

Hochschule Merseburg (FH)

Abstinenz

als Paradigma in der Suchttherapie –

Klientenorientierter Ansatz oder selbst konstruierte Falle?

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts

eingereicht von:

Patricia Lotzmann

1. Gutachterin: Prof. Dr. oec. Dr. phil. habil. Gundula Barsch

2. Gutachter: Prof. Dr. Jürgen Benecken

Datum der Fertigstellung: 20.08.2010

Seiten mit Anhang: 52

Seiten ohne Anhang: 43

Wortzahl: 11.380

Schriftzeichen mit Leerzeichen: 88.033

Schriftzeichen ohne Leerzeichen: 76.718

Zusammenfassung

Die lebenslange Totalabstinenz ist die Behandlungsvoraussetzung, das Therapieziel, die Messlatte für den Erfolg einer Suchttherapie und das Ausschlusskriterium derselben bei Nichteinhaltung. Kurz gesagt, die Abstinenz ist das Paradigma in der Behandlung von abhängig konsumierenden Personen. Dabei stellt sich die Frage, ob sie ein Ansatz für ein klientenorientiertes Arbeiten ist oder sich eher als eine selbst konstruierte Falle erweist. Um diese Fragestellung beantworten zu können, ist es zu Beginn erforderlich eine Einführung über die Entwicklung der Suchttheorien, mit besonderer Aufmerksamkeit auf die Abstinenz, zu geben. Hierbei gibt es viele Diskrepanzen, die einer kritischen Betrachtung bedürfen.

Des Weiteren ist es wichtig, die oft in der Praxis nicht bedachten Auswirkungen des Abstinenzparadigmas aufzuzeigen und zu erläutern, welche mithilfe von soziologischen bis hin zu ethischen Ansätzen beleuchtet werden. Dadurch wird deutlich, dass die Entwicklung zu einer Klientenorientierung von immanenter Bedeutung ist. Hierbei hat das Programm des „kontrollierten Trinkens“ bisher schon viele wichtige Ansätze geliefert, sowie ähnliche Konzepte im Bereich des illegalisierten Substanzkonsums.

Schlüsselwörter: Abstinenzparadigma – Suchttherapie – Kontrollierter Konsum

Abstract

The completely lifelong abstinence maintains prerequisite, achieving therapy aims and is also seen as success of a drug therapy or exclusion criterion for failing therapy. Therefore abstinence is a paradigm according to drug rehab with addicted persons. This poses a question: Is this an approach for an client orientated work or is it a self-constructed trap? According to this question it is needed to give an introduction of the developments of drug rehab, especially to abstinence. There are a lot of discrepancies which needed to be considered in a critical way. Furthermore it is important to survey the abstinence paradigm according to consequences for practical work by sociological and ethnical approaches. In evidence the development to a client orientation is of prime importance. At this the program “controlled drinking” showed a lot of important approaches as well as similar concepts according to consuming banned substances.

Keywords: Abstinence paradigm – Drug rehab – Controlled drinking

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1. Abstinenzparadigma	7
1.1 Entwicklung der Suchttheorien.....	7
1.1.1 Anfänge der Alkoholismusforschung.....	7
1.1.2 Entwicklung des „modernen“ Krankheitskonzeptes.....	9
1.1.3 Bedeutung der Anonymen Alkoholiker.....	10
1.1.4 „Suchtpersönlichkeit“ und genetische Disposition.....	11
1.1.5 Hirnpathologische Theorien.....	13
1.2 Widersprüche und kritische Untersuchung.....	16
1.2.1 Krankheitskonzept nach Jellinek	16
1.2.2 „Suchtpersönlichkeit“	18
1.2.3 Genetische Disposition.....	19
1.2.4 Hirnpathologische Theorien.....	20
2. Auswirkungen des Abstinenzparadigmas.....	23
2.1 Abstinenz-Verletzungs-Effekt	23
2.2 Labeling approach.....	25
2.3 Therapeutisches Argument – Fehlende Haltekraft	28
2.4 Ethisches Argument – Fehlende Autonomiewahrung	33
2.5 Versorgungspolitisches Argument	35
3. Entwicklungen für die Praxis.....	39
4. Zusammenfassung	43
Literaturverzeichnis	44

Vorwort

Die Abstinenz ist das Paradigma in der Suchttherapie. Wenig Beachtung finden die Tatsachen, dass für ca. 1/3 der Klienten die Abstinenz nicht das Ziel der Wahl ist. 65% der Betroffenen brechen ihre Therapie bereits in den ersten vier Monaten ab. 20% der Klienten werden während der Behandlung rückfällig und 54% vier Jahre nach Beendigung der Therapie. Nur 2/9 aller Abhängigen, die sich in einer Suchttherapie befunden haben, leben letztlich abstinent. Im Zuge dieser Fakten stellt sich die Frage, ob die Abstinenz in der Suchttherapie ein klientenorientierter Ansatz oder doch eher eine selbst konstruierte Falle ist. Dieser Problematik soll in vorliegender Arbeit nachgegangen werden.

Der Mythos der Abstinenz (vgl. Schneider 2000) weist einen hohen Bestand auf, weshalb die Thematik besonders schwierig zu bearbeiten ist. Es ist eine geschichtliche Tatsache, dass dieser Mythos in seiner Aussagekraft etwas Natürliches und „Unhinterfragtes“ suggeriert. Er wird selbstverständlich vorausgesetzt und als richtig anerkannt. Das wurde und wird durch einen undifferenzierten Umgang mit empirischen Daten möglich. Hierbei werden Ergebnisse, die den Erklärungen nicht entsprechen, bestritten, ausgeblendet bzw. uminterpretiert, so dass sich diese in das erwartete Muster einfügen. Nicht zu vergessen ist die Verbindung mit herrschenden Moralvorstellungen: Unbedingt erforderlich sei die Überwindung einer Abhängigkeit mittels Abstinenz und eines eisernen Willens (vgl. ebd.).

Der Abstinenzmythos prägt das gesellschaftliche Denken und somit ist eine kritische Auseinandersetzung diesbezüglich sehr schwierig, soll aber in dieser Arbeit angestrebt werden.

Die Auseinandersetzung mit dem Abstinenzparadigma wird seit einigen Jahren von verschiedenen Autoren durchgeführt und die Forderung eines Paradigmenwechsels eingeklagt. Die explizite Betrachtung des Abstinenzparadigmas bezüglich der Auswirkungen auf die Klienten hat hierbei noch keine ausreichende Beachtung gefunden. Auch der daraus folgenden Frage, ob dieser abstinenzfixierte Ansatz in der Suchttherapie einer Klientenorientierung entspricht oder doch, wie die oben genannten Zahlen aufzeigen, eher eine selbst konstruierte Falle vermuten lassen, wurde bisher noch nicht nachgegangen.

Die Bearbeitung dieser Fragestellung soll nicht in Form eines deskriptiven Vorgangs oder einer Befragung erfolgen. Mittels bereits vorhandener Daten wird eine kritische Auseinandersetzung geführt, um diese Problematik neu zu beleuchten.

Der quantitative Rahmen dieser Arbeit veranlasst eine Einschränkung auf hauptsächlich deutschsprachige Literatur, auch weil das Abstinenzparadigma in der deutschen Suchttherapie betrachtet werden soll. Hierbei bedient sich die Autorin Literatur aus verschiedenen Bereichen, wie z.B. der Medizin, Psychologie und Soziologie, die mithilfe der Archido-Datenbank und Literaturverzeichnissen recherchiert wurden. Eine besondere Konzentration lag hierbei auf Zeitschriften, wie beispielsweise die „Konturen“ oder die „Suchttherapie“, da durch diese der vorhandene aktuelle Diskurs am Besten verfolgt und bearbeitet werden kann.

Dem Kern dieser Arbeit, die Betrachtung der Auswirkung des Abstinenzparadigmas, geht ein Kapitel voraus. In diesem ersten Kapitel wird die Abstinenz an sich betrachtet und der bisherige Diskurs aufgezeigt. Dies erfolgt durch einen geschichtlichen kurzen Abriss der Suchttheorien, mit besonderem Augenmerk auf das Abstinenzparadigma. Es wird hierbei von Suchttheorien in der Mehrzahl gesprochen, da verschiedene Denkmodelle vorzufinden sind, die versuchen eine Theorie für süchtiges Verhalten zu erläutern und Schlüsse für eine Behandlung deklarieren. Letztlich ist es natürlich möglich in der Zusammenfassung aller aktuellen Ansichten von einer einzigen Suchttheorie zu sprechen. Da im Zuge dieser Betrachtung Diskrepanzen aufgetreten sind, wird sich anschließend mit den Widersprüchen bezüglich des Abstinenzparadigmas beschäftigt. Hierbei wird den einzelnen im vorherigen Abschnitt beleuchteten Suchttheorien widersprochen, die schlussendlich einen Gesamtwiderspruch des Abstinenzparadigmas bedeuten.

Im zweiten Kapitel wählt die Autorin fünf verschiedene Auswirkungen des Abstinenzparadigmas aus und geht differenziert auf diese ein. Diese Eingrenzung erfolgt aufgrund des quantitativen Rahmens, kann aber als repräsentativ angesehen werden, da alle elementaren Bereiche dieser Problematik abgedeckt werden.

Im letzten Kapitel wird ein kurzer Ausblick auf die erforderlichen Entwicklungen für die Praxis im Umgang mit dem Abstinenzparadigma gegeben.

Auf der Grundlage, dass diese vielschichtige Thematik durch verschiedene Ansichten und Argumentationsschienen gekennzeichnet ist, spricht sich die Autorin von einer Vollständigkeit bezüglich der Bearbeitung dieser Thematik in vorliegender Arbeit frei. Auf Grund des vorgegebenen Rahmens ist diese Ausarbeitung keine komplette Abhandlung. Sie kann nicht mehr als eine anfängliche Beantwortung dieser Frage leisten. Das vorrangige Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit liegt in dem Interesse, einen anderen Blickwinkel und andere Gedankengänge aufzuzeigen, um einen Beitrag zu einer differenzierteren Betrachtungsweise dieser Thematik zu leisten.

Wichtig ist hervorzuheben, dass der Begriff „Suchttherapie“ in dieser Arbeit die Behandlung von Alkohol-, Medikamentenabhängigen und abhängig Konsumierenden von illegalisierten Substanzen einschließt. Da sich die wissenschaftliche Betrachtung von süchtigem Verhalten zu Beginn besonders auf den Alkoholismus beschränkte und erst später auf andere Substanzen erweitert wurde, wird in einiger Literatur und so auch in dieser Arbeit teilweise nur von Alkoholabhängigen gesprochen.

Nur aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Arbeit die männliche Schreibform angewandt. Weibliche Personen sind selbstverständlich integriert.

1. Abstinenzparadigma

Eine Reihe von Denkmodellen aus dem juristisch-sozialrechtlichen Gebiet und den Bereichen biologische Wissenschaft, Sozialwissenschaft und Psychologie tragen zu dem Konstrukt des Abstinenzparadigmas bei, wobei sie unterschiedliche Argumentationsschienen verfolgen.

Aufgrund des Rahmens der vorliegenden Arbeit wird im folgenden Kapitel auf einen Gesamtaufriß verzichtet und eine Eingrenzung auf die Grundlagenforschung vorgenommen. Denn diese eruiert die Aufrechterhaltung von süchtigem Verhalten und formuliert Erklärungen für die lebenslange totale Abstinenz als das Paradigma in der Suchttherapie. Im Rahmen dieser Grundlagenforschung beschränkt sich die Autorin auf die Gebiete der Medizin, Biologie und Psychologie, in denen die aktuellsten Forschungen vorliegen und spezialisiert sich auf Theorien, die einen Zusammenhang mit dem Thema Abstinenz aufweisen.

1.1 Entwicklung der Suchttheorien

1.1.1 Anfänge der Alkoholismusforschung

Die Auseinandersetzung mit dem Alkoholkonsum und kritische Stimmen zu dieser Thematik findet man in allen Zeiten der europäischen Geschichte. Die ersten Ansätze einer medizinischen Erklärung für die „Trunkenheit“ entstanden im 17. und 18. Jahrhundert. Der Alkoholkonsum stellt hierbei eine „Modellsucht“ dar, anhand dessen Erklärungen für den „rauschhaften Konsum“ eruiert werden sollen. Ende des 18. Jahrhunderts erfolgte ein grundlegender Wandel, von dem bis dahin geprägten religiösen Bild des Trinkers als Sünder zum „unschuldigen Opfer seines Getränkes“ (Spode 2005, S. 97). Der amerikanische Arzt Benjamin Rush veröffentlichte im Jahre 1784 seine Abhandlung über die schädlichen Folgen von Branntweinkonsum und erläuterte darin, dass man einem Laster durch Gewohnheit verfallen kann und somit eine „Krankheit des Willens“ entsteht. Einige Zeit später erklärte auch der schottische Arzt Thomas Trotter, häufige „Trunkenheit sei ein von außen, d.h. durch die chemische Natur alkoholischer Getränke [...],

hervorgerufenes Leiden; diese Angewohnheit wachse sich zur 'Geisteskrankheit' aus“ (ebd., S. 98). Durch den deutschen Arzt Christoph Wilhelm Hufeland fand 1796 eine Weiterentwicklung dahingehend statt, dass er Branntwein als „ein 'schleichendes Gift' [ansah], das die 'Organisation' von Gehirn und Nerven zerstört und damit die Fähigkeit zur Selbstkontrolle“ (ebd., S. 98). Bereits in der damaligen Auffassung wurde der Verlust der Selbstkontrolle propagiert, welcher nur durch eine totale Abstinenz beherrscht werden kann. Diese Ärzte definierten somit erstmals exzessives Trinken als ein eigenständiges Krankheitsbild und stellten fest, dass übermäßiges Trinken medizinischer Hilfe bedarf. Im Jahre 1819 wurde die „Trunksucht“ durch den Moskauer Arzt Constantin von Brühl-Cramer „zu einem medizinischen Paradigma ausgebaut“ (Spode 2008, S. 4). Er beschreibt ein unwiderstehliches Verlangen nach Alkoholika, welches eine „aus 'Gewöhnung' erwachsene Geisteskrankheit“ sei (ebd., S. 4).

Doch erst „um 1900 obsiegte das Paradigma der Trunksucht in vielen europäischen Ländern, und zwar im Zusammenhang mit einer breiten Thematisierung und Verwissenschaftlichung der 'Alkoholfrage' “ (Spode 2005, S. 101). An dieser Diskussion beteiligte sich die Temperenz- und Antialkoholbewegung, welche sich nach einem heftigen Streit im Jahre 1903 in einen „mäßigen“ und „abstinenten“ Teil spaltete. Der abstinente Flügel vertrat die Meinung, dass „Trunksüchtige“ abstinent leben müssen, denn diese Krankheit impliziert, dass es demjenigen nicht möglich sei mäßig zu trinken. Im Zuge dieser Diskussion um die „Alkoholfrage“ breiteten sich außerdem abstinenzenorientierte Selbsthilfvereine, wie z.B. das Blaue Kreuz, der Kreuzbund und der Guttempler-Orden aus (vgl. ebd.). Der Schweizer Guttempler und Psychiater Auguste Forel war einer der wichtigsten Vertreter der Abstinenzbewegung sowie des Krankheitskonzeptes und propagierte schon zu damaliger Zeit die Totalabstinenz als Therapieziel (vgl. ebd.).

Das in dieser Zeit entstandene Krankheitskonzept, wobei „Symptomatologie, Nosologie und Ätiologie höchst umstritten blieben“ (Spode 2008, S. 5), und die Abstinenzideologie definierten den abhängigen Trinker als hilfloses Opfer seines Getränkes und sahen einen Ausweg nur durch die lebenslange Totalabstinenz.

