen Stelle her kontinuierliche Regungen dem seelischen Apparat zuströmen. Durch den Einsatz psychoaktiver Substanzen werden die inneren Störungsreize vorübergehend gebändigt.

Der besondere Verdienst Grovers bestand vor allem darin den zerstörerischen beziehungsweise sadistischen Charakter der Sucht erkannt zu haben. Wichtig blieb auch Grovers Unterscheidung zwischen dem guten und bösen Objektcharakter des Suchtmittels. Dieses stellt ein Partialobjekt mit

sadistischen Eigenschaften dar, welches seine Qualitäten erst im Körperinneren entfalten kann: „In Fällen dieser Art beruht die durch das Einnehmen des Suchtmittels bedingte Erleichterung in vieler Beziehung darauf, daß der Sadismus durch den Sadismus geheilt wird, wenn auch zweifelsohne die masochistische Befriedigung eine große Rolle spielt“ (S. 192). Schließlich dient das Suchtmittel der Abwehr psychotischer Ängste und insbesondere der Verleugnung

Heute wird der Begriff Reizschutz, falls er überhaupt verwendet wird, nicht als autonome Funktion gesehen, sondern als komplexer Vorgang, der schon dem Neugeborenen gestattet bestimmte Reize zu assimilieren, um sie später in höhere Entwicklungsstufen zu integrieren beziehungsweise zu kontrollieren (Emde 1996). Wir haben es hier nicht mit einem starren Reizschild zu tun, sondern mit einer komplexen Schutzfunktion. Diese ist im Sinne der Objektbeziehungstheorie nicht nur die beschützende und hilfreiche Mutter, sondern auch die Verursacherin der Traumatisierungen (vgl. Stern 1985).

Der Affekt ist bei Freud eine bestimmte Umsetzung der Triebenergie, eine besondere Form des Tribschicksals. Die Verdrängung dient der Vermeidung von Unlust und der Beseitigung des Affektbetrages.

Strenggenommen gibt es also keine unbewußten Affekte, wie es unbewußte Vorstellungen gibt. Es kann aber im System Ubw Affektbildungen geben, die wie andere bewußt werden. Der ganze Unterschied rührt daher, daß Vorstellungen Besetzungen – im Grunde von Erinnerungsspuren – sind, während die Affekte und Gefühle Abfuhrvorgängen entsprechen, deren letzte Äußerungen als Empfindungen wahrgenommen werden. (S. Freud, 1915, S. 278)

Mit der Weiterentwicklung des Angstbegriffes wird der Reizschutz immer mehr relativiert. Insbesondere durch die Unterscheidung von automatischer Angst und Signalangst ergeben sich neue Perspektiven. Die Auslösung des Angstsignals hat zum Ziel die Überflutung des Ichs durch die automatische Angst zu verhindern. Als Trauma verstehen wir nun jenen Reizzuwachs, den das Ich in der gewohnten Zeit nicht bearbeiten kann und der einen Zusammenbruch verursacht. Neben den schweren traumatischen Störungen, welche durch das Versagen der mütterlichen Bezugsperson hervorgerufen werden, werden auch unterschiedliche Formen wie zum Beispiel das „Spannungstrauma“, das „kumulative Trauma“ und so weiter beschrieben.

New developments

Aus meiner Sicht ist die klassische Betrachtungsweise von der modernen psychoanalytischen Theorie überholt worden, wir stützen uns heute nicht so sehr auf den Inhalt des Materials, sondern auf die Formation der Abwehr und ihre Dynamik. Früher wurde nicht auf die Funktionen der primitiven Abwehr geachtet sondern mehr auf akzidentelle Inhalte wie die Masturbation geschlossen. Dagegen versteht die Objektbeziehungstheorie unter Konflikt nicht einfach den Kampf zwischen dem Triebimpuls und seiner Abwehr, sondern vielmehr den Zusammenstoß zwischen widerstreitenden Objektbeziehungseinheiten (Kernberg 1983). Anders ausgedrückt versuchen unterschiedliche Konstellationen von Selbstrepräsentanzen, Objektrepräsentanzen und damit verknüpfte Affekte, sich in der inneren Welt der Objektbeziehungen zu behaupten. Ogden (1983) hat zurecht festgestellt, daß die Internalisierung von Objektbeziehungen immer eine Spaltung des Ichs in unbewußte Unterorganisationen nach sich zieht. Der Drogenabhängige ist in der paranoid-schizoiden Position fixiert geblieben und kann keine reifere Position erreichen. Herbert Rosenfeld hat schon früh in seiner Analyse der Drogenabhängigkeit auf die Verbindung von manischen Triumph und destruktiver Allmachtphasen im Zusammenhang mit primären Neid hingewiesen (H. Rosenfeld 1965).

