

Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht -

Neurowissenschaftliche Theorien zur Sucht und deren ethische Implikationen
am Beispiel der Alkohol- und Heroinsucht

Dissertation

der Fakultät für Biologie
der Eberhard Karls Universität Tübingen

zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Naturwissenschaften

vorgelegt von Julia Wolf
aus Stuttgart

2003

Tag der mündlichen Prüfung: 18.12.2002

Dekan: Prof. Dr. H.U. Schnitzler

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Werner Schmidt

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Eve-Marie Engels

Für meine Eltern

Mein Dank gilt allen, die mich während meiner Dissertation auf unterschiedliche Art und Weise unterstützt und damit zum maßgeblichen Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Besonders danken möchte ich meinen beiden Betreuern Prof. Werner Schmidt und Prof. Eve-Marie Engels für ihre hilfreichen Anregungen zu meiner Arbeit sowie den Mitgliedern des Graduiertenkollegs "Ethik in den Wissenschaften" (1998 - 2001) für ihre zahlreichen Kommentare im Doktorandenkolloquium und Dr. Gabriele Santel und Dr. Thomas Junker für das aufmerksame Lesen und die Diskussion einzelner Kapitel der Arbeit. Zudem möchte ich der Katholischen Sozialethischen Arbeitsstelle in Hamm und dem INDRO e.V. in Münster für ihre Hilfsbereitschaft und die mir zugesandten Informationen danken.

GLOSSAR

Abhängigkeit

Zustand, in dem der Gebrauch einer Substanz für das körperliche oder psychische Wohlbefinden notwendig ist (Julien 1997).

Angewandte Ethik

Die angewandte Ethik versucht im Fall eines Konfliktes oder eines Dissenses in der Praxis konkrete Entscheidungshilfen anzubieten. Das Ziel einer angewandten Ethik ist, wie Friedo Ricken (1998) es ausdrückt, ein Wissen um eine bewußtere und verantwortbare Praxis zu erwerben, oder wie Bayertz (1994a.) es formuliert, die moralischen Aspekte der praktischen Probleme zu analysieren und das begriffliche und theoretische Instrumentarium der Moralphilosophie für eine Lösung fruchtbar zu machen.

Anwendungsbezogene Ethik

Der Begriff der anwendungsbezogenen Ethik wird in dieser Arbeit dem der angewandten Ethik vorgezogen, um nicht den Eindruck entstehen zu lassen eine angewandte Ethik würde allgemeine Methoden bereitstellen, die für jeden problematischen Fall ein Rezept oder Regelkatalog vorgibt (siehe Engels 1999, S. 163). Die so verstandene anwendungsbezogene Ethik bezieht sich stattdessen auf Probleme in der Praxis und versucht zu ihrer Lösung beizutragen, ohne Vorschriften machen zu wollen.

Autonomie

In dieser Arbeit lediglich im Sinne von der Fähigkeit, über sich, seinen Körper und seine Psyche selbstbestimmt verfügen zu können.

Belohnungssystem (*Reward-System*)

Es gilt als belohnungsvermittelnde Instanz und als Angriffspunkt aller psychoaktiven Substanzen. Das Arbeitsprinzip des Belohnungssystems ist, einfach ausgedrückt, "Lernen durch Belohnung". Als neuronales Korrelat für das Belohnungssystem wird das mesocorticolimbische System im ZNS (MCL-System) angegeben. Das MCL-System und der

Transmitter Dopamin sind vermutlich an der Vermittlung von Lernprozessen, emotionalen Prozessen und motorischer Aktivitäten beteiligt. Nach Julien besteht das MCL-System, aus der Area tegmentalis ventralis im Mittelhirn, dem Hippocampus, dem frontalen Cortex und dem nucleus accumbens, auch *reward circuit* genannt (Julien 1997). Das MCL-System und der Transmitter Dopamin sind vermutlich an der Vermittlung von Lernprozessen, emotionalen Prozessen und motorischen Aktivitäten beteiligt.

Bewußtseinsethik

Begriff, der im Zusammenhang mit der von T. Metzinger (1996) vorgeschlagenen Idee einer angewandten Bewußtseinsethik verwendet wird. Fragen nach speziellen Handlungen, bei denen Menschen durch Eingriffe gezielt ihr eigenes bewußtes Erleben oder das anderer Personen verändern wollen, ordnet Metzinger (1996) dem Gegenstandsbereich einer *angewandten Bewußtseinsethik* zu. Die Begriffe

Bewußtsein und Bewußtseinsethik werden in dieser Arbeit nur im Zusammenhang mit der Idee Metzingers verwendet.

Craving

Starkes Verlangen, Gier nach der Droge, die den Drogenkonsum zu begleiten scheint und auch für das Rückfallrisiko verantwortlich gemacht wird. In wissenschaftlichen Publikationen finden sich auch Begriffe wie Wunsch, Präferenz oder Lust auf eine Droge. Craving wird im klinischen Kontext als ein Merkmal für eine Abhängigkeit, als Größe für die Stärke der Abhängigkeit und als Variable für die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles (d.h. als Risikofaktor) verwendet.

Definition

Definire oder definieren bedeutet abgrenzen und bestimmen. Eine Definition ist demnach eine Bestimmung der Bedeutung eines Begriffes durch die Beschreibung der wesentlichen Eigenschaften und Merkmale der durch den Begriff bezeichneten Sache. Die Definitionen erscheinen als Teil einer bestimmten Theorie oder Hypothese und erfüllen innerhalb dieser die inhaltlichen Kriterien für eine Arbeitsdefinition.

Denkstil

Verwendet im Sinne von Ludwik Fleck (1983): Ein Denkstil (geistiges Produkt) ist das Ergebnis theoretischer und praktischer Ausbildung der gegebenen Person und indem er vom Lehrer auf den Schüler übergeht, stellt der Denkstil einen gewissen traditionellen Wert dar, der einer spezifischen geschichtlichen Entwicklung und spezifischen soziologischen Gesetzen unterliegt. Dabei herrschen in jeder Disziplin unterschiedliche Denkstile vor, die kontinuierlich weiterentwickelt werden. Auch jedes Individuum nimmt an verschiedenen Denkstilen teil. Dadurch entstehen verwandte und entfernte Denkgemeinschaften.

DNA- Polymorphismus

individuelle Varianten eines homologen DNA- Abschnittes (Allele) infolge von DNA-Sequenzunterschieden (Frequenz > 1%)

Drogen

Im ursprünglichen Wortsinn ist der Begriff der Droge oder *Drug* ein natürliches Erzeugnis pflanzlicher oder tierischer Herkunft. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird der Begriff der Droge zusammenfassend für alle illegalen und legalen psychoaktive Substanzen benutzt, die außerhalb eines medizinisch kontrollierten Behandlungskonzeptes eingenommen werden.

Drogenabhängigkeit

Zustand, der sich aus er wiederholten Einnahme einer Droge ergibt, wobei die Einnahme periodisch oder kontinuierlich erfolgen kann. Ihre Charakteristika variieren in Abhängigkeit von der Droge (WHO 1964)

Empirisch/Empirie

Als empirischer Sachverhalt gilt nach Mittelstraß (1988) im Kontext der Naturwissenschaften die Bereitstellung von Meinungen, theoretischen Ansätzen, die Herleitung von Folgen und eine hypothetische Vorgehensweise.

Freiheit

Freiheit ist ein komplexer Begriff. Nach Höffe verstehen wir unter Freiheit im allgemeinen immer eine Form von *Selbstbestimmung* (Höffe 1997). Freiheit läßt sich nach Pauer-Studer als negativer oder positiver Freiheitsbegriff bestimmen. Der negative Freiheitsbegriff umfaßt eine Freiheit, die sich auf die Abwesenheit von Beschränkungen und Einmischungen bezieht. Die positive Freiheitsauffassung bestimmt Freiheit als Möglichkeit von Individuen selbstgesetzte Ziele und Zwecke zu verfolgen (Pauer-Studer 2000, S. 9-10).

Gerechtigkeit im Sinne Rawls als soziale Gerechtigkeit

Unter sozialer Gerechtigkeit versteht Rawls einen Begriff, der in erster Linie einen Maßstab zur Beurteilung der Verteilungseigenschaften der gesellschaftlichen Güter regelt. Gerechtigkeit ist bei Rawls eine Zielvorstellung, die ideale Grundverhältnisse formuliert, die freie und vernünftige Menschen in ihrem eigenen Interesse in einer Ausgangssituation der Gleichheit zur Bestimmung gesellschaftlicher Bedingungen annehmen würden

Handlungsfreiheit

Die Handlungsfreiheit läßt sich als *Wahlfreiheit* oder *Handlungsalternative* bestimmen, die einem unter bestimmten Rahmenbedingungen ermöglicht zwischen Handlungen auswählen zu können. Höffe merkt an, daß es sich bei der Handlungsfreiheit insofern um eine erworbene und damit nicht angeborene Eigenschaft handelt, deren Reichweite nicht nur von uns selbst, sondern von äußeren Bedingungen abhängt (Höffe 1997).