1.1.2 Entwicklung des „modernen“ Krankheitskonzeptes

Die Grundannahmen aus den Anfängen der Alkoholismusforschung griff Elvin M. Jellinek auf und entwickelte das „Disease Concept of Alcoholism“ (vgl. Jellinek 1960). Diese Leitgedanken, an welchen noch heute mit einem schlangenähnlichen Griff festgehalten wird, sollen in ihren Grundzügen kurz vorgestellt werden. Wie schon Hufeland formulierte, wird die Verletzung der Selbstkontrolle als ein immanentes Merkmal der Suchterkrankung angesehen. Der Kontrollverlust bedeute, dass der „Suchtkranke“ unfähig sei die Alkoholmenge selbst zu regulieren und somit ein Automatismus des Suchtgeschehens vorliege (vgl. Körkel 1992). Als weitere Charakteristiken sind die Dosissteigerung, das Entzugssyndrom und der chronisch-progressive Verlauf dieser Erkrankung zu nennen. Außerdem vertrat er die Meinung, dass Alkoholranke sich von Nicht-Alkoholkranken u.a. durch einen somatischen „X-Faktor“ unterscheiden, welcher aber bis zur heutigen Zeit nicht empirisch belegt werden konnte (vgl. Spode 2005).

Die totale Abstinenz als therapeutisches Endziel und gleichzeitige Voraussetzung für eine Behandlung entstammt der Irreversibilitätsannahme. Diese konstituiert, dass die Krankheit nicht heilbar ist und nur durch lebenslange Abstinenz zum Stillstand gebracht werden kann. Als Begründungen werden der schon genannte Kontrollverlust und das heftige Verlangen nach einer Substanz genannt, welches einen kontrollierten Konsum seitens eines Abhängigen unmöglich machen soll.

Bereits 1964 wurde der Kontrollverlustmythos von Mendelson angegriffen, da „die Notwendigkeit lebenslanger Suchtmittelabstinenz aufgrund eines postulierten so genannten 'Kontrollverlusts' [...] nie schlüssig begründet werden“ konnte (Lindenmeyer 2004, S. 42). Die Grundlagenforschung hat weiterhin alle Grundannahmen des Krankheitsmodells angegriffen und wissenschaftlich falsifiziert.

Die weltweite Anerkennung dieser Krankheit durch die WHO und die sozialrechtliche Akkreditierung in Deutschland im Jahre 1986 trug zu einer Dauerhaftigkeit dieses Konzeptes bei und „ist in unserer Kultur eine tief verwurzelte und kaum zu erschütternde Wirklichkeit“ (Nolte 2007, S. 53). Die Entscheidung von 1986 stellt die Basis für den Ausbau von therapeutischen Einrichtungen in Deutschland dar, welche auf Grundlage des

Krankheitskonzeptes und des damit verbundenen strikten Abstinenzparadigmas arbeiten, und ermöglicht eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen bzw. Rentenversicherungsträger.

Noch heute hat das Krankheitskonzept von Jellinek einen großen Einfluss sowohl auf die Suchtkrankenhilfe als auch auf die Gesundheitspolitik und findet weiterhin weltweite Beachtung (vgl. Spode 2005). Die Gründe hierfür sind, laut den Verfechtern des Krankheitskonzeptes, die Gewährleistung der Wertneutralität gegenüber den Abhängigen durch dieses Modell, eine Entlastung aus Verantwortung und Rollenverpflichtung des Klienten sowie eine Aufhebung der Tabuisierung (vgl. Feuerlein 2008). „Zugleich impliziert die Krankenrolle aber auch die Verpflichtung, kompetente Hilfe zu suchen, sie zu akzeptieren und [...] zu kooperieren, also aktiv an der Heilung mitzuwirken“ (Soyka u. Kufner 2008, S. 19) und bietet dadurch einen erleichterten Zugang zu therapeutischen Maßnahmen.

Obwohl es keine empirischen Bestätigungen für die Grundannahmen des Krankheitskonzeptes gibt, wurde die Abstinenz als alleiniges Therapieziel diktiert. Dies entsprach somit nicht der Wissenschaft, sondern dem zeitgebundenen moralischen Denken, das auf der legislativen Ebene durch das Opiumgesetz (1929) und den Entschluss des Danziger Ärztetages im Jahre 1928, bei dem sich die Ärzte dem Abstinenzparadigma verpflichteten, gefestigt wurde (vgl. Gerlach u. Kemmesies 1990). Die „Modellsucht“ Alkoholismus, welche sich in Zusammenarbeit mit den „Anonymen Alkoholikern“ entwickelte, wurde später auf psychotrope Substanzen übertragen (vgl. Loviscach 1996).

1.1.3 Bedeutung der Anonymen Alkoholiker

Die „Anonymen Alkoholiker“ (AA) hatten einen großen Einfluss auf die Überlegungen Jellineks und somit auf das entstandene Krankheitskonzept. Diese Gruppe wurde 1935, von den zwei Trinkern William G. Wilson und Dr. Robert Smith, gegründet und definiert sich auch heute noch als „eine Gemeinschaft von Männern und Frauen, die miteinander ihre Erfahrung, Kraft und Hoffnung teilen, um ihr gemeinsames Problem zu lösen und anderen zur Genesung vom Alkoholismus zu verhelfen“ (vgl. Anonyme Alkoholiker im

deutschsprachigem Raum 2010). Die Voraussetzung einer AA-Zugehörigkeit besteht, wie in der dritten Tradition beschrieben, in dem Wunsch zur Abstinenz (vgl. Anonyme Alkoholiker dt. Sprache 1990).

Die AA sind der Ansicht, dass bei einem Alkoholiker nicht nur ein „grundlegender, sondern auch irreversibler Zusammenbruch seiner Selbstkontrollfähigkeit vorliege“ (Körkel 2002a, S. 69): Wenn ein Glas getrunken sei, wäre kein Widerstand mehr möglich. Daraus wird der Kausalzusammenhang gezogen, dass diese Person ihr Leben lang süchtig sei. Die Ableitung dieser Überlegungen ist die Unmöglichkeit eines selbstkontrollierten Konsums und somit die Forderung nach totaler lebenslanger Abstinenz. Mithilfe eines „12-Schritte-Programms“ wird versucht, diese unheilbare Krankheit in der Latenz zu halten. Die vermutete Ursache liegt ihrer Meinung nach in einer irreversiblen biologischen Abweichung, der so genannten „Allergietheorie“. Anders als andere Abstinenzvereine machten sie „nicht den Alkohol ursächlich verantwortlich, sondern eine 'Allergie', die nur bei einigen Menschen auftritt“ (Spode 2008, S. 5). Diese Theorie wurde von dem Arzt William D. Silkworth, welcher ein Freund der AA war, formuliert und besagt, dass Alkoholiker eine angeborene Überempfindlichkeit besitzen, durch die bereits beim ersten Alkoholgenuss ein Krankheitsprozess in Gang gesetzt wird. Er beschreibt das Wesen dieser Krankheit als eine „körperliche Allergie und geistige Besessenheit“ (Anonyme Alkoholiker deutscher Sprache 1990, S. 35), wobei die körperliche Allergie „uns dazu verurteilt, verrückt zu werden oder zu sterben“ (ebd., S. 36). Bis heute konnte keine empirische Bestätigung für diese Theorie gefunden werden.

Doch mit ihren Auffassungen haben die AA zur Herausbildung der Grundannahmen des Kontrollverlusts und des Alkoholismus als chronische körperliche Krankheit beigetragen und durch ihre weltweite Ausbreitung dieses Gedankengut und das damit verbundene Abstinenzparadigma verbreitet.

1.1.4 „Suchtpersönlichkeit“ und genetische Disposition

In der Forschung erfolgte schon bei Jellinek und seinem Krankheitskonzept eine Verlagerung der Ätiologie von der Substanz und ihrer Pharmakologie zum Individuum. Die Fokussierung auf den Körper des als abhängig geltenden Konsumenten wurde sowohl von

der Genetik als auch der Psychiatrie, der Psychoanalyse und der Persönlichkeitspsychologie weiterverfolgt.

Die letztgenannte Gruppe und ihre persönlichkeitszentrierten Erklärungsansätze beschäftigt sich mit der so genannten „Suchtpersönlichkeit“ als Ursache und Aufrechterhaltung für eine Suchterkrankung. Da in der vorliegenden Arbeit dieses Thema nur am Rande besprochen werden kann, erfolgt eine kurze Erläuterung der Gemeinsamkeiten dieser Ansätze.

Die Diskussion dieser Erklärungsansätze um eine „süchtige Persönlichkeit“ sieht eine prädisponierte Persönlichkeit als Grundlage. Bei diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass eine „pathologische Persönlichkeits- oder Charakterstruktur bereits vor der Entwicklung der Drogenabhängigkeit bestand und diese somit verursacht habe“ (Schmerl 1984, S. 73). Hierbei werden persönliche Merkmale, wie z.B. Willensschwäche, Nonkonformität, Labilität, antisoziales Verhalten und Haltlosigkeit, um nur einige zu nennen, von so genannten „Nichtabhängigen“ unterschieden und zu einer „Suchtpersönlichkeit“ zusammengefasst. Somit wird der abhängige Konsum untergründig zum „bloßen Zeichen einer anderen, tiefer liegenden Krankheit“ (Spode 2005, S. 104).

Bezüglich dieses Denkmodells ist das therapeutische Ziel einer Aufhebung der Krankheit nur möglich „über einen therapieinduzierten Nachreifungsprozess der 'defizitären Persönlichkeit'“ (Gerlach u. Kemmesies 1990, S. 1). Unter den professionell Tätigen in diesem Bereich existieren zwei verschiedene Denkrichtungen. Einige sind offen für neuere Zielkonzepte in der Therapie und andere wiederum halten nach wie vor an der traditionellen Auffassung fest, dass „nur unter der Bedingung der Abstinenz von der Droge zu behandeln ist“ (Rost 1998, S. 10). Hierbei wird von der Kausalkette: prädisponierte Persönlichkeit – Abhängigkeit – Therapie – Abstinenz ausgegangen und suggeriert einen generellen persönlichkeitsbedingten Automatismus (vgl. Gerlach u. Kemmesies 1990).

Trotz aller Überlegungen sind die Vertreter der These einer „Suchtpersönlichkeit“ nicht in der Lage zu erklären, aus welchem Grund nicht alle annähernd gleich prädisponierten Persönlichkeiten eine Suchterkrankung „ausbilden“ (vgl. Schacke 2008).

Der Schwerpunkt der Suchtforschung lag in den letzten Jahrzehnten in der Untersuchung

somatischer Ursachen. Diese Suche nach dem, schon von Jellinek gesuchten, „X-Faktor“ dauert bis heute an. Durch Familien-, Zwillingen-, Adoptions- und „High-Risk“-Studien soll eine genetische Disposition zur Abhängigkeit belegt worden sein, bei der ein erhöhtes Risiko für Nachkommen Alkoholkranker besteht. Als ein Ergebnis wird deklariert, dass Kinder „suchtkrank“ Eltern ca. doppelt so häufig eine eigene „Suchterkrankung“ ausbilden, als Kinder nicht „suchtkrank“ Eltern (vgl. Feuerlein 2008). Außerdem sollen Söhne von alkoholabhängigen Vätern eine hohe Alkoholtoleranz besitzen, welche genetisch vererbt sei und einen Faktor darstellt, der zu einem hohen Konsum und zur Entwicklung einer Abhängigkeit führe (vgl. Schuckit 2000).

Bis heute liegen zu der Annahme eines „Sucht-Gens“ noch keine empirisch stichhaltigen Beweise vor. In den oben genannten Studien wurden Ergebnisse angezeigt, die diese These zu einem Teil widerlegten, zum anderen bestätigten¹, aber auch Uneindeutigkeiten aufwiesen (vgl. Schacke 2008).

Neben den Theorien einer „Suchtpersönlichkeit“ oder genetischen Disposition sollen im Folgenden hirnpathologische Theorien erläutert werden.

1.1.5 Hirnpathologische Theorien

Ein heutiger Schwerpunkt der somatischen Suchtforschung ist die Untersuchung der Gehirnstrukturen und -prozesse. Dabei ist man auf das so genannte Belohnungssystem gestoßen. Der Ausgangspunkt hierfür ist, dass alle psychotrop wirkenden Substanzen zu einer Freisetzung des Neurotransmitters Dopamin in den limbischen Strukturen (Limbisches System) des zentralen Nervensystems führen (vgl. Zieglängsberger 2000), dem so genannten Belohnungssystem. Dieses ist eine vernetzte Einheit im Gehirn, das normalerweise durch natürliche Reize ausgelöst wird und mit der emotionalen Bewertung von Reizen, Motivationsbildung und der Entstehung von Lust- und Unlustempfindungen in Verbindung steht (vgl. Feuerlein 2008).

„Ältere Thesen postulieren, dass die Dopaminfreisetzung angenehme Gefühle auslöst, die

¹ Hierbei muss angemerkt werden, dass diese Ergebnisse auf Grundlage von Tierversuchen gewonnen wurden und die Generalisierbarkeit auf den Menschen als zweifelhaft anzusehen ist.

das Auftreten jener Verhaltensweisen verstärken, die diese positiven affektiven Gefühle ausgelöst haben“ (Heinz u. Batra 2003, S. 71). Daraus folgt, dass Verhaltensweisen, die zu einer Ausschüttung von Dopamin im Belohnungssystem führen, „vom Gehirn und somit von der Person erneut angestrebt“ (Heinz u. Kienast 2008, S. 15) werden.

Neuere Untersuchungen belegen, dass der Neurotransmitter Dopamin „nicht direkt Glücksgefühle oder Euphorie produziert, sondern die Aufmerksamkeit für neue Reize steigert“ (Zieglänsberger 2000, S. 28).

Bei chronischem Substanzkonsum kommt es zu Sensitivierungs- und Konditionierungsvorgängen, welche zu einem unwiderstehlichen Verlangen führen sollen (vgl. Zieglänsberger 2000). Die persistierende Veränderung im Belohnungssystem bewirke „eine verstärkte (sensitivierte) psychomotorische Reaktion“ (Kienast u. Heinz 2005, S. 214). Durch diese Hypersensitivität des Anreizsystems wird das Belohnungssystem schon bei geringen Dosen und auch durch drogenassoziierte Reize („cues“) aktiviert. Die Sensitivierung des Belohnungssystems soll die Voraussetzung für das „konditionierte Verlangen“ sein (vgl. ebd.).

Unter konditioniertem Verlangen („craving“) wird ein unwiderstehlicher und unkontrollierbarer Drang nach dem Konsum einer Substanz verstanden (vgl. Anton 2000). Der Begriff konditioniertes Verlangen impliziert des Weiteren, dass auch Konditionierungsprozesse eine immanente Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung von abhängigem Verhalten spielen. Sie haben eine „enge funktionelle Beziehung zu Lust- und Unlustempfindungen wie auch zu Lern- und Gedächtnisvorgängen“ (Böning 1994, S. 246). Das operante Konditionierungskonzept der Verhaltensstärkung geht auf Skinner zurück, der propagierte, dass eine Handlung gehäuft auftritt, wenn diese verstärkt wird. Die Aktivierung des Dopaminsystems führt zu einer positiven Verstärkung und „es kommt zu einer Zunahme aller Verhaltensweisen, die den Zugang zur Droge begünstigen“ (Zieglänsberger 2000, S. 27). In diesem Zusammenhang spricht man von positiven Verstärkern, wie z.B. die lustvolle, affektiv belohnende Wirkung der konsumierten Substanz, und von negativen Verstärkern, unter welchen die Vermeidung von Entzugssyndromen als Verstärkung für einen weiteren Konsum gesehen wird (vgl. Heinz u. Batra 2003). Nach dem Modell der klassischen Konditionierung kann außerdem die Entstehung von konditioniert drogenassoziierten Reizen erläutert werden, denn es werden

ursprünglich neutrale Reize mit der Drogeneinnahme assoziiert und können somit das Belohnungssystem aktivieren. Aus diesem Grund wird propagiert, dass schon ein Geruch oder ein Geräusch, der bzw. das einen Zusammenhang zum Konsum aufweist, ein Verlangen auslösen kann.