Praktisch alle drogenabhängigen Patienten gehören zu der Gruppe der Patienten mit Borderlinepersönlichkeitsorganisation (Kernberg). Ihre innere Geschichte ist eine Anhäufung chronischer Traumatisierungen, körperlicher und sexueller Mißbrauch eingeschlossen.

Drogenabhängigkeit kann heute nur dann verstanden werden, wenn wir darunter die Abwehr beziehungsweise die ‚Ausschaltung‘ der schmerzvollen Affekte mit Hilfe der Drogen verstehen. Die Affektentwicklung und der Begriff der Affekttoleranz ist von Krystal (1970 und 1988) formuliert worden. Der Drogenabhängige will unter allen Umständen eine Aktivierung primitiver Affekte verhindern, das ermöglicht ihm der Gebrauch der Drogen. Seine Affekte sind sowohl konstitutionell als auch entwicklungspsychologisch gesehen wenig modifiziert und mangelhaft integriert, man könnte sagen er befindet sich überwiegend in einer paranoid-schizoiden Position.

Drug addiction appears as an attempt by the patient to find the affective nourishment which may thus control the changing mood. The patient reenacts the behaviour he had previously suffered from his inner mother. This is a determining circumstance of the struggle

in the transference in which the patient attaches to the analyst the meaning of the mother, who does not nourish him, but forces him to cope with reality. The analyst is utilized as a useful container who permits the working through of the affects. (vgl. auch D. Rosenfeld 1992)

Sein Handeln ist darauf ausgerichtet die Angst nicht in sein Bewußtsein dringen zu lassen und er wird mit Hilfe der Drogen versuchen die „Reizschwelle“ zu stabilisieren beziehungsweise zu erhöhen. Diese ist nicht mehr wie bei Freud das passive Schutzinstrument, sondern eine aktive Funktion des Ichs, gewissermaßen ein offenes System. Die Droge minimiert aber nicht nur die negativen Auswirkungen der drängenden Affekte, sondern blockiert auch die Wahrnehmungsfunktionen. Wir können daraus den Schluß ziehen, daß die Angstvermeidung infolge der Drogeneinnahme nicht nur auf die Analgesie zurückzuführen ist. Die Möglichkeit durch die Regression eine Entlastung zu bewirken ist dabei von ausschlaggebender Bedeutung. Die Spannung wird durch nichtintegrierte Affekte zum Beispiel wie primitive Wut, sowie durch psychischen Schmerz oder andere intensive unlustbetonte Affekte hervorgerufen. Die Entspannung kann nur durch die aktive Entfernung des störenden Reizes hergestellt werden.

Einige Autoren wie Khantzian (1978 und 1985) betonen die drogenspezifische Phantasien und die psychische Wirkung verschiedener Drogen. Mit seiner Hypothese der Selbstmedikation sieht er den Drogenkonsum als Folge einer fehlgeschlagenen Selbstregulierung, die mittels einer „drug of choice“ selbst behandeln werden muß. Heroin wird daher in Richtung psychischer Analgesie wirken, aber auch die narzißtischer Phantasien stabilisieren, während Stimulantien eher die aggressiven Impulse stärken und depressive Affekte beseitigen.