Harm Reduction

Inciardi und Harrison definieren *Harm Reduction* als einen Versuch zur Verbesserung der Gesundheit, sowie von sozialer und ökonomischer Konsequenzen, die von psychoaktiven Substanzen verursacht wurden, ohne notwendigerweise eine Verringerung der Konsummengen dieser Substanzen einzufordern. *Harm-Reduction* beinhaltet, laut der Autoren, mehrere Prinzipien, für die ein Hierarchie der Ziele festgelegt werden muß, um entscheiden zu können welche Bedürfnisse zuerst oder vorrangig befriedigt werden sollen (Inciardi, Harrison 2000).

Individualethik

Die Individualethik untersucht die Pflichten des Einzelnen gegenüber sich selbst und gegenüber seinen Mitmenschen. Sie geht vom Wesen des Menschen als individuelle Person aus und betont die Eigenverantwortung und Selbstverwirklichung, ohne die soziale und politische Dimension des Menschen außer Acht zu lassen.

Informed Consent

Unter *informed consent* versteht man in der Medizinethik den Grundsatz der Aufklärung und Einwilligung in der medizinischen Praxis. Der Begriff wurde in den USA 1957 in einem Gerichtsurteil geprägt. Der *informed consent* setzt eine inhaltliche Informationspflicht des Arztes voraus. Durch das Prinzip der autonomen Einwilligung des Patienten nach einer Aufklärung soll dem Recht auf Selbstbestimmung und der Achtung der Person bei medizinischen Entscheidungen und Handlungen Rechnung getragen werden (Vollmann 2000).

Knock-Out-Tiere

Dabei handelt es sich um künstlich hergestellte Mutanten, die spezifische Genprodukte, aufgrund einer Dysfunktion eines Gens nicht mehr herstellen können.

Kontrollverlust

Unter Kontrollverlust versteht Jellinek (1960) die Unfähigkeit, die Konsummenge in einer Situation zu kontrollieren; nachdem ein Alkoholkranker eine geringe Menge an Alkohol zu sich genommen hat, beginnt eine Kettenreaktion, die ihn zum Weitertrinken und Nicht-Mehr-Aufhören-Können veranlaßt.

Kontrolliertes Trinken

Unter kontrolliertem Trinken versteht man die Möglichkeit einer Rückkehr zu gesellschaftlich akzeptiertem Alkoholkonsum. Die Definition des kontrollierten Trinkens ist damit von der gängigen Konsumnorm abhängig. Kontrolliertes Trinken wird in wissenschaftlichen Studien zur Erforschung dieses Therapieziels jedoch meist nicht weiter definiert.

Konsens

Dem Konsens liegt die Idee eines Interessenausgleiches im Konfliktfall zugrunde. Konsens bedeutet eine aktive Zustimmung zu gesellschaftlichen Regelungen und Grundwerten. In dieser Arbeit wird der Begriff des dynamischen Konsens verwendet, der in Anlehnung an Moreno als kommunikativer Prozeß verstanden wird, der durch die Interaktion in einer Gruppe aus Beteiligten zustande kommt (Moreno 1996).

Konzept

Vorläufige Fassung und Definition im Sinne eines ersten Entwurfes.

Medizinethik

Die Medizinethik stellt eine Disziplin der anwendungsbezogenen Ethik dar, die sich aus der ärztlichen Ethik heraus entwickelt hat. Im allgemeinen befasst sich die Medizinethik mit Fragen nach dem moralisch Gesollten, Erlaubten und Zulässigen im Umgang mit menschlicher Krankheit und Gesundheit (Schöne-Seifert 1996). Dabei steht traditioneller Weise das ärztliche Handeln zum Wohl des Patienten (Fürsorgeaspekt) im Mittelpunkt. Hinzu kommt als sittliches Minimum das Verbot zu schaden: *nil nocere* (Höffe 1998). Die moderne Medizinethik betrachtet aber auch Ansprüche, Bedürfnisse und Haltungen der Patienten, nämlich dann, wenn es um Patientenautonomie (Entscheidungshoheit), Versorgungsstandards, Informationspflicht oder Verteilungsgerechtigkeit geht. Grundprinzipien der Medizinethik sind Nächstenliebe, Hilfsbereitschaft und Achtung vor der Menschenwürde (Humanität).

Modell

System aus Sätzen, die für einen weniger bekannten Gegenstandsbereich hypothetisch oder metaphorisch eine Erklärungsleistung ermöglichen sollen (Janich, Weingarten 1999).

Moral

Die Moral bildet einen normativen Grundrahmen für das Handeln der Menschen untereinander und sich selbst gegenüber aus. Moral und Sitte bilden einen Komplex von Handlungsregeln, Wertmaßstäben und Sinnvorstellungen (Höffe 1997).

Naturalistischer Fehlschluß

nach Moore besteht dieser darin, sittlich Gutes durch empirische oder metaphysische Begriffe zu definieren. Im landläufigen Sinn wird darunter ein Verstoß gegen das Humane Gesetz verstanden. Nach Hume ist der Wechsel von einer deskriptiven Ebene zu einer normativen Ebene nicht zulässig. (Empirische) Seinsaussagen reichen nach Hume nicht aus, um menschliches Sollen zu bestimmen. Der Sein-Sollen-Fehlschluß ist deshalb auch eine Aufforderung dazu, Seins- und Sollensaussagen zu unterscheiden und keine einfachen Rückschlüsse zwischen ihnen zu ziehen.

Neuroethik

Unter Neuroethik versteht Metzinger eine angewandte Ethik, die therapeutische oder forschende Handlungen durch die absichtlich und direkt in das ZNS eines Menschen eingegriffen wird, reflektiert.

Neurotransmitter

Endogene Substanz, die von einem Neuron freigesetzt wird und die elektrische Aktivität eines nachgeschalteten Neurons verändert.

Normen

Die Norm stellt eine Regel, einen Maßstab oder einen leitender Grundsatz dar. Normen im rechtlichen und moralischen Sinne sind als genereller Imperativ zu verstehen, an dem sich Handlungen von Einzelnen oder Gruppen orientieren.

Opioide

Natürliche oder synthetische Substanzen mit morphinähnlicher Wirkung. Dazu gehören Opiate und die körpereigenen Opioidpeptide (Enkephaline, Endorphine)

Opioidkompensationshypothese

Da die Aufnahme von Alkohol, aber auch exogenen Opiaten (z.B. Heroin), zu einer Ausschüttung von körpereigenen Opiaten und im Fall der exogenen Opiate zur imitierten Belohnungswirkung führen, nimmt man an, daß Alkohol wie auch die Opiate ein angeborenes oder erworbenes Defizit von endogenen Opiaten ausgleichen können und eine Substanzaufnahme die vorhandene Dysphorie aufheben hilft.

Paradigma

Ein Paradigma beschreibt nach Thomas Kuhn eine neuartige Leistung in einem Fach, die eine Gruppe von Anhängern findet. Mit dem Paradigmbegriff verbindet Kuhn ein historisches Entwicklungsschema für Disziplinen. Nach diesem Schema entwickelt sich eine Disziplin aus einer vorparadigmatischen Phase über eine normale Phase hin zu einer revolutionären Phase. In der normalen Phase der Wissenschaft werden andere Paradigmen zugunsten eines dominierenden Paradigma aufgegeben. Erst wenn das gültige Paradigma einzelne Sachverhalte nicht mehr befriedigend erklären kann, tritt die Entwicklung in eine revolutionäre Phase, die das bestehende Paradigma einer Disziplin in die Krise stürzen (Gethmann in: Mittelstraß 1995, S. 33). Der Begriff des Paradigmas wird in dieser Arbeit im Sinne Kuhns benutzt.

Prädisposition

Unter einer genetischen Prädisposition wird eine Krankheitsneigung verstanden, d.h. das Auftreten einer Erkrankung erfolgt bei Trägern bestimmter Gene (und innerhalb einer Familie) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als sich dies für die Allgemeinbevölkerung nachweisen läßt. Für ein nicht den allgemeinen Mendelschen Gesetzmäßigkeiten folgendes Merkmal wird eine genetische Prädisposition zum Auftreten einer damit verbundenen Erkrankung angenommen.

Prinzipien

Moralische Prinzipien werden als Teil eines Wertsystems verstanden, sie sind verallgemeinerbar, aus ihnen lassen sich moralische Regeln ableiten, die dann wiederum als Grundlage praktischen Handelns fungieren können.