Hierbei wird die Abhängigkeit als eine spezifische Verhaltensstörung verstanden, die im Kernkonzept Belohnung beinhaltet, wobei der „Drogenkonsum als zielgeleitetes Verhalten verstanden“ (Degkwitz 1998, S. 4) wird. Die Aufrechterhaltung von suchtspezifischem Verhalten ist bedingt durch die Verstärker, besonders die positiven, wie z.B. angenehme Gefühle. Die Konditionierung von Verhaltensweisen beruht auf der Belohnung und soll erklären, warum Abstinenz so schwer realisierbar ist und somit eine Unfähigkeit zur Abstinenz deklariert wird (vgl. ebd.). Widersprüchlicherweise wird aber bezüglich des Therapieziels von einer Korrektur des automatisierten süchtigen Verhaltens gesprochen, für welches eine totale Abstinenz als Voraussetzung gesehen wird (vgl. Dlabal 2008). Die Begründung für die Abstinenz lautet, dass „die Betroffenen nur so dauerhaft vermeiden können, dass zunächst subcortikale Suchtmechanismen durch die Einnahme des Suchtmittels angeregt werden, die dann mühsam durch dauerhaft beeinträchtigte Selbstkontrollprozesse im Zaum gehalten werden müssen“ (Lindenmeyer 2004, S. 44).

Um dieser schweren Realisierbarkeit entgegenzuwirken, wurden in der pharmakologischen Forschung Anticravingsubstanzen, hauptsächlich für Alkohol, entwickelt. Hierbei soll das Verlangen als zentrale Variable in der Suchtentstehung medikamentös mit Naltrexon und Acamprosat u.a. reduziert werden. Der Wirkungsmechanismus besteht vereinfacht gesagt darin, dass die Medikamente die entsprechenden Rezeptoren im Belohnungssystem blockieren und somit die Verstärkereigenschaften von Alkohol hemmen (vgl. Mann u. Spanagel 2001). Der Erfolg dieser Substanzen ist sehr umstritten. Aus einer Studie geht hervor, dass die Rückfallgefahr durch solche Medikamente sogar erhöht wird (vgl. Kruse, Körkel u. Schmalz 2000).

Abschließend ist die Verbindung des Belohnungssystems mit dem Gedächtnis zu benennen. Der Konsum einer Substanz oder die Präsentation von Hinweisreizen („cues“) auf die Droge wecke eine Erinnerung an das zu erwartende Belohnungsempfinden im so genannten „Suchtgedächtnis“ (vgl. Kienast u. Heinz 2005). Laut Böning zeigt dies, dass

längst „vergessene“ aber trotzdem konsolidierende suchtspezifische Verhaltensweisen in bestimmten Schlüsselreaktionen, durch „gespeicherte“ drogenassoziierte Reize, erneut aktiviert werden könnten (vgl. Böning 1994). Hierbei wird eine Irreversibilität des Suchtgedächtnisses sowie des gesamten Belohnungssystems propagiert, wodurch es jederzeit aus der Latenz gehoben werden könne und ein selbstkontrollierter Konsum somit nicht möglich sei (vgl. Lindenmeyer 2004). Bezogen auf die Suchtgedächtnishypothese muss gesagt werden, dass bis heute keine positiven Ergebnisse vorliegen, die dieses Gedankenmodell empirisch belegen können (vgl. Kleinemeier 2004).

Dieser sehr komprimierte Abriss der Prozesse im Gehirn stellt dar, dass „Suchterkrankungen“ mit „strukturellen, neuroadaptiven und neurodegenerativen Veränderungen“ (Kienast u. Heinz 2005, S. 227) in Verbindung stehen sollen und es aufgrund genetischer, verhaltensbiologischer und biochemischer Prozesse dazu kommen kann, dass bestimmte Menschen eine „Drogenaffinität“ aufweisen (vgl. Körkel u. Kruse 2005). Zu diesem Thema besteht ein wissenschaftlicher Disput.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass in diesen Denkmodellen die Abhängigkeit als Krankheit akzeptiert werden muss, eine Identifikation mit der Rolle erfolgen soll und diese „unheilbare Erkrankung“ nur durch eine rigorose Abstinenz zum Stillstand gebracht werden könne.

1.2 Widersprüche und kritische Untersuchung

Die im vorangegangenen Abschnitt erläuterten Denkmodelle bezüglich der Entstehung und Aufrechterhaltung von süchtigem Verhalten befinden sich allesamt in einem wissenschaftlichen Disput. Die Argumente der Widerlegungen bzw. kritischen Anmerkungen zu den einzelnen Konzepten sollen im Folgenden kurz erläutert werden.

1.2.1 Krankheitskonzept nach Jellinek

Wie bereits erwähnt wurden alle Grundannahmen des Krankheitskonzeptes von Jellinek falsifiziert, beginnend mit der Annahme des Kontrollverlustes. Bereits im Jahre 1964 konnte Mendelson, anhand der Abgabe von hochprozentigen Getränken an Alkoholiker, eruieren, dass bei keinem dieser Personen ein Kontrollverlust nachzuweisen war (vgl. Mendelson 1964). Diese Gegenargumentation wurde in den folgenden Jahren von Wissenschaftlern verifiziert (vgl. etwa: Merry 1966; Fingarette 1988). Sie dokumentierten, dass sogenannte „Suchtkranke“ trotz hoher Konsummengen spezielle Kontrollstile entwickeln und beibehalten können. Somit konnte die von Jellinek beschriebene Kettenreaktion, bei welcher eine geringe Substanzmenge zum Auslöser eines Kontrollverlustes wird, nicht bestätigt werden (vgl. Petry 1989).

Die Grundannahme der Chronizität einer „Suchterkrankung“, welche auch von den AA propagiert wird, erfuhr ebenfalls eine wissenschaftliche Falsifizierung. Die Studie von Cahalan, Cisin und Crossley untersuchte Personen, welche aufgrund erheblicher körperlicher, psychischer und/oder sozialer Probleme durch ihren Konsum, als „Problemtrinker“² diagnostiziert wurden. Als zentrales Ergebnis manifestierte sich, dass nach drei Jahren nur noch die Hälfte der Klienten als „Problemtrinker“ eingeordnet werden konnten (vgl. Cahalan et al. 1969). Anhand dieser Ergebnisse kann die These von einer progressiven chronischen Krankheit widerlegt werden, da die Chronizitätsannahme eine Persistenz der Symptome voraussetzt.

Auch weitere Studien, welche die Grundannahme der Unheilbarkeit einer „Suchterkrankung“ kritisch beleuchten, verifizieren die Unhaltbarkeit der Chronizitätsannahme, weil zwischen beiden Grundgedanken eine enge Verbindung besteht.

Die erste Studie, welche die deklarierte Annahme einer Unheilbarkeit widerlegt, war die Untersuchung von Davis im Jahre 1962, welche großes Aufsehen erregte. Hierbei machte er 7 von 93 Alkoholikern ausfindig, die 7-11 Jahre nach einer Alkoholismusbehandlung einen moderaten Alkoholkonsum entwickelt hatten (vgl. Davis 1962). Als Kritik wurde ihm vorgeworfen, dass diese untersuchten Personen zu dieser Zeit keine Alkoholiker waren. In den nächsten Jahren verifizierten verschiedene Untersuchungen seine

2 Die genaue Einteilung in die Gruppen der „Problemtrinker“ und Abhängigen ist schwierig und deshalb nicht einheitlich. Darüber besteht weiterhin ein wissenschaftlicher Diskurs (vgl. Kruse et al. 2000).

Ergebnisse.

Verschiedene Studien konnten nachweisen, dass ein regelorientierter und kontrollierter Gebrauch von Alkohol und illegalisierten Substanzen, wie z.B. Heroin und Kokain möglich ist (vgl. etwa: Crawford, Washington u. Senay 1983; Zinberg 1984; Cohen 1989; Murphy, Reinaman u. Waldorf 1989; Weber u. Schneider 1992). Diese Veröffentlichungen zeigen, dass so genannte „Süchtige“ „zu wesentlich mehr Kontrollverhalten in der Lage [sind], als es das Verständnis von einem seiner Krankheit ausgelieferten, hilflosen Menschen suggeriert“ (Körkel 1995, S. 46).

Andere Studien konnten einen Selbstausstieg aus der Sucht ohne therapeutische Hilfe belegen, wobei diese auch von „Selbstheilung“ und „Herauswachsen aus der Sucht“ sprechen (vgl. etwa: Winick 1962; Robins 1975; Fischer, Happel und Wittfeld 1991; Weber u. Schneider 1992). Hierbei handelt es sich um selbstinitiierte Ausstiegsprozesse, welche durch differenzierte und individuelle Entwicklungsverläufe gekennzeichnet sind. Obwohl dieser Ausstiegsprozess ohne therapeutische Hilfe abläuft, schließt er keineswegs eine Unterstützung von Familie, Freunden, Partner usw. aus. Die Überwindung des Abhängigkeitsstatus geschieht aber letztlich durch die eigene Handlungskompetenz des „Suchtkranken“ (vgl. Schmidt 1996). Das wiederum widerspricht dem Krankheitskonzept, da dieses den Betroffenen zum einen diese Kompetenz abspricht und zum anderen propagiert, dass Hilfe nur durch therapeutische Maßnahmen möglich sei.

Die „Suchterkrankung“ wurde als eine unheilbare chronische Krankheit mit Symptomen wie z.B. dem Kontrollverlust falsifiziert. Es ist erstaunlich, wie sich trotz fehlender empirischer Grundlagen ein so hartleibiger Mythos der Sucht entwickeln konnte, besonders in Bezug auf die Deklaration der Abstinenz als oberstes Therapieziel.

1.2.2 „Suchtpersönlichkeit“

Die in Fallstudien und Fragebögen eruierten Ergebnisse, dass sich Abhängige von so genannten „Nichtabhängigen“ durch persönliche Merkmale unterscheiden und zu einer „Suchtpersönlichkeit“ zusammengefasst werden, sind sehr kritisch zu betrachten.

Die methodische Erfassung der „Suchtpersönlichkeit“ ist durch die Schwierigkeit

gekennzeichnet, dass eine Differenzierung zwischen der Ausgangspersönlichkeit „Suchtkranker“ und der krankheitsimmanenten Persönlichkeitsveränderung nicht möglich ist (vgl. Wiesbeck 1997). Zweifellos wurden Unterschiede sichtbar, aber diese zeigten nur, dass sich die Abhängigen in ihrer Selbstbeurteilung zum Zeitpunkt der Befragung von Nichtkonsumenten unterschieden, was aber wiederum aufgrund ihrer individuellen Erfahrungen zu erwarten war (vgl. Schmerl 1984). Bei der Feststellung, in welchem Maße die Drogenabhängigen von den Standardwerten der Durchschnittsbevölkerung abweichen, wurde versucht, Typologien von Suchtpersönlichkeiten zu isolieren. Dabei stimmen die Autoren nur wenig überein. Eine Untersuchung von Schmerl eruiert, dass in den Persönlichkeitsmerkmalen bei Abhängigen nur eine Erhöhung in der Skala „Schizophrenie“ zu erkennen ist, und dass die Entwicklung und Aufrechterhaltung von süchtigem Verhalten nicht in einer Kausalkette betrachtet werden kann, sondern einen dynamischen Prozess darstellt (vgl. ebd.).

„Vermutlich ist es wahrscheinlicher, daß die von solchen Autoren beschriebenen 'Drogentypen' ihre charakteristischen gemeinsamen Persönlichkeiten eher der gemeinsamen Droge mit ihren spezifischen physiologischen Wirkungen [...] verdanken und/ oder der gemeinsamen Subkultur“ (ebd., S. 73). Die „Suchtpersönlichkeit“ aber ist empirisch nicht belegt.

1.2.3 Genetische Disposition

Das Ergebnis der genetischen Erbllichkeitstheorie, dass Kinder alkoholkranker Eltern viel häufiger selbst eine Alkoholkrankheit ausbilden, berücksichtigt zu keinem Zeitpunkt die so genannte soziale Erbllichkeit. Dies bedeutet, dass eine Korrelation zwischen sozialen und biographischen Merkmalen und der Entwicklung süchtigen Verhaltens bestehen kann. Hierbei soll hervorgehoben werden, dass keinesfalls alle Kinder, nur weil sie z.B. den Konsum ihrer Eltern miterlebt haben, zwangsläufig selbst ein süchtiges Verhalten ausbilden (vgl. Schmerl 1984). Bei der Verifizierung einer genetischen Disposition wird dieser Aspekt ausgeklammert.

In Untersuchungen an Menschen gelang es bis zum heutigen Zeitpunkt nicht, eine

präalkoholische genetische Disposition eindeutig empirisch nachzuweisen. Einige Forscher publizieren Beweise, welche diese These belegen sollen. Diese konnten in Nachuntersuchungen allerdings nur teilweise verifiziert werden, so dass die Stichhaltigkeit dieser Befunde in Frage steht (vgl. Feuerlein 2008). Weiterhin ist die Methodik nicht zweifelsfrei, da z.B. bei der Zwillingsmethode, die Ergebnisse von Untersuchung zu Untersuchung fluktuieren (vgl. ebd.).

Außerdem konnten mittels einer Studie von Roe z.B. die Ergebnisse aus Adoptionsstudien falsifiziert werden. Hierbei untersuchte er 61 adoptierte Kinder und publizierte das Ergebnis, dass der Konsumstil der leiblichen Eltern keinen Einfluss auf das Konsumverhalten der Kinder hatte (vgl. Roe 1944).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es „weder das 'Suchtgen' oder die suchtspezifische Genvariante“ (Dlabal 2008, S.10) gibt.

Die Ansicht der AA, dass die Ursache eines süchtigen Verhaltens in einer Allergie begründet liegt, wurde von Haggard (1944) widerlegt. Er eruierte den Nachweis, dass weder antialkoholische Antikörper vorliegen, noch nachweisbare allergische Reaktionen entstehen. Bis heute konnte kein Nachweis erbracht werden, der diese „Allergiethese“ verifizieren würde (vgl. Schacke 2008).

1.2.4 Hirnpathologische Theorien

„Das wesentliche Ergebnis der neurobiologischen Hirnforschung der letzten 20 Jahre hat der Hirnforscher Professor Manfred Spitzer einmal prägnant mit dem Satz zusammengefasst: 'Das Gehirn lernt immer, tut nichts lieber und kann sowieso nichts anderes'“ (Dlabal, 2008, S.8).

Diese Aussage zeigt, dass die Annahme der Irreversibilität der Prozesse im Gehirn mit den neueren Hirnforschungen nicht im Einklang steht, da das menschliche Gehirn eine viel höhere Plastizität besitzt, als noch vor einigen Jahren angenommen wurde. Diese Flexibilität beinhaltet einen ständigen und lebenslangen Umbau des Gehirns durch Lernmechanismen und somit eine hohe Fähigkeit sich den Anforderungen und Bedingungen der Umwelt anzupassen (vgl. Spitzer 2007). Denn „Belohnung sorgt für Lernen. Lernen bedeutet langfristig die Änderung kortikaler Repräsentationen“ (ebd., S. 183).

Bezüglich des „cravings“ und des „Suchtgedächtnisses“, als Ergebnisse neuronaler Aktivitäten, liegen bis heute keine empirischen Beweise vor.

Viele Aussagen zum „Suchtgedächtnis“ weisen Widersprüchlichkeiten auf, die diese Hypothese fraglich erscheinen lassen. So formulierte Lindenmeyer:

„Zwar bestehen hierbei vorerst mehrere, vollkommen unterschiedliche Paradigmen, und die Ergebnislage ändert sich aufgrund kleiner Probandenzahlen in den Experimenten noch in sehr kurzen Zyklen, trotzdem wurden von allen auf diesem Gebiet tätigen Forschern bislang relativ einheitliche Schlussfolgerungen gezogen, die unter dem Begriff des so genannten 'Suchtgedächtnis' zusammengefasst werden

können“ (Lindenmeyer, 2004, S. 43).