Es kann nicht bestritten werden, daß spezifische Drogenwirkungen darin besteht anfangs bestimmte Affekte zu neutralisieren und Abwehrprozesse zu modifizieren. Aber darüber hinaus sind die Phantasien und Attributionen im Laufe des Abhängigkeitsprozesses selbst wieder Veränderungen unterworfen, und es nicht möglich von einer drogenspezifischen Systematik von Abwehrfunktionen zu sprechen. Oft können wir diese Phänomene zu Beginn einer Drogenkarriere beobachten, mit der Entwicklung des ‚cravings‘ verlieren sie aber ihre Spezifität und können bei langjährigen Drogengebrauch nicht mehr erhoben werden. Es geht dann nur mehr um den ‚kick‘ den jede Drogeneinnahme verursacht, der die innere Welt pharmakologisch vor dem Zusammenbruch bewahrt, und nicht um eine

spezifische Funktion. Man könnte dies auch als eine Primitivisierung der Abwehr bezeichnen, als ein Alles-oder-Nichts infolge chronischen Drogengebrauchs.

II. Clinical concepts

Withdrawal

Anfangs steht der körperliche und psychische Entzug im Vordergrund. Wie wir alle wissen, besteht Drogenabhängigkeit nicht nur in der regelmäßigen Einnahme von Drogen, sondern gleichzeitig in ihrem Entzug. Alle Wirkungen psychoaktiver Substanzen sind mehr oder weniger von kurzer Dauer. Daher ist das Nachlassen der Wirkung beziehungsweise der Entzug von Drogen ein elementarer Teil des gesamten Abhängigkeitsprozesses (vgl. auch Wurmser 1978). Die Toleranz gegenüber einer Droge entsteht nur zum Teil ihrer pharmakologischen Eigenschaften wegen. Der Süchtige möchte an der Allmacht der Drogenwirkung partizipieren, verliert diese aber ihre Kraft wird er unvermeidlich in panische Angst und in eine narzißtische Krise geraten. Psychoanalytisch ist die Droge stets ein Symbol für das mütterliche Objekt und seinen versorgenden und hilfreichen Funktionen. Die tiefe Spaltung des Süchtigen gegenüber dem mütterlichen Objekt=Droge ist nicht überwunden worden. Einerseits giert er nach der Einnahme des Suchtmittels andererseits fürchtet er das „Gift“. Die Drogenabhängigen sehnen die Verschmelzung mit dem mütterlichen Objekt herbei und fürchten es gleichzeitig. (vgl. Burian 1994)

Affectdevelopment

Für unsere Betrachtung ist es sinnvoll die Affekte als Baustein der Triebe zu betrachten und nicht wie traditionell als Abkömmlinge des Triebes. Der Trieb ist dann ein metapsychologischer Begriff (vgl. Kernberg 1989). Die Affektentwicklung und die allmähliche Integration und Modifikation des Affektes wird sowohl von der genetischen Disposition als auch von der Mutter-Kind-Beziehung geleitet.

The baby begins to learn that his mind is not a direct replica of the real world but a version of it. Winnicott has described this process that the mother is ‚giving back to the baby the baby’s own self.‘ The mother has to act in harmony with the infant’s self, sometimes even

to the detriment of or even the temporary abolition of her own self as an entity. If she is consistently incongruent with the state of self, her presentation is still internalized as part of the self structure, but without the appropriate links and associations which would enable a coherent functioning of the infants self representation. The ultimate consequences of this process can later be clearly discerned in borderline personality structure.“ (Fonagy & Target 1997).

The disruptive function of affects can be seen in the fragmentation of the self, when there was a failure to achieve full metalization of affect. Another consequence of the weak link between thinking or feeling and action is that violence becomes the only act which succeed in linking intentional state to external event (Fonagy 1999). This is the very reason why violent and self harming individuals like drug addicts feel real when attacking someone physically. The violation of the own body can lend a sense of coherence to the self and expresses at the same time the need to attack externalized, alien aspects of the self, either felt to be in one's own body, or represented by somebody else (...).

Adoleszenzkrise

In der Adoleszenz soll die infantile Bindung an die Eltern aufgegeben und durch die Vorstellungswelt der Erwachsenen ersetzt werden. Die Fähigkeit zu trauern bildet sich heraus, sie ermöglicht Verluste zu ertragen und die Grenzen der kindlichen Grandiosität einzugestehen.