Psychoaktive Substanzen

Als psychoaktive oder psychotrop bezeichnet man nach Julien Substanzen, die die Stimmung, Denkprozesse oder das Verhalten verändern oder zur Behandlung von neurologischen und psychischen Erkrankungen eingesetzt werden. Die Veränderungen ergeben sich aus ihren Wirkungen auf biochemischer und physiologischer Ebene (Julien 1997, S.1).

Psychotherapie

Nichtpharmakologische Behandlung psychischer Störungen, bei der unterschiedliche Verfahren zur Anwendung kommen können (Julien 1997).

Sozialethik

Die Sozialethik untersucht die sittlichen Normen und Prinzipien menschlichen Zusammenlebens im institutionalisierten und nicht institutionalisierten Bereich. Die Sozialethik konzentriert sich dabei auf die Fragen der Grundinstitutionen. Die Sozialethik stellt somit eine Ergänzung zur Individualethik dar, die die Verantwortung des Individuums gegenüber seinen Mitmenschen, gegenüber sich selbst sowie die Aufgaben der Gesellschaft gegenüber des Einzelnen untersucht.

Sucht

Der Begriffsbenutzung von Sucht scheint gemein zu sein, daß sie ein Mittel oder ein Tun beschreibt, das seinem ursprünglichen Zweck entfremdet oder zum Selbstzweck geworden ist. (Soyka 1995). In dieser Arbeit soll der Begriff Sucht zunächst sehr weit gefaßt werden, um möglichst viele verschiedene Theorien erfassen zu können. Als weite Definition wird in dieser Arbeit auch die Aussage verwendet: "Der Konsum von psychoaktiven Substanzen kann aufgrund unterschiedlicher Ursachen (z.B. einer genetischen Prädisposition, Lebensereignisse und/oder soziale Bedingungen) zu einem Dauerkonsum führen, der nicht mehr beendet werden *kann oder will* und dadurch zur Gefährdung für Gesundheit, das soziale Umfeld und das Leben werden kann, aber nicht muß" (Kapitel 7).

Suchthilfe

Unter Suchthilfe werden hier zunächst alle Einrichtungen verstanden, die Beratungs-, Interventions-, und Präventionsmaßnahmen anbieten, oder Hilfeleistungen dieser Art vermitteln. Auch Selbsthilfegruppen können unter diesem Begriff subsumiert werden

Theorie

Unter Theorie wird ein Satzsystem verstanden, das die Wissensbestände eines Gegenstandsbereiches zusammenfaßt darstellt, um diese zu verstehen und zu lehren (Janich, Weingarten 1999).

Toleranz

Im allgemeinen stellt die Toleranz eine reduzierte Ansprechbarkeit des Körpers auf eine bestimmte Substanz dar, die mit dauerhaftem Konsum immer schwächer wird.

Übermäßiger Konsum

Unspezifischer Begriff für Konsum jenseits der sozial sanktionierten Grenzen. Der übermäßige Konsum bezieht sich sowohl auf Gelegenheitskonsum (situativ) als auch auf den als süchtig klassifizierten Menschen (chronischer Konsum).

Verantwortung

Der Begriff der Verantwortung ist äußerst facettenreich. Verantwortung kann sich im allgemeinen auf individuelle wie auch kollektive Handlungen beziehen, die in der Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft ausgeführt und gegenüber etwas, jemanden, sich selbst oder einer Instanz geltend gemacht wird. Aufgrund der Verantwortung, so Höffe, wird der Mensch zu einem moralischen Subjekt, aber auch zu einem Rechtssubjekt und muß für seine Handlungen oder Unterlassungen und deren Folgen einstehen (Höffe 1997, S. 315). Das Einstehen äußert in einer Rechenschaftsverantwortung gegenüber jemanden und in einer Haftungsverantwortung, mit der man für seine Schädigungen, Verfehlungen oder Vernachlässigungen und deren Folgen haftet. Häufig werden verschiedene Verantwortungstypen unterschieden, zu denen z.B. eine Kausalverantwortung, eine Haftungsverantwortung und eine Fürsorgeverantwortung gehören.

Werte/Wertebene

Unter Wert oder Wertebene werden hier direkt oder indirekt eingebrachte Orientierungen und Leitvorstellungen verstanden, die handlungsanleitend wirken, wobei in dieser Arbeit vor allem auf solche Wertungen fokussiert wird, die zur Beschreibung von individuellen und sozialen Sollzuständen herangezogen werden und sich auf Moralvorstellungen beziehen können. Nach Ricken versteht man unter einem Werturteil ein beschreibendes Urteil, bei dem der Sprecher Eigenschaften angibt, um derentwillen er einen Gegenstand oder eine Sache als *gut* bezeichnet. Werte sind deshalb oft die Grundlagen von Empfehlungen.

Zentrales Nervensystem (ZNS)

Gehirn und Rückenmark

Zwangsbehandlung:

therapeutisch induzierte, unabhängig vom Willen des Patienten durchgeführte, im Falle unmittelbaren Zwanges auch richterlich angeordnete Maßnahme auf der Grundlage eines förmlichen Gesetzes (Kindt 1989, S. 49).

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1.	Sucht in unserer Gesellschaft	1
1.2.	Drogen und Genußmittel	2
1.3	Heroin und Alkohol im Vergleich	3
1.4	Geschichte und Bewertung der Substanzen: Alkohol und Heroin	5
1.5.	Sucht und Ethik in den Wissenschaften	7
1.6.	Fragestellungen und Ziele der Arbeit	10
1.7.	Methoden	12
1.7.1.	Deskriptive Analyse der wissenschaftlichen Ergebnisse	12
1.7.2.	Interdisziplinarität als Methode	13
1.7.3.	Ethik als Methode	14
2.	Was ist Sucht	17
2.1.	Die Suche nach einer Definition	17
2.1.1.	Der Begriff der Sucht - historische und umgangssprachliche Bedeutungen	18
2.1.2.	Suchtdefinitionen in den Wissenschaften	19
2.3.1.	Die Definitionsweisen in der Biologie, Psychologie und den Sozialwissenschaften	20
2.1.4.	Zusammenfassung	27
2.2.	Die Probleme einer Definition für Sucht	27
2.3.	Was kann eine Suchtdefinition noch leisten?	30
2.4.	Der Suchtbegriff und die weitere Vorgehensweise	31
3.	Von der Definition zur Theorie	33
3.1.	Ursachenforschung und Theorien zur Sucht	33
3.1.1.	Psychoanalytische Theorien zur Suchtentwicklung	36
3.1.2.	Suchtheorien der Persönlichkeitspsychologie	37
3.1.3.	Genetische Studien	38
3.1.4.	Verhaltensanalytische Theorien zur Suchtentwicklung	40
3.1.5	Eine systemtheoretische Ansicht zur Sucht	43
3.1.6.	Neurobiologische Theorien zur Sucht	44
3.1.7.	Craving als Erklärungsprinzip	49
3.1.8.	Soziologische Theorien	52
3.2.	Die Theorien im Vergleich - Unterschiede und Gemeinsamkeiten	53
3.3.	Aktuelle Probleme im Umgang mit den theoretischen Modellvorstellungen zur Sucht	55
3.3.1.	Tiermodelle und klinische Studien als Ausgangspunkt der Theorien	55
3.3.2.	Methodologische und technische Probleme der biologischen und medizinischen Suchtforschung	56

4.	Das historische Suchtverständnis	58
4.1.	Die soziale Bewertung und Problematisierung von übermäßigem Alkoholkonsum	60
4.2.	Alkohol und Opium: vom sozialen zum medizinischen Problem?	63
4.2.1.	Die Bewertung von Alkohol und Opium im Kontext verschiedener Krankheitslehren vor 1800	66
4.2.2.	Das <i>neue</i> Alkoholverständnis in der Medizin um 1800	67
4.2.3.	Benjamin Rush	70
4.2.4.	Thomas Trotter und die Trunksucht	71
4.2.5.	Brühl-Cramer und die Benennung des Problems als Trunksucht	72
4.2.6.	Vom Kranken zum psychisch Kranken	74
4.2.7.	Die Problematisierung von Opium und Morphinium - mehr als eine Verbalanalogie?	76
4.3.	Die Medikalisierung von Sucht - eine Abwendung von moralischen Argumentationsweisen?	77
4.3.1.	Eine Kritik der Interpretation der Suchtgeschichte und des postulierten Paradigmenwechsels nach Thomas Kuhn	79
4.3.2.	Alternative Interpretationsmöglichkeiten	84
4.3.2.1.	Fleck und Lakatos	84
4.3.2.2.	Sucht als Erzählung eines medizinischen Erfolgs	86
4.4.	Zusammenfassung	87
5.	Das aktuelle Suchtverständnis	89
5.1.	Was bedeutet psychisch krank?	89
5.2.	Sucht ist stets Krankheit	91
5.2.1.	Das subjektive Krankheitsverständnis von Sucht	94
5.2.2.	Das naturwissenschaftliche Krankheitsverständnis von Sucht	95
5.2.3.	Der juristische Begriff der Suchtkrankheit	96
5.2.4.	Suchtkrankheit als Interaktion mit der Umwelt - ein systemtheoretisches Krankheitsverständnis von Sucht	97
5.2.5.	Das pragmatische Krankheitsverständnis von Sucht	99
5.3.	Kritik am Krankheitskonzept	100
5.4.	Diskussion der Krankheitsverständnisse	104
5.5.	Krankheit als politische Forderung?	106
5.6.	Alternativen und Ergänzungen zum Krankheitsverständnis von Sucht	110
5.6.1.	Sucht ist deviantes Verhalten	111