Bei dieser Aussage stellt sich die Frage, wie es möglich ist, dass trotz verschiedener Paradigmen und einer andauernden Veränderung der Ergebnisse, die Forscher trotzdem ein einheitliches Fazit deklarieren können. Außerdem sprechen die kleinen Probandenzahlen nicht für eine Validität der Untersuchungen.

Eine weitere Diskrepanz ist in den Aussagen von Böning zu erkennen. Am Anfang eines Artikels zum Thema „Suchtgedächtnis“ formuliert er:

„Immerhin ist das menschliche Gehirn als lebendige Kommunikationszentrale ein nach allen Seiten hin offenes biologisches Lernsystem“ (Böning 2000 S. 281).

Diese Aussage unterstreicht noch einmal die oben beschriebene Plastizität des Gehirns. Aber einige Sätze später spricht er wiederum von einem „Konstrukt eines irreversibel geprägten 'Suchtgedächtnisses'“ (ebd., S.282). Diese zwei Aussagen widersprechen sich grundlegend, denn wenn man vom Gehirn als flexibles Lernsystem ausgeht, dann entbehrt es jeder Logik im Folgenden eine Irreversibilität des Suchtgedächtnisses zu propagieren.

Abschließend lässt sich zu diesem Thema sagen, dass die „Theorie der Neurobiologie des Suchtgedächtnisses [...] noch eindeutig Hypothesencharakter“ (Kleinemeier 2004, S. 36) trägt und demnach „nicht als bewiesen angesehen werden“ (ebd., S. 36) kann.

Auch das Verlangen („craving“) konnte bis jetzt nicht empirisch verifiziert werden. Dies begründet sich u.a. in der Tatsache, dass „nur wenig über die situativen und neurophysiologischen Einflussgrößen auf Verlangen, über den Zusammenhang zwischen Verlangen und Alkoholkonsum und über geeignete Messmethoden von Alkoholverlangen bekannt ist“ (Lindenmeyer 2001, S. 148). In den bereits durchgeführten Messungen wurde nur teilweise „craving“ angegeben und außerdem „waren die Angaben der Betroffenen hinsichtlich Verlangen in der Regel stärker ausgeprägt als physiologische Reaktionen“ (ebd., S. 148). Diese Ergebnisse erklären sich mit der so genannten „selbsterfüllenden Prophezeiung“. Denn wenn ein Abhängiger durch das Krankheitskonzept die Symptomaten wie z.B. Verlangen „injiziert“ bekommt, dann ist es nicht verwunderlich, dass sich durch diesen Glauben die Ansichten bewahrheiten.

Es ist erstaunlich wie sich trotz fehlender empirischer Beweise dieses Denkmodell erhalten kann und sogar nach Anticravingsubstanzen geforscht wird, um eine Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens medikamentös zum Stillstand zu bringen, obwohl bislang „noch nicht einmal befriedigend geklärt [ist], ob Anticravingsubstanzen überhaupt eine spezifische Wirkung auf das Neurotransmittersystem unter Auslösebedingungen besitzen“ (ebd., S.158). Widersprüchlicherweise wird von dem gleichen Autor propagiert, dass ein „indikationsgeleitete[r] Einsatz von Anticravingsubstanzen [...] bei Alkoholabhängigen“ (ebd., S.159) nahegelegt wird. Außerdem stellt sich bei diesen Substanzen die Frage, ob sie nicht einfach nur sedierend o.ä. wirken und erst dadurch ein Konsum nicht mehr in vollem Maße möglich ist.

Die angedeutete Reversibilitätsannahme der Prozesse im Gehirn gründet vor allem in den schon erläuterten Konditionierungsprozessen. Denn der verhaltenstheoretische Ansatz deklariert, dass die Abhängigkeit ein „erlerntes Verhalten wie anderes, nichtproblematisches Verhalten auch“ (Kruse et al. 2000, S.165) ist, welches durch Konditionierungsprozesse auch wieder verlernt werden kann.

Abschließend soll der gravierendste Widerspruch dieser suchttheoretischen Ansätze aufgezeigt werden. Wie ist es möglich, dass durch das Krankheitskonzept eine Unfähigkeit zur Abstinenz deklariert, andererseits aber diese dem Klienten abgesprochene Abstinenz als Voraussetzung für eine Behandlung und das oberste Therapieziel propagiert wird?

Um diese Diskrepanz hervorzuheben, sei hier der Psychiater und Psychoanalytiker Wurmser zitiert, der sehr treffend formulierte:

Es handelt „sich um eine Krankheitseinheit, die durch Kontrollverlust, also durch die Einbuße innerer Freiheit bis zu völliger Abhängigkeit und Hilflosigkeit, bestimmt sei. Doch dann wird im Handumdrehen von den Kranken verlangt, dass sie auf ihre krankhaften Handlungen und Haltungen willentlich verzichten, um allein so der Vorteile der angebotenen Behandlungen teilhaftig werden zu können“ (Wurmser 1990, S.765).

In diesem Kapitel konnte aufgezeigt werden, dass trotz wissenschaftlicher und logischer Unhaltbarkeit des Krankheitskonzeptes noch immer am obersten Therapieziel und Paradigma der Abstinenz festgehalten wird. „Die Verabschiedung von 'Abstinenz' als

Handlungsmaxime wird daher von vielen eingeklagt“ (Gerlach u. Kemmesies 1990, S. 8).

2. Auswirkungen des Abstinenzparadigmas

Das Paradigma der Totalabstinenz hat mit seiner dogmatischen Eigenschaft viele Auswirkungen auf die Suchttherapie und somit auf die Abhängigen. Diese Tatsache wird in der Praxis nicht berücksichtigt, weil dort nur die erhöhte Lebensqualität mittels der Abstinenz gesehen wird und nicht die oft negativen Konsequenzen.

Im folgenden Kapitel wird eine Auswahl von Auswirkungen dargestellt, ohne dem Anspruch der Vollständigkeit gerecht werden zu können.

2.1 Abstinenz-Verletzungs-Effekt

In seiner traditionellen Definition steht der Abstinenz der erneute Konsum einer Substanz, der Rückfall, gegenüber. Hierbei wird die Abstinenz mit Erfolg und der Rückfall mit einem Misserfolg gleichgesetzt. Es wird propagiert, dass jeder Rückfall einen erneuten Anfang unumgänglich macht und bereits erreichte Ziele hinfällig werden. Diese Sichtweise verhindert ein differenziertes Rückfallverständnis.

Die traditionelle Auffassung bezüglich eines Rückfalls, aus dem ersten Konsum einer Substanz könne automatisch ein Kontrollverlust über das eigene Trinkverhalten resultieren, wurde bereits erläutert und in der Theorie des Kontrollverlustes falsifiziert.

Ein neues dynamisches Rückfallverständnis formuliert Psychotherapeut Körkel im folgenden Zitat:

Es wurden eine „Reihe von Anhaltspunkten dafür gesammelt, daß bei Alkoholabhängigen, die abstinentmotiviert sind, nicht der 'erste Schluck' an und für sich ausschlaggebend dafür ist, wie es mit dem Trinken weitergeht. Ganz wesentlich scheint für den weiteren Verlauf des Trinkens vielmehr die Erklärung zu sein, die sich der Abhängige für den Ausrutscher selbst gibt“ (Körkel 2008a, S. 31).

Diese differenzierte Rückfallbetrachtung, die vom amerikanischen Suchtpsychologen Alan

G. Marlatt (1985) für die Alkoholabhängigkeit konzipiert wurde, unterscheidet zwischen „Ausrutschen“ („lapse“) und Rückfall („relapse“), wobei dieser Ansatz auch auf andere Substanzabhängigkeiten adaptiert werden kann. Als „Ausrutscher“ wird lediglich ein Fehltritt bezeichnet, bei dem eine erste Menge einer Substanz konsumiert wird, auch in Form der „berühmt-berüchtigten“ Schnapspraline. Beim Rückfall dagegen greift der Betroffene auf die Menge zurück, die er vor der Abstinenzphase alltäglich konsumiert hatte (vgl. Körkel u. Schindler 2003).

Ein „Ausrutscher“ wird von kognitiven und emotionalen Prozessen begleitet und bei ungünstigen Verarbeitungsprozessen ein Rückfall forciert. In diesem Fall spricht man vom Abstinenz-Verletzungs-Effekt (AVE). Er stellt eine Auswirkung des diktierten Abstinenzparadigmas dar. Hierbei findet infolge des erstmaligen Konsums die Registrierung des Widerspruchs, Abstinenz versus erneuter Konsum, statt. Danach stellt sich der Betroffene die Frage, wie diese Situation eintreten konnte. Wenn dieser die Erklärung auf die eigenen Persönlichkeitsmerkmale zurückführt, wie z.B. die eigene Unfähigkeit: „Ich bin einfach ein labiler Mensch“, „Mir fehlt der eiserne Wille abstinent zu leben“, dann nimmt die Überzeugung, den weiteren Konsum beeinflussen zu können, ab. In dieser Phase der Ohnmacht und der Resignation scheint das weitere Konsumieren unabwendbar und wird von Gedanken begleitet wie: „Jetzt ist sowieso alles aus“, „Da kann ich auch gleich weiter konsumieren“, „Es hat alles keinen Sinn“. Der Glaube des Betroffenen diesem Rückfallgeschehen ausgeliefert zu sein, nimmt ihm sowohl die Zuversicht jemals abstinent leben zu können, als auch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Infolgedessen treten Schuld- und Schamgefühle auf, sowie Gedanken: „Ich kann niemandem mehr ins Gesicht sehen“, „Ich habe versagt“. Mit einem weiteren Konsum werden diese zu dämpfen versucht. Die aufgezeigten inneren und äußeren Prozesse stellen eine große Belastung für die Betroffenen dar. Damit einhergehende Gefühle und Handlungen anderen anzuvertrauen fällt ihnen schwer. Sowohl die Angst vor Verurteilung als auch die damit verbundenen „Heimlichtuereien“ können wiederum selbst Anlass für einen weiteren Konsum werden (vgl. ebd.).

Auf dieser Grundlage ist der Rückfall keine Reaktion des Körpers, sondern eine gedankliche Verarbeitung. Die Ansicht, dass ein erneuter Konsum einen Rückfall darstellen

würde, welcher mit einem Misserfolg einhergeht, fördert das Eintreten eines AVE. Es besteht die Gefahr, dass sich der Betroffene selbst als Versager wahrnimmt, als eine gescheiterte Person. Außerdem wirkt hierbei der so genannte „Schnapspralinenmythos“, welcher postuliert, dass nach dem kleinsten Konsum ein biochemischer Prozess eintreten würde, als eine „selbsterfüllende Prophezeiung“. Denn die „Person gibt ihre durchaus noch vorhandene Steuerungsfähigkeit auf, weil sie glaubt, diese nicht (mehr) zu besitzen“ (ebd., S.28). Das Denkmodell des Kontrollverlusts, das Abhängigen in Entwöhnungsbehandlungen und Selbsthilfegruppen suggeriert wird, ist kritisch zu betrachten. Verheerende Folge kann sein, dass die überspannte Erwartung der lebenslangen Abstinenz die Betroffenen bei „Ausrutschern“ vor schwere Krisen stellt, die wiederum durch den AVE in einem tatsächlichen Rückfall enden können. Dabei muss dieser nicht per se als ein negatives Ereignis gesehen werden, denn in der neueren Rückfallforschung wird der Rückfall als wichtiger Teil in dem dynamischen Prozess einer „Abhängigkeitsüberwindung“ gesehen. Kritisch jedoch ist es wenn durch die Deklaration der Abstinenz Rückfälle produziert werden.

Abschließend ist zu formulieren, dass ein „Ausrutscher“ nicht dramatisiert werden sollte. Hierzu gehört auch alles zu unterlassen, „was die Selbststeuerungskräfte der abhängigen Person untergraben könnte“ (ebd, S. 17), wie z.B. die Verbreitung des „Schnapspralinenmythos“ und die Erreichung der Abstinenz als die Messlatte des Erfolgs einer Behandlung.

Dieser Prozess steht ebenfalls im Zusammenhang mit Labeling-Prozessen, welche im Folgenden kurz erläutert werden.

2.2 Labeling approach

„Es geht nicht mehr um die individuelle Tugend- oder Lasterhaftigkeit, sondern um die Unterwerfung des einzelnen, indem ihm die sozial abweichende Rolle des Suchtkranken oder Drogenabhängigen aufgebürdet und das Abstinenzprinzip von außen auferlegt wird“ (Petry 1989, S. 108).

Diese Aussage verdeutlicht die Problematik von äußeren Zuschreibungen sozial abweichenden Verhaltens, so genannten Labeling-Prozessen. Die Thematik wird hier in Verbindung mit dem Abstinenzparadigma gebracht.

Der Grundgedanke des labeling approach beinhaltet, dass abweichendes Verhalten durch gesellschaftliche Definitions- und Zuschreibungsprozesse produziert wird. Hierbei erfolgt, im Gegensatz zu anderen Theorien abweichenden Verhaltens, eine Abkehr von der ätiologischen Orientierung hin zur Analyse der Etikettierungs- und Zuschreibungsprozesse als gesellschaftliche Reaktionen (vgl. Lamnek 1994).

Im Rahmen von Interaktionen werden bestimmte Verhaltensweisen mit dem Attribut „abweichend“ versehen (vgl. ebd.). Die sozial abweichende Rolle des „Suchtkranken“ wird erst durch die Reaktionen der sozialen Umwelt auf bestimmte Verhaltensweisen konstruiert und nicht durch das Verhalten selbst. Die medizinische Diagnose „Suchtkrankheit“ stellt eine Grundlage für die Etikettierung eines Abhängigen als „sozialen Abweichler“ dar und zeigt, dass der angebliche „Vorteil“ des Krankheitskonzeptes der Enttabuisierung und Entstigmatisierung nicht haltbar ist. Wenn die darin deklarierte Abstinenz verletzt wird erfolgen weitere Etikettierungen, welche von zwei Grundvorstellungen dominiert werden, die sich in einigen Gedanken auch überschneiden (vgl. Petry 1993). Ausgehend vom Krankheitskonzept erfolgt die Zuschreibung als „Rückfälliger“. Die moralische Sichtweise spricht hierbei von „Willensschwachen“, aufgrund der Einstellung die Abstinenzhaltung sei eine Frage des Wollens und der Willensstärke.

Weiterhin muss kritisch betrachtet werden, dass durch die Etikettierung „abweichend“ Mechanismen der „selbsterfüllenden Prophezeiung“ wirksam werden, sodass sich der „Abweichende“ auch abweichend verhalten wird, bzw. Verhaltensweisen als abweichend definiert werden. Also bedeutet diese Tatsache, dass ein solches Etikett „als eine selbst erfüllende Prophezeiung vorhandene Probleme verstärkt, wenn nicht erst erzeugt“ (Spode 2005, S. 116). Diese Problematik verdeutlicht der AVE. Er zeigt, dass Etikettierungen wie z.B. „Suchtkranke“ mit Gedanken der Willensschwäche und der eigenen Labilität einhergehen können und somit Probleme, wie z.B. einen „Ausrutscher“, verstärken. Wenn eine Person aufgrund solch einer Zuschreibung daran glaubt, dass der Konsum einer

Weinbrandbohne einen Rückfall auslöst, so wird sich dies als „selbsterfüllende Prophezeiung“ oft auch bewahrheiten.

Die Zuschreibung des Etiketts „abweichend“ erfolgt selektiv, wodurch gleiche Verhaltensweisen sowohl als „abweichend“ als auch konform definiert werden können“ (ebd., S. 24). Der Konsum einer Person, die bisher abstinent lebte wird nicht als sozial abweichend definiert. Im Gegensatz dazu wird der erneute Konsum eines schon als sozial abweichend zugeschriebenen Abhängigen als „Rückfälliger“ etikettiert. Somit wird dieses gleiche Verhalten „gruppen-, situations- und personenspezifisch“ (ebd., S. 24) unterschiedlich definiert.