Diese Funktionen können natürlich nicht auf ideale Weise realisiert werden, das beweist das universelle menschliche Bedürfnis nach Religion, Magie und nicht zuletzt nach den Drogen. Die Beschränkungen unserer infantilen Omnipotenz können nicht überwunden werden.

Der Drogensüchtige hat aber seine Adoleszenzkrise nicht abgeschlossen. Die Drogeneinnahme und auch die spätere Fixierung an die Droge stellt seinen mißlungenen Bewältigungsversuch dar. Die Bindungen an die kindlichen Selbst- und Objektrepräsentanzen konnten nur unzureichend oder gar nicht aufgehoben werden, denn dies kann nur im Rahmen eines Trauerprozesses erreicht werden. Die Fähigkeit Schmerz und Trauer zu ertragen und auszuleben bleibt der Schlüssel zu einer realistischen und einheitlichen Betrachtungsweise seiner selbst und führt zum Frieden mit den unvermeidbaren Schwierigkeiten und Enttäuschungen der Kindheit.

Der jugendliche Drogenabhängige ist über diese Phase der Entwicklung nicht hinausgekommen und seine charakteristischen Verhaltensweisen sind der Ausdruck der Wiederholung seiner Kindheitstraumatisierungen. Theoretisch formuliert ist der Drogenabhängige an den Spätfolgen

der infantilen Traumatisierung und ihrer adoleszenten Aktivierung gescheitert. Der Alkoholkranke hat einen ähnlichen Hintergrund, wenn auch mit weniger antisozialen Eigenschaften, seine Anpassung ist aber oberflächlich und verbirgt seine schweren Persönlichkeitsstörungen, im Vordergrund sind oft „nur“ affektive Störungen.

Die süchtige Phantasie

Die eigentliche Grundstörung des Drogenabhängigen liegt eben darin, daß er nur sehr unvollständig die verschiedenen Funktionen seines Selbst anerkennen und nützen kann, er erlebt diese als Fremdkörper.

Viele unserer Patienten definieren daher Liebe und Zuneigung auf der Basis einer süchtigen Phantasie. Sie empfinden ihre Gefühle nicht nur als Ausfluß des mütterlichen Objektes, welches die gesamte Verantwortung für sie trägt, sondern erleben auch jede Zurückweisung als Zerstörung durch dieses. Sie sind überzeugt davon, daß das mütterliche Objekt gefährlich und böse ist oder, daß sie selbst böse sind und dafür bestraft werden. Die Wut über dieses Unglück führt entweder zur Aggression gegen das mütterliche Objekt einschließlich der Entwertung und Zerstörung oder richtet sich gegen sie selbst. Wie auch immer, die Gefühle, die der Patient empfindet, liegen in der Verantwortung des mütterlichen Objektes. Es bleibt stets die Aufgabe der Mutter dem Patienten ein angenehmes und gutes Gefühl zu verschaffen.

Die süchtige Beziehung

Der Drogenabhängige kann sich diese begehrten Funktionen nur dann aneignen, indem er die Eigenschaften dieser Objekte der Droge zuweist und sie in ritueller Weise einnimmt. Die Ambivalenz gegenüber dem einverleibten Objekt drückt sich schon darin aus, daß der Lustspender Droge in der Umgangssprache gleichzeitig als „Gift“ bezeichnet wird. Diese Ambivalenz in der unbewußten Haltung zur Droge findet sich nicht nur bei Drogenabhängigen, sie ist ein universelles Phänomen. Wir sehen das bei vielen Patienten, die nach dem Arztbesuch ihre Rezepte nicht mehr einlösen wollen oder in der Wirkungen der Placebos.