5.6.2.	Sucht ist eine Lebensweise (Akzeptanzmodell)	112
5.6.3.	Sucht ist ein erlerntes Verhalten (Behavioural Approach)	114
5.7.	Was bieten die Denkstile an	115
6.	Von der Theorie zur Praxis - Auswirkungen der Denkstile auf den gesellschaftlichen und medizinischen Umgang mit der Sucht	118
6.1.	Die Begriffe Sucht und Drogenhilfe	118
6.2.	Die Bedeutung der Therapieziele im Suchthilfesystem	120
6.3.	Welche Hilfe brauchen und wollen betroffene Menschen	121
6.3.1.	Hilfe als Therapie einer Krankheit	125
6.3.2.	Rückfall und Pharmakotherapie	127
6.3.3.	Therapie und Arzt-Patient-Verhältnis	129
6.3.4.	Therapie, Krankheit und Rechtsprechung	132
6.4.	Hilfe als Verhaltensmodifikation	134
6.4.1.	Die Verhaltenstherapie	136
6.4.2.	Die Rückprägung	138
6.5.	Hilfe durch Akzeptanz und Toleranz	139
6.5.1.	Harm-Reduction	140
6.5.2.	Die Systemtherapie	142
6.6.	Von der Theorie zur Praxis	143
6.7.	Der Umgang mit der Pluralität im Suchthilfesystem	145
6.8.	Die Diskussion um Qualitätsstandards in der Suchthilfe	147
7.	Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht	150
7.1.	Zwischen Fakten und Werten – eine Problemskizze	150
7.1.1.	Probleme auf der Bewertungsebene	152
7.1.2.	Zur Unsicherheit auf der Faktenebene	153
7.1.3.	Das Problem des Ebenenwechsels	154
7.2.	Eine anwendungsbezogene Ethik der Sucht	157
7.2.1.	Mögliche Fragestellungen einer Ethik der Sucht	158
7.3.	Ein Grundkonflikt innerhalb der Suchtproblematik	160
7.4.	Pluralität und Konsensfindung in der Suchthilfe – ein Widerspruch ?	162
7.5.	Auf der Suche nach Gemeinsamkeiten	164
7.5.1.	Eine gemeinsame Arbeitsdefinition	165
7.5.2.	Die Begründung der Suchthilfe - Gemeinsamkeiten	167
7.6.	Ein Konsens in der Suchthilfe	168

8.	Die Frage nach der Freiheit von süchtigen Menschen	170
8.1.	Sucht und Freiheit	171
8.2.	Das Verständnis von Freiheit im Kontext der Sucht	172
8.2.1.	Kranker Wille – fremdbestimmter Wille?	176
8.3.	Das Beispiel des <i>unwilligen Süchtigen</i> in Harry Frankfurts Freiheitskonzeption	178
8.3.1.	Der Freiheits- und Personbegriff bei Frankfurt	179
8.3.2.	Das Hierarchische Modell des Wünschens und Wollens- ein Stufenmodell	180
8.3.3.	Frankfurts Suchtypologie	182
8.3.4.	Anmerkungen zu <i>Frankfurts Süchtigen</i>	184
8.4.	Freiheit, Sucht und anwendungsbezogene Ethik	188
8.5.	Freiheit und das Selbstverständnis von süchtigen Menschen	192
8.5.1.	Freiheit und Selbstverständnis im therapeutischen Kontext – ein Modell	194
9.	Sucht und Gesellschaft	198
9.1.	Gesellschaftliche Interessen und Verantwortung	198
9.1.1.	Über Wünschenswerte und sozial erwünschte Erlebniszustände	200
9.1.2.	Der Begriff der Verantwortung	202
9.2.	Fragen nach dem guten Leben und Fragen der Gerechtigkeit	204
9.3.	Hilfe als faire Hilfe	207
9.3.1.	Rawls' Theorie der Gerechtigkeit – ein Überblick	207
9.3.2.	Fairer Umgang, Faire Hilfe ?	209
9.3.3.	Gegenseitigkeit als Fairneß	213
9.4.	Zusammenfassung	214
10.	Ausblick und Zusammenfassung	217
10.1.	Die Zukunft der Suchtbehandlung - ein Ausblick	217
10.2.	Zusammenfassung	218
11.	Literaturverzeichnis	220

1. Einleitung

1.1. Sucht in unserer Gesellschaft?

"Wie war es möglich, daß die Sucht zur Droge fand? Wodurch erlangten psychotrope Substanzen den Ruf Drogen zu sein und süchtig zu machen, wie konnte der objektivistische Schein entstehen, daß es seelenversklavende suchterzeugende Stoffe gibt? Wodurch konnte der Schein entstehen, daß es zur Sucht disponierte Individuen gebe?(Peter Sloterdijk)¹

Der Philosoph Sloterdijk eröffnet mit seinem Zitat eine interessante Eingangsperspektive in die Thematik der Sucht. Sind alle Drogen suchterzeugend, und unterwerfen sie die menschliche Seele tatsächlich? Gibt es Menschen, die zur Sucht neigen, gehören wir dazu? Gerade eine mögliche Disposition zur Sucht, oder ein Autonomieverlust, der an eine *innere Versklavung*² erinnern läßt, scheinen ein besonderes Interesse bei der Betrachtung von Drogen und Sucht zu wecken. In der neurowissenschaftlichen Literatur finden sich Publikationen, die anhand von Analogien und Vergleichen ebenfalls ein besonders anschauliches Bild der Drogenwirkung übermitteln wollen. Da ist *vom entführten, gekidnappten Gehirn* (Hurely 2000, Kapitel 1) zu lesen, das von Drogen attackiert wird, von der Droge als *teuflischem Tutor*, der das Gehirn, das *Falsche* zu lehren scheint oder vom Gehirn, *welches Alkohol mag*, was fast wieder vergessen läßt, daß es sich dabei um die Beschreibung von als süchtig definierten Menschen handelt. Aber wer legt fest, was Sucht ist und wer als süchtig klassifiziert werden darf?

Derzeit wird angenommen, daß es in der Bundesrepublik ca. 5 Mill. Nikotinabhängige, 2,5 Mill. Alkoholabhängige und 800.000 Medikamentenabhängige gibt sowie ungefähr 100.000 Mill. Menschen, die von sogenannten *illegalen Substanzen* abhängig sind (DHS³ 1999). Die Zahl der Gelegenheitskonsumenten dieser Substanzen wird von der DHS weitaus höher eingeschätzt. Die als Genußmittel bezeichneten Substanzen Alkohol und Nikotin, nicht die illegalen Konsummittel, stellen damit das größte Suchtproblem dar. In unserer Gesellschaft scheint sich dabei ein Konsens darüber entwickelt zu haben, daß Sucht einen negativen Zustand bezeichnet, gegen den die Gesellschaft etwas unternehmen sollte.

Dennoch besteht keine einheitliche Meinung darüber, wie dieser Konsenses in die Tat (Praxis) umgesetzt werden soll. Die politischen Strategien schwanken zwischen den Polen der *Kriminalisierung* und *Medikalisierung*⁴ von Drogenkonsumenten. Neben dem momentan von der Regierungspartei bevorzugten biomedizinischen Krankheitsmodell von Sucht scheint sich unser Suchtverständnis und die Beantwortung all dieser Fragen auf unterschiedlichen Ebenen abzuspielen. Neben ökonomischen, pragmatischen und biomedizinischen Argumenten führen auch unterschiedliche Vorstellungen z.B. über Freiheit, Selbstbestimmung,

¹ Sloterdijk, in: Gölz, Bossong, Stover 1997, S. 34

² Valverde benutzt diesen Begriff zur Beschreibung der Sucht und weist darauf hin, daß bereits bei Borsell (1862) mit dieser Analogie gearbeitet wurde (Valverde 1998).

³ DHS = Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren

⁴ Der Begriff der *Medikalisierung* oder *Medizinalisierung* ist der Terminologie der Sozialwissenschaften entliehen und wird dort im Zusammenhang einer kritischen Auseinandersetzung mit dem biomedizinischen Suchtmodell verwendet.