Die Zuschreibung von sozial abweichendem Verhalten erfolgt zum einen durch formelle Instanzen sozialer Kontrolle, also z.B. durch die Institutionen in der Suchthilfe. Zum anderen geschehen Etikettierungen durch die Gesellschaft, als Akteure informeller sozialer Kontrolle, wobei das Alltagsdenken durch das Krankheitskonzept und besonders durch moralisch-wertende Komponenten geprägt ist. Menschen gehen beispielsweise davon aus, dass man durch einen starken Willen mit dem Konsum einer Substanz aufhören könne. Dieses Denken wird auf die Abhängigen übertragen und wenn sie diese nicht erfüllen, werden sie als „willensschwach“ abgewertet. Außerdem ist die Ansicht allgegenwärtig, dass süchtiges Verhalten mit einem selbst gewählten, oft negativ bewerteten Leben in Verbindung stehe (vgl. Lamnek 1994).

Besonders die institutionellen Kontrollinstanzen verfügen über eine hohe Definitionsmacht, womit sie jene Normen durchsetzen können, um gesellschaftlich unerwünschtes Verhalten zu definieren oder zu sanktionieren. Die Normsetzung an sich konstituiert nicht allein abweichendes Verhalten, sondern auch die Anwendung von Normen (vgl. Lamnek 1994).

Diese Zuschreibungsprozesse reduzieren den Verhaltensspielraum der „gelabelten“ Person und es kommt infolgedessen zu einer Verengung der sozialen Möglichkeiten (vgl. Lamnek 1996). In Bezug zur lebenslangen Totalabstinenz bedeutet dies, dass die Betroffenen viele Situationen, wie z.B. einen Kneipenbesuch als Risiko und belastende Situation wahrnehmen und sie somit meiden. Besonders problematisch wird es, wenn dadurch Betroffene nicht an sozialen Aktivitäten, wie beispielsweise einem Ausflug mit Arbeitskollegen o.ä., teilnehmen können bzw. wollen. Hierbei ist außerdem wichtig zu erwähnen, dass durch die Zuschreibung dieser sozial abweichenden Rolle die

Möglichkeiten, u.a. in Bezug auf den Arbeitsmarkt, in vielen Fällen sehr eingeschränkt sind und die Betroffenen sozial ausgegrenzt werden. Dies können Gründe dafür sein, dass einige Klienten „krankheitsuneinsichtig“ sind, da sie sich aus nachvollziehbaren Gründen weigern, das Etikett eines sozial abweichenden „Suchtkranken“ anzunehmen und mit den Folgen zu leben.

Abschließend ist zu formulieren, dass es durch die Zuschreibung des Abweichens und die „Praktizierung solcher als abweichend klassifizierten Verhaltensweisen und deren interner Konformität (abweichende Verhaltensweisen und abweichende Person bzw. Persönlichkeit)“ (Lamnek 1996, S. 218) zur Bildung einer abweichenden Identität kommen kann. Eine Zuspitzung erfolgt, wenn aufgrund der Labeling-Prozesse eine Änderung der Selbstwahrnehmung stattfindet und es zu einer Übernahme der abweichenden Rolle in die Identität der Person kommt sowie abweichende Verhaltensweisen sich weiterhin verfestigen.

2.3 Therapeutisches Argument – Fehlende Haltekraft

Es wurde ausreichend erläutert, dass die Abstinenz als Voraussetzung und das oberste Therapieziel in der Suchttherapie deklariert wird. Im Folgenden sollen die oft nicht bedachten Auswirkungen dieser Abstinenzfixierung auf die therapeutische Behandlung aufgezeigt werden. Letztlich münden sie in eine geringe Haltekraft der Klienten innerhalb der Suchttherapie.

Durch die Vorgabe des Therapiezieles der lebenslangen Totalabstinenz wird in der Suchttherapie nicht zieloffen gearbeitet. Somit hat der Klient nicht die Möglichkeit eigene und ehrliche Zielaussagen zu treffen. Die Zielvorstellungen des Klienten werden ignoriert, obwohl diese die „Grundlage einer effektiven und ethisch legitimierten Therapie“ (Körkel 2000a, S. 54) darstellen.

Zwei Studien, welche Klienten in der Suchttherapie zu ihren Zielsetzungen befragten, kamen zu dem Ergebnis, dass für ca. 1/3 der Befragten „weder zu Beginn noch am Ende der stationären Therapiemaßnahme die 'totale Abstinenz' das Ziel der Wahl ist“ (Körkel u.

Schindler 1999, S. 175). Dies zeigt, dass bei einem großen Anteil der Klienten in der Suchtbehandlung die individuellen Ziele nicht erkannt werden und somit „vorbeitherapiert“ wird bzw. sie gegen ihren Willen auf Abstinenz „getrimmt“ werden. Das Risiko der Entlassung ist der Grund, warum die Klienten nicht offen über Ziele sprechen, die nicht die dauerhafte Abstinenz beinhalten. Diese Verheimlichung läuft „einer Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtproblematik entgegen, statt sie zu fördern“ (Körkel 2004, S. 71). Diese Tatsachen sprechen nicht für eine hohe Qualität der Suchtbehandlung.

Für viele Klienten ist diese Zielvorgabe unrealistisch und knüpft nicht an ihre persönlichen Ressourcen, individuellen Hintergründe und aktuellen Probleme an. Ein viel genanntes Beispiel zu dieser Thematik sind die mehrfachgeschädigten chronischen Alkoholiker, die oft keine Notwendigkeit sehen eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen (vgl. Kruse et al. 2000). Von den Abhängigen selbst wird in der Therapie oft eine suchstofffreie Zeit sowie Erholung angestrebt. In der Folge möchten sie weniger konsumieren, aber nicht dauerhaft abstinenter leben. Die eindimensionale Betrachtungsweise in der therapeutischen Arbeit orientiert sich nicht an den Bedürfnissen der Klienten. Dies lässt sich durch die Annahme der traditionellen Suchttherapie verdeutlichen, die davon ausgeht, dass die lebenslange Abstinenz zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt und somit das oberste Ziel der Suchttherapie sein muss. Die Tatsache, dass „Abstinenz für sich als Ziel keine Verbesserung der Lebensqualität garantiert“ (Kleinemeier 2004, S. 38) wird scheinbar nicht bedacht oder auch ignoriert. Dies zeigt, warum viele Autoren von einer „monopolistischen Therapiediktatur“ sprechen (vgl. Degkwitz 1998), denn die Suchttherapie bestimmt verallgemeinernd für alle Abhängigen, dass die Abstinenz die Grundlage für ein zufriedenes Leben darstellt, anstatt individuumspezifische Zielsetzungen zu unterstützen. Aber diese Annahme besitzt nicht für alle Gültigkeit.

Aus systemtheoretischer Sicht lässt sich diese Thematik weiterhin genauer betrachten. In den so genannten „Suchtfamilien“ wird das Zusammenleben durch die Substanz reguliert. Wenn eine Abstinenz vorgegeben wird, kann der Wegfall dieses Mittels dazu führen, dass Beziehungskonflikte direkt sichtbar werden, zunehmen oder massiv auftreten (vgl. Körkel 1992). Weiterhin kann es bei einigen Klienten im Zuge der Abstinenz zu einem „Anstieg an Ängsten, dysphorischen Stimmungen, psychotischen Symptomen oder suizidalen Tendenzen und damit zu einem Absinken von Lebensqualität kommen“ (Kruse et al. 2000, S. 202). Die

Abstinenz kann somit nicht als die Erlösung von der „Suchterkrankung“ deklariert werden, da auf die Substanz verzichtet werden soll, der bisher „bei der Regulierung der 'psychischen und soziale Homöostase' eine wichtige Bedeutung zugekommen ist“ (Körkel u. Kruse 1997, S. 168).

Neben der erläuterten fehlenden Zieloffenheit und Bedürfnisorientierung muss auch der Aspekt der fehlenden Bedarfsorientierung kurz Beachtung finden. Der Behandlungsbedarf und die Behandlungsrealität stimmen in der suchttherapeutischen Behandlung nicht überein. Es ist von immanenter Bedeutung, dass es z.B. Entwicklungen in dem Behandlungssystem hin zu ambulanten Entgiftungen und integrierten ambulant-stationären Maßnahmen gibt, sowie weniger wohnortferne Behandlungen. Dies ist notwendig, weil einige Klienten ihre Familien oder auch ihren Arbeitsplatz nicht verlassen wollen oder können. Es gibt Veränderungen in Deutschland aber oft „handelt es sich um exklusive Modellprojekte, die vorzeigenswerte Innovationen offenbaren, nicht aber um den allgemein erreichten oder bald zu erreichenden Stand der Versorgung“ (Kruse et al. 2000, S. 239) mit abzudecken. Die Angebote sind ungenügend vernetzt und nicht für alle verfügbar. Die Praxis gestaltet sich nach den finanziellen Vorgaben der Kostenträger, die bestimmen was für die Klienten geeignet ist. Des Weiteren wird man dem Behandlungsbedarf dahingehend nicht gerecht, dass von geschätzten vier Millionen Alkoholabhängigen nur 1,6 % eine Bewilligung für eine Rehabilitationsmaßnahme erhalten und 5,3% eine stationäre Entgiftung durchführen (vgl. ebd., S. 240)³. Diese Zahlen sind aber nicht nur der Vernetzung geschuldet, sondern auch der Tatsache, dass das Abstinenzparadigma für viele eine abschreckende Wirkung besitzt, da z.B. bei einer Entgiftung ein großer Teil der Klienten nur eine Cleanzeit, aber keine Therapie und lebenslange Abstinenz anstrebt.

Infolge dieser aufgezeigten Tatsachen kann keine hohe Haltekraft der Klienten in den therapeutischen Behandlungen vorliegen. Dies wird noch einmal besonders durch den § 35 BtMG „Therapie statt Strafe“ unterstützt. Dieser impliziert, dass Menschen durch äußeren Druck in eine Behandlung gedrängt werden, ohne dass sie Abstinenz anstreben. Sie müssen

3 Da es sich als schwierig herausstellt empirische Zahlen für die Gesamtheit der abhängig Konsumierenden zu finden, soll anhand der Alkoholabhängigen die Sachlage aufgezeigt werden. Bezüglich der Proportionen ist davon auszugehen, dass sie die Gesamtheit der so genannten „Suchtkranken“ und ihrer Kontakte zum Suchthilfesystem ausreichend darstellen.

ihr wahres Konsumziel verheimlichen, „um keine Zwangsentlassung mit ihren negativen Folgen“ (Körkel 2004, S. 71), wie z.B. eine Haftstrafe, zu riskieren. Man geht davon aus, dass sich ca. 80 % der Klienten nicht freiwillig in der Suchttherapie befinden, sondern infolge von richterlichen Auflagen bzw. der „Entscheidung“ zur Therapie nach § 35 ff BtMG (vgl. Buschkamp 1997). Diese strafrechtlich begründeten Therapien zeigen das Interesse der Gesellschaft, Süchtige therapeutisch zu behandeln ohne auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen.

Ein weiterer Gedanke, der einen Zusammenhang mit der geringen Haltekraft in der Suchttherapie aufweist, ist die Thematik der Motivation. Oft wird davon gesprochen, dass die traditionelle Behandlung unter der mangelnden Motivation der Klienten leidet. Um weitere Gedanken dazu zu formulieren, ist es wichtig den Motivationsbegriff zu systematisieren, wobei die Unterscheidung der Abstinenz- und Behandlungsmotivation für diese Thematik besonders elementar ist.

Eine geringe Behandlungsmotivation bedeutet hierbei, dass der Klient mit der Entscheidung des professionell Behandelnden bezüglich einer Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlung nicht einverstanden ist. Davon abzugrenzen ist die geringe Abstinenzmotivation, welche die Unwilligkeit beinhaltet seinen Konsum ganz einzustellen (vgl. Kruse et al. 2000). Somit ist es z.B. möglich, dass jemand motiviert ist seine Konsummenge zu reduzieren, was eine hohe Veränderungsmotivation bedeutet, aber nicht durch eine „professionelle Behandlung und auch nicht auf den Pegel von null“ (ebd., S. 175). Daraus folgt, dass eine fehlende Abstinenzmotivation noch lange nicht impliziert, dass ein Klient keine Veränderungs- oder Behandlungsmotivation hätte. Jedoch in der Praxis bedeutet eine fehlende Abstinenzmotivation oft einen Ausschluss aus der traditionellen Suchttherapie. Bezug nehmend auf die besprochene Zielsetzung ist hervorzuheben, dass erst bei einer intrinsisch erfolgten Abstinenzmotivation die Abstinenz ein realistisches Ziel darstellt, welches Chancen auf Erfolg aufweist.

Bei gescheiterten Behandlungen sehen die Suchttherapeuten den Grund einseitig in der fehlenden Behandlungsmotivation der Klienten. Aber oft ist dies ein Problem, welches durch die Therapie selbst verursacht wird. Zuerst wird die Substanz, die ein wichtiges Mittel in der Lebensbewältigung darstellt, abrupt entzogen. Dieser Umstand ist für viele, wie schon besprochen, keine positive Entwicklung. Des Weiteren müssen sich die Betroffenen mit ihrer

zugeschriebenen sozial devianten Rolle identifizieren und die Trennung von ihrer vertrauten Umgebung in Kauf nehmen sowie mit allen drogenbezogenen Werten brechen. Außerdem wird in der Therapie eine Verhaltensänderung gefordert und bei Nonkonformität muss der Betroffene sich strafenden Therapieritualen aussetzen (vgl. Petry 1989). Diese Tatsachen zeigen, dass es anmaßend ist von einer geringen Behandlungsmotivation seitens der Klienten zu sprechen, ohne dabei die Therapiekonzepte und ihre negativen Folgen auf die Motivation zu bedenken. Außerdem lässt sich dadurch erkennen, warum viele Abhängige keine Suchttherapie anstreben und wenn doch, warum die Haltekraft in solchen Behandlungen so gering ist.

Dass die Abstinenz als oberstes Therapieziel von vielen nicht getragen und angenommen wird, dass die Haltekraft in Suchttherapien gering ist und dass die Abstinenz viele negative Auswirkungen besitzt, lässt sich noch durch einen weiteren Zusammenhang erläutern: durch die Gefahr der Bürde. In den Therapiekonzepten wird deklariert, dass die Abstinenz eine Chance darstellt sich von Problemen zu befreien, z.B. von zerrütteten Partnerschaften, körperlichen Schädigungen, Arbeitsplatzverlust. Dabei wird nicht bedacht, dass das Therapieziel Abstinenz auch eine Bürde für die Betroffenen und den therapeutischen Prozess bedeuten kann. Für Klienten kann Abstinenz mehr Bürde als Freiheit bedeuten, besonders wenn durch diese Zielsetzung der Rückfall nur als negatives Ereignis gesehen und er somit zu einem Misserfolg deklariert wird. Dadurch entwickeln die Klienten Angst vor dieser Situation, was zu einer Einschränkung von Reifungs- und Entwicklungsprozessen führen kann. Außerdem wird die frühere Konsumzeit nur negativ betrachtet, wodurch die Integration in das Leben erschwert wird. Das „im Rausch gelebte Leben [wird] als Vergangenes nicht nur negativ bewertet, sondern auch einer anderen, nämlich der 'früheren' oder 'süchtigen' Person zugeschrieben, als hätte diese nichts mit der 'jetzigen', 'nüchternen' zu tun“ (Lieb 1994, S. 112). Im Hinblick auf den therapeutischen Prozess werden durch die Abstinenzfixierung wichtige Themen, wie z.B. die eigentliche Zielsetzung, nicht erörtert und somit Reifungsabschnitte übersprungen. Nicht zu vergessen ist die Tatsache, dass es eine Bürde für den Betroffenen ist nicht selbstständig die Entscheidung über die Zielsetzung treffen zu können (vgl. ebd.).