Der Placeboeffekt ist ein elementarer Teil der Abhängigkeitsentwicklung. Solche Patienten können nicht für sich sorgen, ausgenommen unter bestimmten Übertragungsbeziehungen oder unter dem Einfluß eines Place-

bos beziehungsweise einer Droge. Krystal und Raskin (1970) haben daher das Placebo als extreme Form der Übertragung erkannt, auch McDougall (1974) hat dieses Phänomen an psychosomatischen Patienten wahrgenommen. Sie beschreibt solche Patienten als sehr abhängig von der Zuneigung anderer Personen, um sich „lebendig zu fühlen“ und ihre Tendenz nach Trennungen krank zu werden. Gleichzeitig sind ihre Liebesobjekte austauschbar, der zentrale Wunsch ist die Anwesenheit eines beliebigen Objektes. Diese Objektbeziehungen habe ich als süchtige Beziehungen bezeichnet, sie erinnern in einer perversierten Weise an die starke Abhängigkeit der Übergangsobjekte der Kindheit.

Zusammenfassung

Jede Zusammenfassung psychoanalytischer Einsichten über die Bedeutung und den Gebrauch von Drogen muß notwendigerweise lückenhaft und personengebunden bleiben. Diese Darstellung versucht zu zeigen, daß der Drogenabhängige und punktuell jeder Drogenkonsument, mit Hilfe der psychoaktiven Substanz versucht seine depressive Stimmung oder Dysphorie zu vertreiben, psychischen Schmerz und Aggression zu vermeiden und überhaupt Stimmungen zu modifizieren und erträglich zu machen wünscht. Alle Versuche des Ichs gehen dahin Regression entweder zu erleichtern, um dem Realitätsdruck zu entgehen, oder die gefährliche und tiefe Regressionen zu verhindern, da das Ich von der Fragmentierung beziehungsweise Auflösung bedroht wird. Die Drogeneinnahme ist daher stets als eine mißlungene Form der Selbstbehandlung zu verstehen.

III. Technik

Die überwiegende Mehrheit der Drogenabhängigen gehört diagnostisch zu den schweren Persönlichkeitsstörungen. Unsere Forschungen zeigen ganz klar, daß wir im Sinne von Kernbergs (1988) Systematisierung die meisten Drogenabhängigen auf der Ebene der Borderline-Persönlichkeitsorganisation verstehen können. Dementsprechend ist auch die Indikation für Psychoanalyse und psychoanalytischer Psychotherapie sehr unterschiedlich und nur für einen Teil der Drogenabhängigen angezeigt.

Wesentlich ist die Frage des Settings. Historisch gesehen hat schon Balint (1949) auf die Notwendigkeit hingewiesen die psychoanalytische Hal-

tung mehr theoretisch und praktisch zu untersuchen. Besonders wichtig für den Patienten ist die Schaffung einer geeigneten Atmosphäre: „Wenn man meint, daß das zuviel verlangt sei, will ich es in negativer Form wiederholen: Vermeidung der Schaffung einer Atmosphäre, die den Patienten veranlaßt sich zu verschließen“ (Balint 1969, S. 234).

Ein zentraler Punkt ist das therapeutischen Settings für das Containment zu strukturieren und auf die „Entgiftung“ der vielfältigen Übertragungsspaltungen vorzubereiten. Besonders wichtig ist das Monitoring der unterschiedlichen Gegenübertragungsprobleme der Behandler.

Zu recht haben Kernberg und Stone (1993) bei diesen Patienten auf die Notwendigkeit einer expressiven Psychotherapie hingewiesen, da es keine bedeutende Veränderung ihrer Persönlichkeit gibt, ohne daß primitive Übertragungen aufgelöst werden und dazu ist ein psychoanalytisches Vorgehen notwendig, auch wenn es sich dabei nicht um die Standardpsychoanalyse handelt. Es gibt aber auch Patienten, bei denen eine psychoanalytische Psychotherapie kontraindiziert ist

(...) und wenn bei einem Patienten mit schwerer Charakterstörung eine solche Kontraindikation angebracht ist, halte ich einen ausschließlich stützenden Ansatz für das Beste. Eine solche stützende Psychotherapie erfordert wiederum eine sehr ausgeklügelte Anwendung von suggestiven und manipulatorischen Techniken und einen nicht deutenden Umganges mit primitiven Übertragungen: vielleicht muß unser gesamtes Verständnis der stützenden Psychotherapie im Lichte unseres jetzigen Wissens über die schwere Psychopathologie überprüft und reformuliert werden. (Kernberg 1988, S. 226)