Gesundheit, Lebensqualität und soziale Sicherheit (oder Schutz vor Gefahren) die Diskussion an. Das Recht auf Genuß und Entspannung wird häufig von den Befürworter einer liberalen Drogengesetzgebung eingefordert. Wie geht man mit der Forderung nach Genußerlebnissen um, wenn man andererseits die potentiellen Risiken, die von Drogen ausgehen können, berücksichtigen will? Stellt Sucht lediglich ein alternatives Lebenskonzept, ein, wie Solterdijk es nennt, *Scheinproblem* dar oder handelt es sich um eine chronische und behandlungsbedürftige Krankheit? Ist Sucht eine individuelle Angelegenheit oder betrifft sie die Gesellschaft im Ganzen?

Mit den aufgeführten Fragestellungen scheinen Wissenschaftler wie auch Politiker und die Justiz verständlicherweise überfordert zu sein. Lassen sich diese Fragen aber überhaupt klären, und wenn ja, auf welcher Ebene und durch welcher Methode könnte dies verwirklicht werden? Auf der Suche nach einer möglichen Diskussionsebene muß zunächst eine Unterscheidung zwischen dem Gelegenheitskonsum und dem als süchtig deklarierten Konsum vorgenommen werden. Die Grenzziehung stellt zwar eine erhebliche Schwierigkeit dar, trotzdem soll im Verlauf der Arbeit hauptsächlich über die möglichen Folgen eines jeweils als solchen über der Norm liegenden Konsums bzw. Mißbrauchs und der Sucht diskutiert werden. Innerhalb einer Diskussion um mögliche Reaktionsweisen auf die Sucht können verschiedene Aspekte einer Suchtentwicklung thematisiert werden. Außer in politischen Debatten werden diese wahrgenommenen Probleme vor allem in den Medien thematisiert, was zu einer weiteren Sensibilisierung der Bevölkerung für bestimmte Problembereiche beiträgt. Als Problempunkte, die individuell oder gesellschaftlich wahrgenommen werden können, sind folgende Aspekte des Drogengebrauchs anzuführen:

- der Gebrauch von Drogen und Genußmitteln per se
- das unter Drogenwirkung auftretende Verhalten (Konsequenz), auch als Fehlverhalten wahrgenommen
 - z.B. Normüberschreitungen⁵
- die Selbstschädigung (Gesundheitsaspekte), Drogentote
- Einfluß der Drogen auf die Integrität der Abhängigen und
- auf die Gesellschaft als Ganze
- Erscheinungsbild der Süchtigen/Drogenszene
- Drogenverbreitung/Herstellung
- die verursachten Folgekosten

Bevor auf die Ziele der Arbeit eingegangen wird, soll zunächst ein kurzer Überblick über die verwendeten Begriffe *Droge* und *Genußmittel* gegeben werden.

1.2. Drogen und Genußmittel

Die Gruppe der Drogen, Genußmittel und Psychopharmaka stellen Substanzen mit psychoaktiver Wirkung dar. Als psychoaktiv oder psychotrop bezeichnet man nach Julien solche Substanzen, die die Stimmung, Denkprozesse oder das Verhalten verändern oder zur Behandlung von neurologischen und psychischen Erkrankungen eingesetzt werden (Julien 1997, S.1). Die Veränderungen ergeben sich aus ihren Wirkungen auf biochemischer und physiologischer Ebene.

⁵ Popitz bemerkt, daß die Wahrnehmung und Thematisierung einer Normverletzung, die entsprechenden Normen selbst weiter verdeutlichen und zu ihrer Stabilisierung beitragen kann (Popitz 1968).

Eine Einteilung der verschiedenen psychoaktiven Substanzen erscheint aus wissenschaftlicher Sicht höchst schwierig, die Tragweite der bestehenden Klassifikationssysteme ist somit begrenzt. Meist werden die als psychoaktiv geltenden Substanzen in Anxiolytika, Antiepileptika, Neuroleptika, Antidepressiva, Psychostimulantien, Opioidanalegetika, zentral nervös dämpfenden Substanzen, psychedelische Substanzen und Halluzinogene eingeteilt (Julien 1997). Allen gemein ist eine mehr oder weniger große Gefahr, von diesen Substanzen bei wiederholter Einnahme abhängig zu werden. Dennoch erweist es sich als schwierig, einzelne psychoaktive Substanzen in die allgemein üblichen Untergruppen der Genußmittel, Drogen und Psychopharmaka einzuordnen. Im ursprünglichen Wortsinn ist der Begriff der Droge oder *Drug* ein natürliches Erzeugnis pflanzlicher oder tierischer Herkunft. Bei Comer wird diese Definition mit Substanzen assoziiert, die keine Nahrungsmittel darstellen und unsere körperlichen und psychischen Funktionen verändern können (Comer 1995, S. 461). In der Alltagssprache wird der Begriff der Droge jedoch mit illegalen psychoaktiven Substanzen in Verbindung gesetzt. Die Einordnung der Substanz unterliegt den jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen und der Akzeptanz einer Substanz innerhalb dieser Gesellschaft. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird im allgemeinen der Begriff der Droge neutraler und zusammenfassend für illegale bzw. legale psychoaktive Substanzen benutzt, die außerhalb eines medizinisch kontrollierten Behandlungskonzeptes selbst verabreicht werden. Diese Definition ist zwar sehr weit gefaßt, vermeidet aber möglicherweise einen präjudizierenden Umgang mit dem Begriff Droge und den damit eingeschränkten und negativen Assoziation, die in dieser Arbeit ja gerade näher untersucht werden sollen.

1.3. Heroin und Alkohol im Vergleich

Aus pharmakologischer Sicht kommt Heroin, aber auch Alkohol ein relativ hohes Sucht- und Gefahrenpotential zu. Beide Substanzen werden in der Medizin durch psychische wie auch physische Entzugssymptome beschrieben.

Während es sich bei Alkohol um eine zentralnervös dämpfende Substanz handelt, gehört Heroin zu den Opiaten. Das Ausgangsprodukt der Opiate, wie z.B. Opium, Morphinum und Heroin, wird aus dem Schlafmohn *Papaver somniferum* gewonnen.

Gesellschaftlich kommt den beiden Substanzen eine hohe Aufmerksamkeit zu, die sich jedoch auf unterschiedliche Aspekte zurückführen läßt. Alkohol ist in unserer Gesellschaft ein legales und traditionell eingebundenes Genußmittel, das gesetzlich unter das Lebensmittelrecht fällt. Die thematisierten Probleme eines Alkoholrausches oder der Alkoholsucht beziehen sich meistens auf Straßenverkehrsunfälle und Gewalttaten unter Alkoholeinfluß. Alkoholismus stellt nach der Nikotinsucht aus epidemiologischer Sicht eines der größten Abhängigkeitsprobleme dar, das zu volkswirtschaftlich hohen Folgekosten führt. Alkohol wird in dieser Arbeit repräsentativ für ein legales und vielerorts verwendetes Genußmittel angeführt, das schon seit Jahrtausenden in unserem Kulturkreis bekannt ist. Heroin, ein Morphinderivat, gehört andererseits zu den als illegal klassifizierten Drogen, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen. Heroinsüchtige stellen zahlenmäßig zwar ein weitaus kleineres gesellschaftliches Problem dar (ca. 100.000 gegen 2,5 Mill. Alkoholabhängige), repräsentieren aber gewissermaßen die Gruppe der illegalen

Drogen und deren sozialen Problemcharakter⁶. Heroin ist neben den Cannabissubstanzen immer wieder Anstoß für emotional geführte Liberalisierungsdebatten und ist seit 1992 in Form des Konzeptes *Heroin auf Krankenschein* ein aktuelles und brisantes Beispiel der Diskussion um geeignete Behandlungsformen (*Harm Reduction*) und Hilfestellungen für sogenannte Schwertsabhängige. Andererseits stellt die Heroinszene mit den sogenannten *Junkies*⁷ einen Anstoßpunkt für viele Großstadteinwohner dar, deren ästhetisches wie moralisches Empfinden durch den Anblick der als delinquent geltenden Heroinabhängigen gestört wird. Innerhalb der Heroindebatte kommt vor allem der Beschaffungskriminalität und den ordnungspolitischen sowie medizinischen Folgekosten eine enorme Bedeutung zu. Wirtschaftswissenschaftlern schätzen die Kosten einer repressiven Heroinpolitik auf ca. 6 Millionen DM (Hartwig, Pies 1995, S. 27) ein. Im Kampf gegen Drogen wird die vermeintlich als gefährlich eingeschätzte Heroinsucht deshalb oft exemplarisch in den Vordergrund gestellt. Gleichzeitig besitzen Alkohol, wie auch das zu den Opiaten gehörende Heroin, eine sedierende und entspannende Wirkung, weshalb sie bezogen auf die Konsumgründe (Konsumzweck) und die wahrgenommene Wirkung besser vergleichbar sind.