Diese Ausführungen konnten belegen, dass viele einzelne Komponenten in der suchttherapeutischen Behandlung vorliegen, welche zu einer geringen Haltekraft der

Klienten in den Maßnahmen beitragen. Dafür spricht die hohe Abbrecherquote während der Behandlung. Schneider (2000) spricht von 65% Therapieabbrechern in den ersten vier Monaten. Rückfälle, sowohl während der Therapiezeit als auch nach einer Behandlung, zeugen von einer Therapie, die nicht an den Bedürfnissen, Zielen und Vorstellungen der Klienten ausgerichtet ist. Es wird an ihnen „vorbeitherapiert“ und somit ist es nicht verwunderlich, dass ca. 20% während der Behandlung und ca. 54% vier Jahre nach der Beendigung einer stationären Therapie rückfällig werden (vgl. Kruse u. Körkel 1995). Diese Zahlen beinhalten nur die registrierten Rückfälle, wobei man von einer höheren „Dunkelziffer“ ausgehen kann.

Abstinenzprogramme fördern auch negative Erwartungen, z.B. durch die Deklarationen, dass man bei einem ersten Konsum wieder schwer rückfällig werden könnte. Zum anderen befürchten Betroffene immer wieder in Situationen zu geraten, in denen sie erneut in „Versuchung kommen“ könnten. Diese Ansichten, die in den therapeutischen Maßnahmen propagiert werden, tragen zu Rückfällen bei.

„Die Abstinenz lässt sich langfristig durch therapeutische Maßnahmen nicht wesentlich beeinflussen. Entsprechend dem Realitätsprinzip kann sie keine sinnvolle und erst noch übergeordnete Zielsetzung sein“ (Meili, Dober u. Eyal 2004a, S. 5).

Denn nur ca. 2/9 aller Abhängigen leben abstinent weiter (vgl. Meili, Dober u. Eyal 2004b). Dies bedeutet, dass ca. 70-80% der Abhängigen als rückfällig angesehen werden (vgl. Schmerl 1984) und somit diese vorgegebene Zielsetzung für sie nicht die richtige war.

Um die geringe Haltekraft und die hohen Abbrecher- und Rückfallquoten zu verändern, ist es unabdingbar, dass die Ziele in der Behandlung durch explizite Zielabsprachen von den Klienten selbst bestimmt werden. Denn intrinsische Ziele ziehen eine „höhere Persistenz bei Zielblockaden und einen höheren Enderfolg als von außen vorgegebene Ziele nach sich“ (Körkel 2004, S. 73) und unrealistische Ziele werden eher aufgegeben, um neue realistischere Ziele zu erörtern. Somit sollte nicht die Abstinenz selbst das Ziel sein, sondern die Entscheidung über diese oder andere Ziele (vgl. ebd.). Dabei darf kein Ziel minderwertig sein oder sogar ausgeklammert werden. Daraus resultieren sowohl eine höhere Behandlungsmotivation als auch eine höhere Haltekraft in den Therapien, sowie

eine Förderung der Autonomie.

2.4 Ethisches Argument – Fehlende Autonomiewahrung

„Autonomie“ wird in deutschen Wörterbüchern mit folgenden Schlagworten beschrieben: z.B. Unabhängigkeit, Eigengesetzlichkeit, Selbstständigkeit und Willensfreiheit (vgl. Bertelsmann 2004; Wahrig 2006; Duden 2007). Leider werden diese Wörter in der Praxis der Suchttherapie nicht umgesetzt. Ein wichtiges Teilziel in den Therapiekonzepten ist die Stärkung der persönlichen Autonomie. Die praktische Umsetzung hat mit der Theorie jedoch wenig gemeinsam. Es besteht ein regelrechter Widerspruch, wenn Therapieeinrichtungen auf der einen Seite von „Autonomiestärkung“ der Klienten sprechen und „im gleichen Atemzug schreiben sie vor, wofür sie sich zu entscheiden haben, nämlich für Abstinenz“ (Körkel 2004, S. 71). Ohne das Recht auf Selbstbestimmung der Therapieziele ist es unmöglich, von einer Autonomieförderung zu sprechen. Im Gegenteil, es erfolgt geradezu eine Entmündigung der Betroffenen.

Im Folgenden werden einige Grundlagen zu ethischen Prinzipien therapeutischen Handelns aufgezeigt.

Die in unserer Gesellschaft als fundamental propagierte Maxime der Autonomie des Menschen ist auch im therapeutischen Handeln zu gewährleisten (vgl. Körkel 2001). Daraus lässt sich ableiten, nichts gegen den Willen des Menschen zu tun sowie keine Ziele zu verfolgen, die nicht mit dem Klienten explizit vereinbart sind. Ethisch betrachtet ist es elementar, die Entscheidung über das Ziel der Abstinenz oder eines kontrollierten Konsums sanktionsfrei zu besprechen und letztlich das Ziel aufzugreifen, welches der Klient selbst anstreben möchte. In der Behandlung ist die vorhandene Autonomie zu respektieren, zu fördern und zu erweitern (vgl. ebd.).

Die Autonomie umfasst demzufolge die „Möglichkeit und Fähigkeit, frei zu urteilen und zu handeln“ (Kruse et al. 2000, S.204).

Ein weiterer ethischer Grundsatz bezieht sich auf die Tatsache, dass von einer Person nichts gefordert werden kann, wozu sie im Moment nicht in der Lage ist. Dieses so

genannte „Brückenprinzip“ lässt sich mit der Aussage „Sollen setzt Können voraus“ zusammenfassen (ebd., S. 203). So ist die Abstinenz als Therapieziel „nur dann ethisch zu rechtfertigen [...], wenn die Person zu einer abstinenten Lebensweise fähig ist“ (ebd., S. 204). Wie schon besprochen ist dies einigen Klienten aus den verschiedensten Gründen nicht möglich, da sie die Ressourcen oder auch den Willen dazu nicht besitzen. Das ist moralisch nicht abzuwerten, sondern als legitim anzusehen und gehört zum Recht auf Selbstbestimmung und Freiheit.

In der Praxis stellen diese ethischen Maxime aber keine Grundlage für das therapeutische Handeln dar. Die fehlende Entscheidungs- und Willensfreiheit der Klienten wird noch einmal besonders durch den schon erläuterten § 35 ff BtMG untermauert. Auch die ausgrenzenden Labeling-Prozesse tragen zu einer Entmündigung der Betroffenen bei. Diese vorherrschende „monopolistische Therapiediktatur“ verträgt sich nicht mit den ethischen Grundgedanken der Autonomiewahrung und -förderung.

Durch die Aberkennung des Selbstbestimmungsrechtes, aufgrund der irrigen, jeglicher Legitimation entbehrenden Annahme von Persönlichkeitsdefiziten und einem Mangel an Realitätsbezug, kann man hierbei auch von einer Desobjektivierung der Betroffenen sprechen (vgl. Gerlach u. Kemmesies 1990). Aus diesen aufgezeigten Tatsachen lässt sich somit schließen, dass die Therapiekonzepte auf keiner ethischen Grundlage aufbauen, da sich die „Professionellen“ über die Betroffenen stellen und Entscheidungen über deren Köpfe hinweg treffen. Verhaltensweisen und Ziel werden in „richtig“ und „falsch“ eingeteilt und nicht hinterfragt, sondern als wahre Realität angenommen. Eine therapeutische Maxime besteht jedoch darin, dass sich Klienten grundsätzlich freiwillig in die Behandlung begeben müssen und diese jederzeit beenden können, damit sie erfolgreich ist. Betroffene sind selbst in der Lage Entscheidungen über ihr Leben zu treffen. Verhaltensänderungen können nicht erzwungen werden, wenn man sie selbst nicht erreichen möchte. In der Suchttherapie sind „Vorabdefinitionen von Entwicklungsperspektiven in Richtung konventioneller Lebensstile“ (ebd., S. 2) vorherrschend und infolgedessen haben eigene, subjektive Identitätskonzepte keinen Platz. Dabei sollte die Wahrung und Förderung von Autonomie der Qualitätsmaßstab eines Suchthilfesystems sein (vgl. Körkel 2004), denn jeder Mensch hat das Recht über seine Lebensform und seine Zukunft selbstständig zu entscheiden.

2.5 Versorgungspolitisches Argument

Infolge der Abstinenzfixierung kommt es zu einer Reglementierung von Hilfsangeboten. Ein großer Teil der hilfsbedürftigen Abhängigen wird von den suchttherapeutischen Maßnahmen ausgeschlossen bzw. gar nicht erst erreicht, weil die Kostenträger (Rentenversicherungsträger, Krankenkassen) nur das Ziel der Abstinenz finanzieren.

Einige Argumente zu diesem Thema wurden in den vorangegangenen Abschnitten schon einmal kurz genannt und sollen im Folgenden gebündelt und ausführlicher erläutert werden.

Im „Gegensatz zum Angebots- und Behandlungsbedarf ist die Erreichungsquote von Menschen mit [Konsumproblemen] in der gegenwärtigen Suchthilfe gering“ (Körkel 2001, S. 17). Die Gründe dafür liegen, neben der Angst vor der Etikettierung als „Suchtkranker“, besonders in der Abstinenzfixierung, da sie für einen Teil der Klienten eine unrealistische Zielsetzung bedeuten und somit diese Menschen ausgeschlossen werden. Die hohen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Suchttherapie, wie z.B. die Abstinenz, sind so konzipiert, dass zu den Leistungspotentialen der Klienten eine unüberwindbare Diskrepanz besteht. Es ist ein „elitäres Angebot für wenig Auserwählte, weil die meisten Abhängigen nicht bereit seien, sich den restriktiven Vorgaben der Therapieeinrichtungen zu beugen“ (Bader 2004, S. 24). Des Weiteren sind die Behandlungen nicht schnell und unbürokratisch zugänglich, was aber für die Klienten elementar ist.

Viele Klienten haben die Vorstellung eine Therapie lediglich deshalb zu absolvieren, um nach einer abstinenten Phase der Erholung weniger zu konsumieren. Bei solchen Zielvorstellungen werden diese Klienten oft gar nicht erst aufgenommen bzw. entlassen. Trotz einer positiven Entwicklung im Umgang mit Rückfällen drohen bei diesen nach wie vor disziplinarische Entlassungen.

Die Abstinenz als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Hilfen hat nicht nur Auswirkungen auf die Erreichbarkeit von Suchttherapien, sondern auch auf Beratungsstellenangebote und Selbsthilfegruppen. Klienten, die keine Abstinenz anstreben,

nehmen weder Beratungsstellen noch Selbsthilfegruppen in Anspruch. Bei Letzteren kommt hinzu, dass sie ohnehin eine geringe Anziehungskraft besitzen, weil die Betroffenen bei einem Rückfall moralische Sanktionen befürchten (vgl. Körkel 1995).

Durch das Abstinenzparadigma ist nicht jedem Abhängigen ein einfacher Zugang zu den Hilfsangeboten möglich und somit werden Personen, wie z.B. aus „offenen Drogenszenen“ und mehrfachgeschädigte chronische Abhängige nicht erreicht. Das sollte aber das Ziel einer „am öffentlichen Gemeinwohl orientierten Gesundheits- und Sozialpolitik“ (Körkel 2001, S. 17) sein. Um viele abhängig Konsumierende zu erreichen ist es notwendig, „unterschiedliche Behandlungsziele und differenzierte Wege zur Zielerreichung – und das heißt auch Reduktionsangebote – vorzuhalten“ (ebd., S. 18).

Durch die Festschreibung der Drogenabhängigkeit als Krankheit und die Institutionalisierung wird die Nachfrage nach therapeutischen Dienstleistungen gesichert. Durch die Dramatisierung des Drogengebrauchs wird aus ökonomischer Sichtweise ein „Riesenbedarf“ künstlich erzeugt, denn es „liegt im Interesse helfender und heilender Berufe, ihre Schäfchen zu mehren“ (Spode 2005, S. 111). Das klassische Krankheitsmodell leistet hierbei gute Dienste, denn das „Abstreiten von Problemen gilt ihm als Krankheitsbeweis; als self-fulfilling Prophecy weist es den Weg in den therapiebedürftigen 'Tiefpunkt'; und mit [der Co-Abhängigkeit] wird zugleich das Laiensystem pathologisiert“ (ebd., S. 111). Hierbei spielen auch die ca. 80% „Auflagekunden“ eine große Rolle, denn keine Einrichtung würde noch existieren, wenn die Justiz nicht für immer neue Klienten sorgen würde (vgl. Schmid 2003). Dieses Krankheitsmodell bietet immer weitere Wege um neue Märkte zu öffnen. Auch die Industrie macht „an den positiv sanktionierten Drogen ihre besten Profite“ (Schmerl 1984, S. 186), denn sie verdient z.B. an den Kontrolltechniken.

Die abstinenzorientierten Angebote haben „sich mehr und mehr im Sinne der Erreichung eines langfristigen Abstinenzstatus als ineffizient erwiesen“ (Schneider 2000, S. 9) und es tritt der so genannte „Drehtüreneffekt“ ein. Die Klienten gelangen durch die Nichterreichung des überhöhten Abstinenzzieles immer wieder neu in das Suchthilfesystem und es mündet in einen „end- und bodenlosen“ Bedarf.

„Es bleibt festzuhalten: Die Abstinenzfixierung hat dazu beigetragen, daß ein Teil der hilfebedürftigen Süchtigen aus Behandlungen gänzlich ausgegrenzt oder ihm keine seiner Problemlage angemessene Maßnahme zuteil wird“ (Körkel 1995, S. 53).

Die Abstinenz ist die Behandlungsvoraussetzung, das oberste Therapieziel, ein Ausschlusskriterium und der Maßstab für die Therapiebewertung. In der traditionellen Suchttherapie bzw. dem ganzen Drogenhilfesystem wird vergessen, dass die Abstinenz der Grund für eine Reihe von negativen Konsequenzen für die Abhängigen ist. Die Abstinenzfixierung fördert Rückfälle, macht die Abhängigen zu Außenseitern, verhindert eine individuumsspezifische Therapie, entmündigt die Klienten und schließt einen großen Teil der Betroffenen von Hilfsangeboten aus.

Im Zuge dieser Überlegungen taucht eine weitere Frage auf: Wie ist es möglich, dass ein solches Paradigma in einer Gesellschaft existiert, in der die Abstinenz eine Ausnahme darstellt? Nur ca. 8% der Männer und 11,3% der Frauen in Deutschland haben in den letzten 12 Monaten keinen Alkohol konsumiert (vgl. Kruse et al. 2000). Dabei wurden noch nicht einmal die hohen Dosen an Psychopharmaka u.a. Medikamenten, die in unserer Gesellschaft als normal angesehen werden sowie der hohe Konsum von Nikotin, beachtet.

„Anstelle konkreter individueller Behandlungsziele wird mit der Abstinenz ein abstraktes Ideal gesetzt, d.h. eine normative Vorstellung vom Lebensstil des Subjekts, die mit dem wirklichen Dasein der meist mäßig konsumierenden Bevölkerung nichts zu tun hat und schon von daher als Zielsetzung schwer anzunehmen ist“ (Degkwitz 1998, S. B 2.5-1).

Auch wenn diese Frage mit dem Thema dieser Arbeit in Verbindung steht, so sprengt es doch den quantitativen Rahmen diesem Gedanken zu folgen. So muss diese Frage hier unbeantwortet bleiben. Sie soll aber zu weiteren kritischen Hinterfragungen des Abstinenzparadigmas anregen.

Die gesamte Ausführung macht deutlich, dass die traditionelle Suchttherapie, sowie das Suchthilfesystem, mit ihrer Abstinenzfixierung nicht mehr tragbar ist, da sie mehr Schaden

anrichtet als beseitigt. Natürlich ist die Abstinenz für einige Klienten ein Ziel, aber es „sollte die dogmatische Propagierung des für viele nicht erreichbaren Ziels der lebenslangen Abstinenz ebenso aufgegeben werden, wie auf die Entwertung aller anderen Ziele verzichtet werden sollte“ (Kleinemeier 2004, S. 59). Von daher sind Reformen in großen Teilen des Suchthilfesystems notwendig. Entwicklungen hin zu einer klientenorientierten und lebensweltbezogenen Arbeitsweise sind von immanenter Bedeutung.