Lassen sie mich zum Abschluß ein kurzes klinisches Beispiel bringen: Eine 26-jährige Patientin mit ausgeprägter narzißtischer Struktur und antisozialen Zügen kommt nach neun Jahren Verwahrlosung und Drogenabhängigkeit in die stationäre Psychotherapie. Im Zusammenwirken von Gruppenarbeit und psychoanalytischer Psychotherapie können innerhalb eines Jahres einige Bereiche ihrer Problematik durchgearbeitet werden. In der projektiv-introjektiven Dynamik bezieht sich die Patientin auf bestimmte Therapeuten, einige Mitpatienten und die Therapeutische Gemeinschaft. Die Übertragungen sind vielfältig, chaotisch. Zuerst ist die Patientin verführerisch und manipulativ. Der Therapeut ist zeitweise eine gewährende Mutter, welche Schutz und Versorgung bietet, dann wieder ein strenger und kontrollierender Vater, ähnlich oszillierende Übertragungen beziehen sich auf die Gemeinschaft. In beiden Aspekten ist die Kernproblematik der „süchtigen Beziehung“ anzutreffen. Die Versorgung dient

den Phantasien der Großartigkeit und der Allmacht, der Abwehr primitiven Neides, werden sie bedroht kommt es unweigerlich zur Krise und der Angst vor dem Zusammenbruch. Oft ist die Übertragung nur scheinbar positiv, denn dahinter lauern aggressive Impulse, Verachtung und Wut, die dann losbrechen, wenn die Therapeuten nicht nach ihrem Wunsch arbeiten. Die therapeutische Beziehung ist wie eine Droge, welche aber von uns dosiert werden kann, sie arbeitet in der Patientin. Zuerst sind wir austauschbare, leblose Objekte, die primitive Funktionen wie Überleben und Nahrung gewähren, erst später entwickeln wir uns zu wirklichen Personen, die auch als solche wahrgenommen werden können. Der Therapeut und die Gruppe sollen die Phantasien der Patientin erfüllen, durch die äußere Realität kommt es aber unvermeidlich zu Kollisionen. Diese können aber im Verlauf der Behandlung durch Konfrontation und Interpretation mit den Ereignissen der inneren und der äußeren Welt durchgearbeitet werden.

Konkret kann das manipulative Verhalten mit dem antisozialen Verhalten in der Station (Desinteresse an Mitpatienten, Vernachlässigung ihrer Pflichten, Flucht in sexuelle Beziehung und so weiter) konfrontiert werden. Allmählich können diese destruktiven Anteile besprochen werden und kritische Phasen in der Therapie zeigen der Patientin auf, wie sie früher in solchen Situationen immer Drogen zu ihrer Stabilisierung eingesetzt hat. Jetzt bedarf sie nicht mehr der Droge, sie kann durch ihre Überlegungen und Handlungen der Unlust widerstehen. Es wird ihr klar, daß die Behandler und die Gemeinschaft ein Ersatz für die familiäre Auseinandersetzung war. Die erfolgreiche Behandlung bewirkt auch den Abschluß der Adoleszenzkrise, gibt ihr die Chance die Eltern realistisch zu sehen und nicht mehr wie eine Droge=Versorgung zu mißbrauchen. Gelingt diese Behandlung ist die Patientin auf ein neurotisches Funktionsniveau gebracht worden, das dann in traditioneller Weise psychoanalytisch behandelt werden kann.

Lassen Sie mich zum Abschluß noch eine Bemerkung zur gesellschaftlichen Funktion der Drogenabhängigkeit sagen. Wir sollten stets daran denken, daß differenzierte gesellschaftliche Sanktionen den moderaten Gebrauch von Drogen begünstigen könnten, dagegen werden prohibitionistische Vorgehensweisen mit ihren schwere Bestrafungen Drogen für bestimmte Persönlichkeitsstrukturen attraktiv machen und den destruktiven und zwanghaften Gebrauch von illegalen Drogen fördern.

Adresse des Autors

Dr. Wilhelm Burian
Penzinger Str. 79
A-1140 Wien