Abbildung 1. Unterschiede der Substanzen: Alkohol und Heroin

	Alkohol	Heroin
Substanzklasse	zentralnervös dämpfende Substanzen	Opiate
Wahrnehmung	legal, Nahrungsmittel, traditionelles Rauschmittel	illegal, sozial nicht integriert, Rauschgift
Konsumkontext	in der Freizeit, öffentlich	in einer bestimmten Gruppe bzw. Szene, nicht öffentlich
Einnahmeform	oral	meistens per Injektion, oder nasal
empfundene Wirkung	anregend oder entspannend, enthemmend	euphorisierend, schmerzlindernd, beruhigend
Wirkung auf Gesundheit	schädigt bei hohem Konsum direkt Organe	schädigt indirekt durch Verunreinigungen und Einnahmeform sowie Lebensumstände (z.B. HIV-Infektionsrisiko)
Folgekosten	Versicherungsaufwendungen, Rehabilitationsmaßnahmen, Arbeitsausfälle, Unfälle, Gewaltdelikte	Versicherungsaufwendungen, Rehabilitationsmaßnahmen, Beschaffungskriminalität, Verbreitungskriminalität

Die Unterschiede wie auch die Gemeinsamkeiten eignen sich für einen Vergleich der Substanzen. Durch die unterschiedliche Akzeptanz bei ähnlichem Risikofaktor

⁶ Peel merkt an, daß Heroin zusammen mit Alkohol die Substanzen darstellen, die am stärksten mit dem Begriff der Sucht assoziiert werden. Insofern scheinen Alkohol und Heroin *gleichwertig* zu sein, zumindest auf der Ebene der gesellschaftlichen Wahrnehmung (Peel 1985).

⁷ Die Bezeichnung 'Junkies' leitet sich dabei vom Wort junk ab, was soviel bedeutet wie Überflüssiges, Ramsch, Trödel oder auch Minderwertiges (Oxford Duden, Kompaktwörterbuch für Englisch).

(psychische, wie auch physische Entzugssymptome) eröffnen sich interessante Fragestellungen, besonders im Hinblick auf einen Vergleich der Therapiekonzepte und der Reaktionsweisen gegenüber den als abhängig bezeichneten Personengruppen.

1.4. Geschichte und Bewertung der Substanzen: Alkohol und Heroin

"Aber es ist nichts so nützlich und gut, welches nicht durch Mißbrauch kann schädlich und böse gemacht werden. Die Umstände verändern öfters die Würckung". (Zedlers vollständiges und Universallexikon, Eigenschaften des Opiums 1739)

Historische und kulturvergleichende Quellen belegen, daß die Einnahme von psychoaktiven Substanzen ein ubiquitäres Phänomen darstellt, das unabhängig von Zeit und Ort in verschiedenen Kulturen zu finden ist (Schmidt-Semisch 1992). Die Einnahme von Drogen bzw. psychoaktiven Substanzen wird von jeder Gesellschaft normativ bewertet und entweder als positiv oder als gefährlich-unheilbringend aufgefaßt, weshalb der Konsum von Drogen Gegenstand besonderer Regelungen ist, z.B. in Ritualen oder gesetzlichen Verboten (Tönnies 1985). Die gesellschaftlichen Regelungen unterliegen nicht unbedingt einer Risikoabschätzung über die Wirkweise der Substanzen auf den Körper, sondern sind vielmehr von soziokulturellen Faktoren abhängig sowie von der Tradition, die mit der Einnahme in einer bestimmten Gesellschaft verbunden ist. Psychoaktive Substanzen wurden wahrscheinlich in nahezu allen Kulturen als Medizin, zur Entspannung, für rituelle Zwecke oder zur Steigerung der Ausdauer und zur Bekämpfung von Hungergefühlen und noch vielem mehr genutzt. Den meisten Kulturen waren jedoch nur eine oder sehr wenige Substanzen und deren Wirkungen bekannt. In der heutigen Zeit sind die meisten Drogen und Genußmittel, aber auch Psychopharmaka, auf legale oder illegale Weise für einen Großteil der Bevölkerung zugänglich. In westlich geprägten Gesellschaftssystemen besitzt vor allem der Alkohol eine lange Konsumtradition. Im Mittelalter und in der Antike wurden neben den bekannten, angenehmen Rauschwirkungen hauptsächlich die nährenden Eigenschaften des Alkohols sowie seine desinfizierende Wirkung geschätzt. Alkoholgemische (in verdünnter Form) waren eine sichere und übliche Form der Flüssigkeitsaufnahme, da das mit Abfall und Abwasser verunreinigte Trinkwasser eine Übertragungsquelle von Infektionskrankheiten darstellte. Neben effektiveren Destillierverfahren und der Verbesserung der Trinkwasserqualität hat Alkohol heutzutage vielmehr einen Genuß- und Freizeitwert erlangt. Die Erkenntnis, daß Drogen oder Genußmittel selbst zu dauerhaft unerwünschten Zuständen führen können, ist ebenfalls seit Jahrtausenden bekannt. Im Mittelalter und noch am Beginn der Neuzeit wurde die Gefahr des Alkohols eher im Übermaß und der Unbeherrschtheit des Konsums gesehen, nicht in der Substanz selbst, die durch die im Mittelalter entwickelte Technik der Branntweinherstellung eine Konzentrationssteigerung ermöglichte. Branntwein wurde trotz seiner bekannten Folgen dennoch als "Aqua vitae" bzw. "Lebenselexir" bezeichnet.

Der Grund der Einnahme und die vorherrschende Konsumform scheinen bei der gesellschaftlichen Bewertung des Stoffmittelkonsums eine wichtige Rolle zu spielen. Snyder (1989) sagt im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Bewertung von Opiaten:

"Indeed, the whole history of opiates through the ages teaches us what matters is not so much the drug itself, as how people use it and how society views this use" (Snyder 1989, S. 43).

Hough spricht von einer "Zweckunterscheidung"; die Bewertung wird dabei maßgeblich davon abhängig gemacht, für welchen direkten Zweck oder aus welchem unmittelbaren Grund eine Droge benutzt wird (Hough 1994, S. 154). Die Nutzung von Drogen zu medizinischen Zwecken ist dabei eine seit langem eingesetzte und größtenteils⁸ akzeptierte Form der Gabe und Einnahme von psychoaktiven Substanzen zur Heilung oder Linderung von Krankheiten. Dies trifft vor allem auf die Geschichte der Opiate zu, zu denen auch das Heroin zählt und das in dieser Arbeit neben dem Alkohol Gegenstand der Betrachtung sein wird. Ein Rückblick in die Geschichte des Heroins muß mit der Betrachtung des Opiums beginnen. Opium wird aus dem eingetrockneten Milchsaft der Mohnpflanze *Papaver somniferum* gewonnen. Die Wirkung des Opiums beruht auf den Alkaloidbestandteilen in der Mohnpflanze. Man vermutet, daß die Mohnpflanze schon den Sumerern 4000 vor Christus bekannt war (Snyder 1989). Um ca. 1500 vor Christus gab es im östlichen Mittelmeerraum einen Opiumhandel (Kreutel 1988), der zur Ausbreitung des Opiums in den westlichen, aber auch östlichen Kulturkreis beitrug. Opium wurde vor allem als Pharmazeutikum für medizinische Zwecke verwendet. Im arabischen Kulturkreis hat es sich vermutlich aus Gründen des Alkoholverbotes im Islam zum Genußmittel, Sorgenbrecher, Euphorisiakum, Muttmittel und Aphrodisiakum entwickelt (Kreutel 1988). In Europa ist es vor allem in Aufzeichnungen von "Kräutermischungen" (in den mittelalterlichen Kräuterbüchern) zur Heilung verschiedenster Erkrankungen zu finden. Es hatte jedoch auch den Ruf eines tödlichen Giftes und wurde deshalb nur vorsichtig dosiert eingesetzt.