3. Entwicklungen für die Praxis

Die bisherigen Darlegungen zeigen, dass eine Weiterentwicklung der abstinenten orientierten Angebote von essenzieller Bedeutung ist. Den Konsumenten muss eine Zieloption offen gehalten werden. Das ist eine elementare Voraussetzung für eine Hilfeinanspruchnahme. Ein alternatives Behandlungsziel ist der kontrollierte Konsum, der im Folgenden kurz beschrieben wird. Zu Beginn wird ein Einblick in den Ansatz des kontrollierten Trinkens gegeben, der in Deutschland besonders von Körkel forciert wird. Als Beispiel für den Bereich des illegalisierten Substanzkonsums erfolgt des Weiteren eine kurze Erläuterung zum kontrollierten Gebrauch von Heroin und Kokain.⁴

Von selbstkontrolliertem Trinken, kurz kontrolliertem Trinken (kT), spricht man, „wenn jemand sein Trinkverhalten an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet“ (Körkel 2001, S. 16). Dies bedeutet, dass zuerst eine Festlegung der „maximalen täglichen und wöchentlichen Alkoholmenge sowie der Anzahl alkoholfreier Tage pro Woche“ (Kruse et al. 2000, S. 245) erforderlich ist. Bezüglich der Mengenfestsetzung wird sich meist an dem bisherigen Konsum oder an internationalen Standards orientiert. Die Grenzwerte für einen körperlich nicht schädigenden Konsum benennt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit täglich nicht mehr als 20g Ethanol bei Frauen und 40g bei Männern und ein bis zwei abstinenten Tagen wöchentlich (vgl. Körkel 2001). Weitere Kontrollregeln über diese Beschränkungen hinaus, wie z.B. die Trinkzeit und den Trinkort festzulegen oder ein nichtalkoholisches Getränk immer nach einem alkoholischen zu trinken, sind vom Einzelfall abhängig.

Diese bewusste Selbstkontrolle erfordert die Fähigkeit, „klare Festlegungen von Trinkmenge und gegebenenfalls auch Trinkumständen vorzunehmen und diese Vorgaben im Lebensalltag auch einzuhalten“ (Kruse et al. 2000, S. 251). Zum Erwerb bzw. zur Aktualisierung dieser Fertigkeiten gibt es vier verschiedene Zugangswege, die eine hohe

4 Es liegt außerdem noch ein Programm zum kontrollierten Rauchen vor, das in dieser Arbeit nicht näher vorgestellt wird, da eine Einschränkung auf Alternativen zum Therapieziel Abstinenz von Alkohol und/oder illegalen Substanzen erfolgt. Empfehlenswerte Literatur zu diesem Thema: Drinkmann, A. (2004): Kontrolliertes Rauchen als Zieloption für änderungswillige Raucher. In: Konturen, 25, (6), S.17-19.

Erreichbarkeit dieser Behandlungsalternative garantiert.

Ein erster Zugang sind die autodidaktisch zu bearbeitenden Selbstkontrollbücher⁵, die nach dem Selbstkontrollmodell der Verhaltenstherapie aufgebaut sind und Komponenten beinhalten, wie z.B.

- Aneignung von Grundinformationen über Alkohol;
- Analyse des Trinkverhaltens;
- Festlegung der Konsumziele;
- Strategiefestlegung zur Konsumbegrenzung;
- Aufbau sozialer Kompetenzen und Befähigung zur Bewältigung von Belastungen;
- Umgang mit „Ausrutschern“ und Rückfällen (vgl. Körkel 2004).

Ein zweiter Interventionsweg sind die therapeutisch begleiteten Einzel- und Gruppenprogramme, die ebenfalls auf der Grundlage des „Behavioral Self-Control-Training“ (BSCT) der Verhaltenstherapie, Kompetenzen für selbstkontrolliertes Trinken vermitteln. Zu dem Bekanntesten zählt das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ (AkT), das von Körkel konzipiert und erstmals 1999 in Nürnberg durchgeführt wurde⁶. Hierbei können sich die Betroffenen für ein kontrolliertes Trinken oder auch für die Abstinenz entscheiden⁷. Zu Beginn erfolgen zwei bis drei diagnostische Einzelsitzungen und anschließend werden in 10 wöchentlichen Terminen den Betroffenen Hilfestellungen für eine Konsumreduzierung zur Verfügung gestellt (vgl. Körkel 2000b). Neben der Inhaltsvermittlung, die z.B. Grundinformationen über Alkohol und die Handhabung eines Trinktagebuches umfasst, wird außerdem viel Wert auf die Möglichkeit des Austauschs von Erfahrungen, „sowie die Erarbeitung individueller Veränderungspläne“ (ebd., S. 18) gelegt.

5 Die wichtigsten Selbstkontrollmanuale im deutschsprachigen Raum sind: Körkel, J. (2003): 10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens und Körkel, J. (2008): Damit Alkohol nicht zur Sucht wird – kontrolliert trinken. Stuttgart.

6 Weitere vorhandene Programme: „Das Psychoedukative Gruppenprogramm bei problematischem Alkoholkonsum (PEGPAK)“ und „Das Psychoedukative Gruppenprogramm bei problematischem Partydrogen- und Opiatkonsum (PEGPPOK)“ (vgl. Wessel 2005; Westermann u. Wessel 2005)

7 Dies bedeutet, dass einem kontrolliert konsumierenden Klienten immer die Zieloption der Abstinenz offen steht, wenn dies sein intrinsisch motiviertes Ziel darstellt.

Die Selbsthilfegruppen mit dem Ziel des kontrollierten Trinkens stellen einen dritten Interventionsansatz dar und sind in Deutschland, im Gegensatz zur USA, nur wenig vertreten. In wenigen deutschen Städten wie Nürnberg und München haben sich seit dem Jahre 2000 Selbsthilfegruppen ehemaliger AkT-Teilnehmer gegründet. An diesen Sitzungen nehmen sowohl kontrolliert Konsumierende als auch abstinent Lebende teil. Diese Kombination hat sich als erfolgreich erwiesen (vgl. Körkel 2004).

Die ärztlichen Kurzinterventionen mit Bestandteilen des kontrollierten Konsums bilden den vierten Zugangsweg.

Das kontrollierte Trinken ist für so genannte „Problemtrinker“ und Alkoholabhängige vorgesehen, die nicht das Ziel der Abstinenz anstreben, sondern eine Konsumreduktion. Als „Problemtrinker“ bezeichnet man Personen mit körperlich riskantem Alkoholkonsum. Eine Kontraindikation liegt bei einer bereits erreichten Abstinenz oder einem festen Entschluss zur Abstinenz vor. Außerdem wird bei einer Schwangerschaft oder körperlichen Vorschädigungen von einem kontrollierten Konsum abgeraten, obwohl bei ausdrücklicher Ablehnung oder Unmöglichkeit einer Totalabstinenz trotzdem eine Konsumreduktion angestrebt werden sollte (vgl. Körkel 2002b).

Diese lösungs- und ressourcenorientierten Interventionen haben sich in der Praxis als wirksam erwiesen, denn solche Programme erzielen eine Erfolgsquote von 65%, d.h. deutliche Konsumreduktion oder Abstinenz der Betroffenen. Außerdem wird eine Trinkmengenreduktion um 50% erreicht und man stellt fest, dass das kontrollierte Trinken über lange Jahre erfolgreich ist. Außerdem steht die Gruppe der kontrolliert Konsumierenden den Abstinenten bezüglich der Reduzierung der Angst- und Depressionssymptomatik und Anstiegs des Selbstwertgefühls in nichts nach (vgl. ebd.).

Neben der Betrachtungsweise des kontrollierten Konsums als Ziel eines lern- und verhaltenstherapeutischen Programms sollte außerdem Beachtung finden, dass einige Personen kontrolliert konsumieren, ohne an einem solchen Programm oder ähnlichem teilgenommen zu haben. Dies ist besonders im illegalisierten Substanzbereich bei den Heroin- und Kokainkonsumenten zu beobachten.

Wie bereits bei der Falsifizierung des Kontrollverlustes aufgezeigt, stießen viele Forscher, wie z.B. Zinberg (1984) und Cohen (1989), auf kontrollierten Konsum illegaler Substanzen. Die wesentliche Gemeinsamkeit all dieser Arbeiten ist die Erkenntnis, dass dieser kontrollierte Konsum durch verschiedene Regelsysteme seitens der Konsumenten umgesetzt wird.

Zu den Selbstkontrollregeln von Heroin- und Kokainkonsumenten, die zur Vermeidung von Abhängigkeit, Überdosierung und anderen Problematiken dienen, zählen u.a.:

- Konsumrisiken minimieren (geringe Dosierungen, nicht allein konsumieren etc.);
- bewusste Settinggestaltung (niemals an unbekanntem Orten);
- Regeln über die Häufigkeit des Konsums und die Integration in den Alltag (kein täglicher Gebrauch, Festlegung der wöchentlichen Konsummenge etc.);
- Vermeidung eines drogenorientierten Lebensstils;
- Fähigkeit, bei einem Angebot die Substanz ablehnen zu können;
- unterlassen des Konsums bei finanziellem Engpass (vgl. Schippers u. Cramer 2002).

„Auffällig ist aber, daß sich die Drogenhilfe im allgemeinen schwer tut, aus diesen Erkenntnissen praktische Konsequenzen zu ziehen“ (Schmidt 1997, S. 158).

Im Zuge der unbedingt erforderlichen Klientenorientierung wäre die Folgerung 1.) zu akzeptieren, dass es kontrollierten Konsum gibt, 2.) aus den Erfahrungen der Konsumenten zu profitieren, um 3.) ein Programm zur Unterstützung eines kontrollierten Konsums von illegalen Substanzen in Deutschland zu entwickeln und dies in die Suchthilfe zu adaptieren. Bezüglich der Programme zum kontrollierten Trinken ist es notwendig diese auszubauen und in die abstinenzorientierte Behandlung zu integrieren. Solange aber in Deutschland nicht vom Abstinenzparadigma Abstand genommen wird, erweist sich dies als reine Wunschvorstellung. Dass andere Länder, wie z.B. Großbritannien, Australien, Schweiz, sowohl in der Forschung als auch in der Praxis Deutschland weit voraus sind, zeigt z.B. die Forel-Klinik in der Schweiz. In dieser Einrichtung haben die Klienten durch das A-B-C – Konzept die Möglichkeit zwischen drei Therapiezielen zu wählen:

lebenslange totale Abstinenz (A), begrenzte Abstinenz mit dem Minimum auf ein Jahr nach Therapieende (B) und das Kontrollierte Trinken (C) (vgl. Körkel 2001). Der Vorteil ist, dass sich die C-Klienten mit ihrer Zielvorstellung ernst genommen fühlen, sowie ihre Autonomie gewahrt wird und die Möglichkeit der Zielsetzungsänderung besteht. Für einen kontrollierten Konsum entscheiden sich in der Forel-Klinik zwischen 20% und 50% der Klienten, je nach Zusammensetzung der Gruppe (vgl. ebd.).

Dieses Beispiel zeigt, dass es möglich und notwendig ist die Angebotspalette um die Zieloption des kontrollierten Konsums zu erweitern. Hierzu zählt auch die flächendeckende Erweiterung von Selbsthilfegruppen mit dem Hintergrund des kontrollierten Konsums, die für die Nachsorge wichtig sind. Der kontrollierte Konsum stellt eine wichtige klientenorientierte Alternative für die Betroffenen dar.

4. Zusammenfassung

In der Quintessenz dieser Arbeit lässt sich formulieren, dass die Abstinenz als das Paradigma in der Suchttherapie ad absurdum geführt wurde. Des Weiteren konnte sie stringent aufzeigen, dass eine Klientenorientierung in der Suchttherapie noch nicht stattfindet. Vielmehr ist hierbei von einer selbst konstruierten Falle zu sprechen, da durch die Abstinenzfestlegung in der Theorie, Praxis und Politik ein hoher Misserfolg eigenhändig produziert wird.

Aus diesem Grund ist es unumgänglich das Abstinenzparadigma mit seiner fehlenden empirischen Grundlage zu überdenken und neue Entwicklungen hin zu einer Klientenorientierung einzuleiten. Einen ersten Schritt in diese Richtung zeigen die Programme zum kontrollierten Trinken auf.

Literaturverzeichnis

- Anonyme Alkoholiker deutscher Sprache (Hrsg.) (1990): AA wird mündig. Ein kurzer Abriß der Geschichte der Anonymen Alkoholiker. München
- Anonyme Alkoholiker im deutschsprachigen Raum: Die Präambel der Anonymen Alkoholiker. In: <http://www.anonyme-alkoholiker.de/download/01prae.pdf> am 07.07.2010
- Anton, R. (2000): Alkoholverlangen: Neue Erkenntnisse aus Klinik, Labor und bildgebenden Untersuchungen. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 46, S. 184
- Bader, T. (2004): Die Bedeutung der abstinenorientierten Drogentherapie. In: Rink, J. (Hrsg.): Die Suche nach der Kontrolle. Geesthacht, S. 24-39
- Barsch, G. (2008): Lehrbuch Suchtprävention. Von der Drogennaivität zur Drogenmündigkeit. Geesthacht
- Bertelsmann (2004): Wörterbuch der deutschen Sprache. Gütersloh u. München
- Böhnisch, Lothar (2001): Abweichendes Verhalten. Eine pädagogisch-soziologische Einführung. 2. korrigierte Auflage. Weinheim u. München
- Böning, J. (1994): Warum muß es ein „Suchtgedächtnis“ geben?. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 40, S. 244-252
- Böning, J. (2000): Stellungnahme zu den kritischen Anmerkungen zum Kontrukt „Suchtgedächtnis“ von F. Tretter. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 46, S. 281-283
- Büttner, B. (1999): Labeling approach. Ein soziologischer Erklärungsansatz für negativ sozial abweichendes (kriminelles) Verhalten. Dissertation. Innsbruck
- Buschkamp, R.(1997): Stationäre Langzeittherapie – Quo vadis?. In: Akzept e.V. (Hrsg.): DrogenVisionen. Zukunftswerkstatt für eine innovative Drogenpolitik und Drogenhilfe. Berlin, S. 65-75
- Cahalan, D., Cisin, I.H., Crossley, H.M. (1969): American drinking practices: a national study of drinking behavior and attitudes. New Haven
- Cohen, P. (1989): Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures. Amsterdam
- Crawford, G.A., Washington, M.C., Senay, E.C. (1983): Careers with heroin. In: The International Journal of the Addictions, 5, S. 701-715