Im Jahr 1805 gelang es dem deutschen Apotheker Sertürner, aus Opium das nach dem griechischen Gott der Träume (Morpheus) benannte Morphin, ein aktives Alkaloid, zu isolieren (Stimmer 2000, S. 282). Morphin erlangte seine Bedeutung durch die Anwendung als Schmerzmittel, welches besonders in den im 19. Jahrhundert geführten Kriegen sowie im ersten Weltkrieg zum Einsatz kam. Die Morphiemsucht und die Entzugssymptomatik (z.B. Zittern, Schwitzen, Muskelkrämpfe) wurde in diesem Zusammenhang auch als *Soldatenkrankheit* bezeichnet⁹. Erst am Ende des 19. Jahrhunderts wurde durch eine Azetylierung des Morphins Diacetylmorphin, das heutige Heroin, gewonnen, das zuerst 1898 von der Firma Bayer als Hustensaft auf den Markt gebracht wurde. Mit den Konzentrationssteigerungen der aktiven Alkaloide sowie der Erfindung der subkutanen Injektion standen mit Morphin und Heroin Präparate zur Verfügung, die eine weitaus stärkere und schnellere psychoaktive Wirkung im Körper vermittelten als das Opium. Einige der synthetischen Drogen, die heute auf dem Schwarzmarkt gehandelt werden, sind Nebenprodukte der Pharmaforschung, die, wie Morphin oder Heroin, ursprünglich zur Behandlung unangenehmer psychischer oder physischer Zustände (z.B. Schlaflosigkeit, Schmerzen, Husten etc.) oder psychischer Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, konzipiert wurden.

⁸ Die Verwendung von psychoaktiven Substanzen aufgrund einer medizinischen Indikation wurde allerdings in den 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts mit der zunehmenden Verschreibung von Psychopharmaka wieder in Frage gestellt.

⁹ Im Vietnamkrieg wurde dieser Begriff der *Soldatenkrankheit* im Zusammenhang mit der Heroinabhängigkeit vieler Vietnamrückkehrer wieder aufgegriffen und führte zu einer stärkeren Problematisierung der Heroinsucht. Zudem stieg die Zahl der Heroinsüchtigen in den 60er und Anfang der 70er Jahren in den USA deutlich an und veranlaßte den damaligen Präsidenten Nixon zu seiner offensiv geführten Drogenkampagne ("Kampf den Drogen").

Die in klinischen Studien oder in Selbstversuchen (z.B. LSD) entdeckten Nebenwirkungen führten zu einer Verwerfung der angehenden Medikamente und indirekt zu einem erweiterten Verständnis über die Wirkungen von psychoaktiven Substanzen und der Sucht.

1.5. Sucht und Ethik in den Wissenschaften

"Methoden zur Beeinflussung von Hirnfunktionen- und damit von menschlichen Verhaltensweisen hatte die Menschheit schon lange erfunden, bevor es der Hirnforschung gelungen war, die Mechanismen für diese Beeinflussbarkeit aufzudecken". (W. Singer 1987, S. 169)

Die Auseinandersetzung mit der Lebenswelt von süchtigen Menschen und der sozialpolitischen Reaktion auf das Phänomen der Sucht ist Gegenstand von anthropologischen, soziologischen, theologischen und auch ethischen Studien. Die Thematisierung der Sucht aus einer ethischen Perspektive streift dabei drei verschiedene Teilbereiche der Ethik, die Individualethik, die Sozialethik und im Kontext der praktischen Reaktion auf Sucht die Medizinethik. Individualethische Fragestellungen werden dabei meistens im Zusammenhang mit Liberalisierungsdebatten und den individuellen Rechten von Drogenkonsumenten sowie deren Zurechnungsfähigkeit diskutiert. Aus der Definition der Sucht als Krankheit ergeben sich innerhalb der ärztlichen Praxis suchtspezifische Fragestellungen, die auf der Ebene einer medizinethischen Diskussion Beachtung finden. Im Bereich der Sozialethik lassen sich allerdings nur sporadisch einige Beiträge in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit der Sucht finden (Sellmann 1998, S. 12). Nach der Aufzählung von Teilbereichen der Ethik läßt sich nun fragen, welcher Ansatz in dieser Arbeit weiterverfolgt werden soll und welcher Zusammenhang zwischen der im Titel der Dissertation gezogenen anwendungsbezogenen Ethik¹⁰ und den neurowissenschaftlichen Theorien zur Sucht besteht.

Häufig befassen sich die Projekte der anwendungsbezogenen Ethik in den (Natur-) Wissenschaften mit der Bewertung von Folgen und Forderungen, die sich aus einer von der Wissenschaft vorgestellten neuen Technik oder Möglichkeit ergeben haben oder ergeben könnten. Die Sucht stellt auf den ersten Blick keine Technik oder gesellschaftlichen Entscheidungskonflikt per se dar. Sucht ist vielmehr eine mögliche, aber nicht notwendig folgende Konsequenz des Konsums bestimmter Substanzen mit psychoaktiver Wirkung. Eine Droge bzw. ein Genußmittel kann im Hinblick auf seine Verwendung jedoch als eine pharmakologische und manipulative Methode verstanden werden, ein Mittel mit dem spezifischen Zweck, eine Veränderung des Erlebniszustandes, der Wahrnehmung und der Befindlichkeit herbeizuführen. Die Einnahme einer Droge verursacht in einem bestimmten Kontext eine pharmakologische *Virtual Reality*. Drogenkonsum kann bei wiederholten und häufigen Anwendungen auch zu einem Zustand führen, der allgemein als

¹⁰ Der Begriff der anwendungsbezogenen Ethik wird in dieser Arbeit dem der angewandten Ethik vorgezogen, um nicht den Eindruck entstehen zu lassen eine angewandte Ethik würde allgemeine Methoden bereitstellen, die sich auf jedes Problem mittels eines Regelkatalogs einfach anwenden oder aufstülpen lassen. Oder wie Engels es formuliert *"Da sich die Aufgabe der Bioethik nicht in der Angabe von >Rezepten< für die Lösung problematischer Fälle erschöpft, sollte von anwendungsbezogener oder anwendungsorientierter statt von angewandter Ethik gesprochen werden"* (Engels 1999, S. 163).

Abhängigkeit oder Sucht bezeichnet wird, bei der die Zustandsveränderung sich auf die ganze Lebensweise auswirken kann und statt mit kurzfristigen Veränderungen durch die Drogenwirkung mit Langzeiteffekten auf die Befindlichkeit und das Umfeld des Konsumenten gerechnet werden muß. Im Fall des Gelegenheitskonsum wird eine Freiwilligkeit vorausgesetzt, mit der sich ein Konsument auf die Droge, deren erwünschten Wirkungen und Risiken einläßt. Die Eigenverantwortlichkeit über diesen Konsum wird so zur Voraussetzung gemacht. Beim Süchtigen andererseits wird die Möglichkeit des freiwilligen Konsums derzeit angezweifelt bzw. in traditionellen Modellen zur Sucht bestritten. Man spricht auch vom Teufelskreis der Sucht oder von Opfern einer bestimmten Droge, der man dann sozusagen den gesellschaftlichen Kampf ansagt.

Valverde sieht in der Diskussion um die Sucht eine historische Auseinandersetzung mit menschlichen Freiheitskonzepten (Valverde 1998). Alasuutari klassifiziert die Sucht als Teil des dualistischen Konzeptes von "*desire*" einerseits und "*self-control*" andererseits (Alasuutari 1990). Dieses Konzept unterscheidet demnach zwischen einem rationalen Anteil (Selbstkontrolle) und den Trieben oder Leidenschaften, die als Grundlage menschlicher Handlungen verstanden werden. Der Drogenkonsum selbst wird innerhalb eines solchen Konzeptes meistens mit dem Genuß, der Leidenschaft bzw. den Trieben assoziiert. In diesem Sinne wäre das Drogenproblem lediglich ein individueller Entscheidungskonflikt¹¹ (Individualethik). Die Problematik der Sucht erscheint im gesellschaftspolitischen Kontext aber nicht mehr nur als individuelles Problem. Es wird nicht gefragt, was der einzelne Süchtige will oder tun sollte, sondern es werden Fragen an die Gesellschaft und an die Mehrheit der Nichtsüchtigen herangetragen. Diese Vorgehensweise beruht auf der Annahme, daß Sucht ein gesellschaftlich nicht förderungswürdiges Verhalten darstellt, das dem Einzelnen wie auch die Gesellschaft Schaden zufügt und zu hohen Kosten im gesundheitspolitischen wie auch ordnungspolitischen Bereich führt. Bezüglich einer als süchtig definierten Person bedeutet dies, daß er/sie nur indirekt in eine solche Fragestellung einbezogen wird¹².