- Davis, D.L. (1962): Normal drinking in recovered alcohol addicts. In: Quarterly Journal of Studies on Alcohol (QJSA), (23), S. 94-104
- Degkwitz, P. (1998): Paradigmen des Versorgungssystems. In: Gözl, J. (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin. Stuttgart u.a., S. B 2.5-1 – B 2.5.-6
- Degkwitz, P. (2007): Plädoyer für ein psychosoziales Verständnis von Sucht. In: Dollinger, B., Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden, S. 59-81
- Dlabal, H. (2008): Neurobiologische Suchtforschung. Aktueller Stand der Hypothesen zur Suchtentstehung und Konsequenzen für den therapeutischen Alltag. In: Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, 29, (5), S.8-13
- Drinkmann, A. (2004): Kontrolliertes Rauchen als Zieloption für änderungswillige Raucher. In: Konturen. Fachzeitschrift für Sucht und soziale Fragen, 25, (6), S.17-19
- Duden (2007): Deutsches Universalwörterbuch. 6. Auflage. Mannheim u.a.
- Feuerlein, W. (1995): Alkoholkrankheit. In: Faust, V. (Hrsg.): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Stuttgart u.a., S. 269-283
- Feuerlein, W. (2008): Alkoholismus. Warnsignale – Vorbeugung - Therapie. 6. akt. Auflage. München
- Fingarette, H. (1988): Heavy drinking. The myth of alcoholism as a disease. Berkeley
- Fischer, R., Happel, H.-V., Wittfeld, I.(1991): Selbstorganisierter Ausstieg. Überwindung der Drogenabhängigkeit ohne professionelle Hilfe. Frankfurt a.M.
- Funke, W., Schneider, B.(2001): Kontrolliertes Trinken als Ziel in der Abhängigkeitsbehandlung. „Unkontrollierte Wissenschaft oder kontrollierende Praxis?“. In: Sucht aktuell, 8, S. 24-31
- Gerlach, R., Kemmesies, U.E. (1990): Resubjektivierung und Normalisierung. Für ein „Akzeptanzparadigma“ als Handlungsmaxime der Drogenarbeit. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 13, (3-4), S.29-34
- Gresch, H. U.(1999): Stichwort Sucht und Gehirn. In: Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, 20, (3), S.34-35
- Grüsser, S., Flor, H., Heinz, A.(1998): Drogenverlangen (Craving) und Drogengedächtnis. In: Gözl, J. (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin. Stuttgart u.a., S. B 2.6.1-1 – B 2.6.1-4
- Haggard, H.W. (1944): Critique of the concept of the allergic nature of alcohol addiction. In: Quarterly Journal of Studies on Alcohol (QJSA), (5), S. 233-241

- Happel, H.-V. (1988): Selbstorganisierte Wege aus der Drogenabhängigkeit. In: Suchtgefahren, 34, S. 491-496
- Heinz, A., Batra, A. (2003): Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Stuttgart
- Heinz, A., Kienast, T. (2008): Neurobiologische Befunde bei Substanzabhängigkeit. Wie Suchtstoffe Gehirn und Verhalten ändern. In: Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, 29, (5), S.14-17
- Jellinek, E.M. (1960): The Disease Concept of Alcoholism. New Haven
- Kempermann, G. (2008): Plastizität und Regeneration des Gehirns. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (ApuZ), (44-45), S.25-32
- Kienast, T., Heinz, A. (2005): Suchterkrankungen. In: Walter, H. (Hrsg.): Funktionelle Bildgebung in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart, S.212-234
- Kleinemeier, E. (2004): Ziele der Suchttherapie, In: Krausz, M., Haasen, C. (Hrsg.): Kompendium Sucht. Stuttgart, S.35-38
- Kolte, B., Schmidt-Semisch, H. (2006): Kontrollierter Drogenkonsum: Ein prekäres Paradigma?. In: Legnaro, A., Schmieder, A. (Hrsg.): Kontrollierter Drogenkonsum, Drogenkonsum als Lebenskontrolle. 2006. Münster, S. 7-24
- Körkel, J. (1992): Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht?. Berlin u.a., 1. Nachdruck
- Körkel, J. (1995): Drogenabhängige im Spannungsfeld widersprüchlicher Ätiologie- und Behandlungsparadigmen. In: Rink, J. (Hrsg.): Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit. Kritische Betrachtungen zu Grundannahmen der Drogentherapie. Geesthacht, S. 43-62
- Körkel, J. (2000a): Das Dogma der Totalabstinenz ist fachlich unhaltbar. In: Psychologie heute, (7), S. 54-57
- Körkel, J. (2000b): Akt: Ambulantes Gruppenporgramm zum kontrollierten Trinken. In: Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, 21, (5), S.18-22
- Körkel, J. (2001): Kontrolliertes Trinken. Vom Abstinenzfundamentalismus zur bedarfsgerechten Behandlungsoptimierung. In: Sucht aktuell, 8, S. 16-23
- Körkel, J. (2002a): Editorial. In: Suchttherapie, 3, S. 69-70
- Körkel, J. (2002b): Kontrolliertes Trinken. Eine Übersicht. In: Suchttherapie, 3, S. 87-96
- Körkel, J. (2004): Abstinenz und kontrolliertes Trinken: Sich ergänzende Ziele in der Suchtbehandlung. In: Rink, J.: Die Suche nach der Kontrolle. Geesthacht, S. 66-93

- Körkel, J. (2008a): Praxis in der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer. 3. Auflage. Wuppertal
- Körkel, J. (2008b): Damit Alkohol nicht zur Sucht wird – kontrolliert trinken. Stuttgart
- Körkel, J., Kruse, G. (1997): Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel?. 3. Auflage. Bonn
- Körkel, J., Kruse, G.(2005): Basiswissen. Rückfall bei Alkoholabhängigkeit. Reihe Basiswissen Nr.6. Bonn
- Körkel, J., Schindler, C. (1999): Ziele und Zielvereinbarungen in der Suchtarbeit. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten. Geesthacht
- Körkel, J., Schindler, C. (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Berlin u.a.
- Kruse, G., Körkel, J. (1995): Alkoholentzug und Rückfall. Das Therapieziel Abstinenz ist meist illusorisch. In: Gazette Médicale. Der informierte Arzt, 16, S. 469-474
- Kruse, G., Körkel, J., Schmalz, U. (2000): Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn
- Hüther, G. (2009): Männer. Das schwache Geschlecht und sein Gehirn. Göttingen
- Ladinsler, E.(2008): Den Stigmatisierungsprozess durchbrechen. (Ent-)Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen, Diplomarbeit Universität Wien, In: http://othes.univie.ac.at/2250/1/2008-11-03_8810380.pdf am 06.06.2010
- Lamnek, S. (1994): Neue Theorien abweichenden Verhaltens. München
- Lamnek, S. (1996): Theorien abweichenden Verhaltens. 6. Auflage. München
- Lieb, H. (1994): Abstinenz. Freiheit oder Bürde?. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Therapieziele im Wandel. Beiträge des 6. Heidelberger Kongresses. Geesthacht
- Lindenmeyer, J. (2001): Neue Erklärungsansätze zur Behandlung von Verlangen nach Alkohol. In: Dohrenbusch, R., Kaspers, F. (Hrsg.): Fortschritte der klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin. Lengerich u.a., S.147-162
- Lindenmeyer, J. (2004): Abstinenz als Orientierung in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. In: Rink, J. (Hrsg.): Die Suche nach der Kontrolle. Geesthacht, S. 40-55
- Loviscach, P.(1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Freiburg im Breisgau
- Mann, K., Spanagel, R. (2001): Alkohol. Anticraving-Substanzen. In: Konturen.

- Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, 22, (5), S.13
- Marlatt, G.A. (1985): Relapse prevention. Theoretical rationale and overview of the model. In: Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (Hrsg.): Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York
- Meili, D., Dober, S., Eyal, E. (2004a): Jenseits des Abstinenzparadigmas. Ziele in der Suchttherapie. In: Suchttherapie, 5, S. 2-9
- Meili, D., Dober, S., Eyal, E. (2004b): Abstinenz als Ziel – fragwürdige Kontrollen als Effekt. Gedanken zur Substitution. In: Rink, J. (Hrsg.): Die Suche nach der Kontrolle. Geesthacht, S. 128-143
- Mendelson, J.J. (1964): Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in alcoholics. In: Quarterly Journal of Studies on Alcohol (QJSA), Suppl. No.2
- Merry, J. (1966): The „Loss of Control“. In: Myth. Lancet, 4, S.1257-1258
- Murphy, S.B., Reinaman, C., Waldorf, D. (1989): An 11-year Follow-up of an network of cocaine users. In: British Journal of Addiction, 84, S. 427-436
- Nille, U. (2000): Neurobiologische Überlegungen zum kontrollierten Trinken. In: Bulletin der Forel-Klinik, Heft 2, Teil 2, Ellikon a.d. Thur, S.43-44
- Nolte, F. (2007): „Sucht“. Zur Geschichte einer Idee. In: Dollinger, B., Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden, S.47-58
- O'Brien, C. (2000): Neue Erkenntnisse zur Entstehung und Behandlung von Alkohol-, Nikotin- und Drogenabhängigkeit. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 46, S. 186-187
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2005): Wie funktioniert das Gehirn?. Stuttgart
- Petry, J. (1989): Entstehungs-, Begründungs- und Verwertungszusammenhang des Gedankens der Trinkkontrolle. In: Suchtprobleme und Sozialarbeit, 3, S. 103-120
- Petry, J. (1993): Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie. Weinheim
- Ploog, D. (1995): Hirnstrukturen, die süchtiges Verhalten vermitteln. In: Böhm, W., Lindauer, M. (Hrsg.): Sucht und Sehnsucht. Über unseren Umgang mit Drogen und Drogenproblemen. Stuttgart u.a., S. 191-207
- Reinhardt, J. D. (2010): Alkohol und soziale Kontrolle. Gedanken zu einer Soziologie des Alkoholismus. 2. über. Auflage. Würzburg
- Robins, L.N. (1975): Narcotic use in southeast asia and afterwards. In: Archives of General Psychiatry, 6, S. 955-961

- Roe, A. (1944): The adult adjustment of children of alcoholic parents raised in foster-homes. In: Quarterly Journal of Studies on Alcohol (QJSA), (5), S. 378-393
- Rommelspacher, H. (1997): Neurobiologische Grundlagen der Alkoholabhängigkeit. In: Soyka, M., Möller, H.-J.(Hrsg.): Alkoholismus als psychische Störung. Berlin u.a., S. 33-56
- Rommelspacher, H. (1998): Biologische Modelle. In: Götz, J. (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin. Stuttgart u.a., S. B 2.1-1 – B 2.1-9
- Rost, W.-D. (1998): Ambulante Therapie mit Alkoholikern. Erfahrungen aus der ambulanten Psychotherapie mit Alkoholabhängigen. In: Psychotherapeuten Forum, 5, (6), S. 8-13
- Schacke, J. (2008): Die Entwicklung der Suchttheorie – von den Anfängen bis zur Gegenwart. In: <http://stiftung.medienundonlinesucht.de/repository/media/news/Suchttheorie.pdf> am 06.06.2010
- Schindler, C., Körkel, J. (1995): Rückfallbezogene Attributionen, Emotionen und Kompetenzerwartungen. Eine empirische Prüfung sozial-kognitiver Theorieannahmen. In: Körkel, J., Lauer, G., Scheller, R. (Hrsg.): Sucht und Rückfall, Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart, S. 61-79
- Schippers, G. M., Cramer, E. (2002): Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain. In: Suchttherapie, 3, S. 71-80
- Schmerl, C. (1984): Drogenabhängigkeit. Kritische Analyse Psychologischer und soziologischer Erklärungsansätze. Opladen
- Schmid, M. (2003): Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1970-2000. Frankfurt a.M.
- Schmidt, T. (1996): Ich habe es ohne Therapie geschafft! Aussteiger aus der Drogenszene berichten. Hamburg
- Schmidt, T. (1997): Kontrollierter Konsum. Selbstbestimmter Ausstieg und Drogenhilfe. In: Akzept e.V. (Hrsg.): DrogenVisionen. Zukunftswerkstatt für eine innovative Drogenpolitik und Drogenhilfe. Berlin, S.157-164
- Schneider, R. (2001): Kontrolle ist gut, Abstinenz ist besser. Anmerkungen zum „kontrollierten Trinken“. In: Sucht aktuell, 8, S. 34-45
- Schneider, W. (1988): Zur Frage von Ausstiegchancen und Selbstheilung bei Opiatabhängigkeit. Auswertung von Ergebnissen aus Langzeitforschung. In: Suchtgefahren, 34, S. 472-490
- Schneider, W. (2000): Drogenmythen. Zur sozialen Konstruktion von „Drogenbildern“ in

- Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Berlin
- Schuckit, M. A.(2000): Was disponiert zur Abhängigkeit? Ergebnisse einer Langzeituntersuchung bei jungen Männern. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 46, S. 183
- Sondheimer, G.(1989): Abstinenz oder Kontrolliertes Trinken aus der Sicht der Forel-Klinik. In: Suchtprobleme und Sozialarbeit, 3, S. 121-124
- Sondheimer, G. (2000): Kontrolliertes Trinken als Therapiewunsch vieler Menschen mit Alkoholproblemen. In: Bulletin der Forel-Klinik, Teil II, Ellikon a.d. Thur, S. 65-80
- Soyka, M. (1995): Anti-Craving-Substanzen in der Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 41, S. 265-276
- Soyka, M., Küfner, H. (2008): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 6. vollständig überarb. Auflage. Stuttgart
- Spitzer, M. (2007): Lernen – Gehirnforschung und die Schule des Lebens. München
- Spode, H. (2005): Was ist Alkoholismus?. Die Trinksucht in historisch-wissensoziologischer Perspektive. In: Dollinger, B., Schneider, W. (Hrsg.): Sucht als Prozess. Berlin, S. 89-121
- Spode, H. (2008): Alkoholismus, In: Aus Politik und Zeitgeschichte (ApuZ), (28), S. 3-9
- Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum „Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ (AkT) (2000). In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 46, S. 457-458
- Subkoswki, P. (2001): Zur psychoanalytischen Sicht der Grenzen des Heilens von Suchterkrankungen. In: Sucht aktuell, 8, S. 45-51
- Tretter, F. (2000): Anmerkungen zum Konstrukt „Suchtgedächtnis“. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 46, S. 276-280
- Tretter, F. (2005): Der humanökologische Ansatz in der Theorie der Sucht und in der Suchthilfepraxis. In: Dollinger, B., Schneider, W. (Hrsg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin, S.43-62
- Uchtenhagen, A. (2000): Suchtkonzepte: Theoretische Modelle zur Erklärung von Abhängigkeiten. In: Uchtenhagen, A., Zieglänsberger, W. (Hrsg.): Suchtmedizin. München u. Jena, S.193-195
- Wahrig (2006): Deutsches Wörterbuch, 8. vollst. überarb. Auflage. Gütersloh u. München
- Weber, G., Schneider, W. (1992): Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Forschungsbericht. Düsseldorf

- Weber, G., Schneider, W. (1997): Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Selbstausstieg kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg. Berlin
- Wessel, T. (2005): Das Psychoedukative Gruppenprogramm bei problematischem Partydrogen- und Opiatkonsum (PEGPPOK). In: Konturen. Fachzeitschrift für Sucht und soziale Fragen, 26, (3), S. 11-13
- Westermann, H., Wessel, T. (2005): Das Psychoedukative Gruppenprogramm bei problematischem Alkoholkonsum (PEGPAK). In: Konturen. Fachzeitschrift für Sucht und soziale Fragen, 26, (3), S. 8-10
- Wiesbeck, G. A. (1997): Gibt es eine Suchtpersönlichkeit?. In: Soyka, M., Möller, H.-J. (Hrsg.): Alkoholismus als psychische Störung. Berlin u.a., S. 15-29
- Winick, C. (1962): Maturing out of narcotic addiction. In: Bulletin on Narcotics, 14, S 1-7
- Wolffgramm, J. (2004): Kontrolle, Kontrollverlust und Flexibilität. Vom Umgang mit Suchtstoffen aus der Sicht eines Grundlagenforschers. In: Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, 25, (6), S.10-13
- Wolffgramm, J. (2008): Verhaltenssteuerung. Der Weg von der Flexibilität zur Sucht. In: Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, 29, (5), S. 18-23
- Wolffgramm, J., Heyne, A. (2000): Kommentar zum Artikel von F. Tretter „Anmerkung zum Konstrukt „Suchtgedächtnis““, In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 46, (4), S. 284-286
- Wurmser, L. (1990): Buchbesprechung. Fingarette, H.: Heavy drinking, The myth of alcoholism as a disease. Berkeley. 1988. In: Psyche, 44, S. 765-770
- Zieglgänsberger, W. (2000): Belohnungssysteme. In: Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W. (Hrsg.): Suchtmedizin. München u. Jena, S. 27-29
- Zinberg, N.E. (1984): Drug, set and setting. The basis of controlled intoxicant use. New Haven

Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere,

dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form weder veröffentlicht noch einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Leipzig, den 20.08.2010

Patricia Lotzmann

Korrespondenzadresse:

Patricia Lotzmann

Email: Patricia.Lotzmann [ät] hotmail.de