Vor allem durch den vorausgesetzten Verlust der Konsumkontrolle und der damit verbundenen Krankenrolle, die dem Süchtigen seit Mitte des 20. Jahrhunderts offiziell zugeteilt wird, ergibt sich eine erneute Abhängigkeit des Süchtigen von seiner Außenwelt. Damit fällt die Verantwortung, das Wohlergehen des Süchtigen zu bestimmen und zu sichern auf Institutionen (z.B. Gesundheitssystem) bzw. auf den Staat und damit auf die Gesellschaft zurück. Insofern sind sogenannte Sollens-Fragen, z.B. "Wie sollte man auf Sucht und die betroffenen Süchtigen reagieren?" "Welche Reaktionsweisen sind die angemessenen, richtigen und besseren?" an die Gesellschaft adressiert. Dabei stellt sich immer wieder die Frage nach den Ursachen der Sucht, einem möglichen Krankheitscharakter der Sucht und einer geeigneten Behandlung im medizinischen Sinne. Mit der Medikalisierung wird der im Suchtzustand befindlichen Person eine bestimmte Rolle zugewiesen. Valverde kommentiert die Medikalisierung der Alkoholsucht auf folgende Weise: "*The drinker's feelings of shame and worry about drinking are thus taken out of the sphere of ethics and morality and lifted into medicine to help fill out the diagnostic criteria for a disorder that is no longer known as alcoholism, but which bears all the marks of the*

¹¹ Dies trifft nur dann zu, wenn man mit der Ansicht, Drogenkonsum sei eine irrationale, triebhafte Entscheidung, übereinstimmt bzw. wenn man den historischen Dualismus zwischen Ratio, hier Selbstkontrolle einerseits und Trieben/Leidenschaften andererseits voraussetzt.

¹² damit ist jedoch nicht gemeint, daß der Ausschluß der persönlichen Meinung von Betroffenen als *gut* oder *richtige Vorgehensweise* innerhalb dieser Arbeit betrachtet wird.

history of alcoholism as a history of the struggles of and over the will." (Valverde 1998, S. 27)

Trifft diese Aussage zu? Läßt sich die indirekte Position, die dem Süchtigen zugeordnet wird, überhaupt noch rechtfertigen? Welche Rolle spielt die Selbstbestimmung oder die Handlungsfreiheit, denen innerhalb einer ethischen Diskussion der Sucht ein besonderer Stellenwert zukommt? Wird dem süchtigen Menschen und seiner subjektiven Selbsterfahrung im Suchtzustand überhaupt noch Rechnung getragen?

Die Frage, "Was sollen wir gegen Sucht unternehmen? " ist eng an das geknüpft, was wir unter Sucht verstehen, und warum wir Sucht überhaupt problematisieren. Innerhalb der Drogenthematik wird häufig auf sogenannte Fakten oder das Fachwissen aus der Suchtforschung zurückgegriffen. Dieses Fachwissen wird dann als Grundlage für Reaktionsweisen und Präventionsmaßnahmen herangezogen. Vom Fachwissen werden so Rückschlüsse auf geeignete und als sinnvoll verstandene Reaktionsweisen durchgeführt. Das bedeutet, daß bei der Betrachtung des Suchtdiskurses mindestens drei Ebenen zu berücksichtigen sind: die Ebene der Fakten, die Ebene der praktischen Anwendung von Theorien in der Praxis und eine bewertende Ebene, die moralische, wie außermoralische Bewertungen und Interpretationen des Suchtdiskurses in unserer Gesellschaft umfaßt. Theorien und Definitionen von Sucht spielen dabei eine wesentliche Rolle in den geführten Diskussionen. Theorien und Definitionen können fachlich-deskriptiv verwendet werden. Für Stevenson¹³ besteht aber auch die Möglichkeit, Definitionen persuasiv zu benutzen, d.h. "*daß neben deskriptiven und wertneutralen auch emotive und wertende Bedeutungskomponenten mit in eine Definition eingearbeitet werden können*" (Stevenson 1944, S. 440). Das heißt, daß mit, oder parallel zu diesem Fachwissen implizit Lebensanschauungen und Erfahrungen in die Diskussion eingeflochten werden. Für Schmidt-Semisch scheinen Argumente innerhalb einer Diskussion um Drogen und Sucht sogar auf einer stark emotional und moralisch kontaminierten Weise, vorgetragen zu werden (Schmidt-Semisch 1992). Inwiefern die Diskussion durch Sachargumente, verdeckte, moralische Argumente oder andere Aspekte bestimmt ist, soll in dieser Arbeit in Verbindung mit wissenschaftlichen Modellen zur Sucht näher betrachtet werden.

Mit den wissenschaftlichen Erklärungsmodellen und Theorien über die Wirkweise von psychoaktiven Substanzen auf das Gehirn hat sich ein bestimmtes Verständnis von Sucht entwickelt. Eine Analyse der Modelle und ihrer zugrundeliegenden Annahmen verhilft möglicherweise dazu, sich den Fragen, wie sollen wir auf Sucht reagieren, welche Stellung sollen die Süchtigen bei der Beantwortung dieser Frage einnehmen, anzunähern. Gerade die Vielzahl von vorgeschlagenen Definitionen, Theorien und Fakten führten in den Diskussionen um die Drogensucht zu Intransparenz und Verwirrungen. Diese Arbeit soll dazu beitragen, dieses komplex erscheinende Phänomen der Sucht unter Bezugnahme auf ethische Reflexionsmethoden zu entwirren und dadurch einem transparenteren und rationalen Diskurs zugänglich zu machen. Neben den zahlreichen Wissenschaften¹⁴, die sich in der Suchtdiskussion zu Wort melden, kann der anwendungsbezogenen Ethik eine Mediatorenrolle zukommen, die es ermöglicht, eine neue Ebene in die Diskussion einzuführen, um Fragen nach dem *Sollen* in der Suchthilfe neu zu stellen und nach neuen, integrativen Lösungen zu suchen.

¹⁴ In der Diskussion um den Umgang mit Drogen und Süchtigen sind die biologischen, medizinischen, psychologischen Disziplinen sowie die Sozialwissenschaften und die Theologie beteiligt.

1.6. Fragestellungen und Ziele der Arbeit

Ausgangspunkt der Arbeit ist die Annahme einer bestehenden bidirektionalen Wechselwirkung zwischen Theorie und Praxis, die ich folgendermaßen beschreiben möchte:

Bestimmte Eigenschaften, mit denen das Phänomen der Sucht in den Wissenschaften näher beschrieben wird, beeinflussen den gesellschaftlichen und institutionellen Umgang mit Drogen. Einzelne wissenschaftliche Erklärungsmodelle der Suchtforschung können sich auf das allgemeine Suchtverständnis sowie die Art der einzelnen Maßnahmen und Hilfestellungen auswirken (Notwendigkeit einer Hilfeleistung, z.B. mit der Annahme Sucht ist Krankheit, medizinisch-orientierte Maßnahmen). Andererseits wirken sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, wie z.B. finanzielle Ressourcen für die Forschung, Wertvorstellungen, Normen sowie politische und philosophische Denkströmungen als richtunggebende Kräfte auf die Forschungsaktivitäten und Zielsetzungen aus.

In der Frage nach geeigneten Maßnahmen gegen die Sucht kommt der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Suchtphänomen ein hoher Stellenwert zu. Die Schlußfolgerungen, aber auch Fragestellungen, die sich aus der biologischen Forschung für die Praxis der Suchthilfe ergeben, sollen in dieser Arbeit thematisiert werden.

Die so erzielten Interventionsmaßnahmen, oder Strategien gegen die Sucht unterliegen jedoch immer wieder der Kritik anderer Wissenschaftler, finden keine gesellschaftliche Akzeptanz oder werden von den betroffenen Süchtigen nicht angenommen. Wie sehen Behandlungs- und Interventionsmaßnahmen derzeit aus und warum stoßen sie immer wieder auf Kritik, und welche Rolle übernehmen dabei die Erklärungsmodelle aus der Suchtforschung? Ein phänomenologisches und kausales Erkenntnisinteresse an dem Suchtphänomen führt vermutlich auch zu einem aktionalen Interesse und damit zu einer Auseinandersetzung mit der Frage, was wir mit dieser Erkenntnis anfangen sollen und welche Umgangsweise wir in Bezug auf süchtige Individuen wählen wollen. Das gesellschaftliche Interesse bezieht sich in diesem Zusammenhang auf Fragen nach einer Rechtfertigung von Hilfestellungen für Süchtige. Hilfeleistungen setzen voraus, daß eine Hilfe begründet werden kann, daß die Art der Hilfe effektiv im Sinne der Begründung ist und daß im Fall der Schutzmaßnahmen allgemein anerkannte Schutzgüter in Gefahr sind. Eine interessante Fragestellung wird deshalb sein, auf welche Art und Weise von Wertvorstellungen oder von wissenschaftlichen Ergebnissen Rückschlüsse auf mögliche Interventionen durchgeführt werden. Diese Fragen stellen die Eingangsperspektive dieser Arbeit dar.

Die Dissertation läßt sich in drei thematische Bereiche unterteilen. (1) In Kapitel 2 und Kapitel 3 werden die Definitionsweisen und Suchttheorien in den Neuro- und Sozialwissenschaften vorgestellt und diskutiert. Im ersten Teil der Dissertation wird damit die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Sucht beleuchtet, indem die Erklärungsmodelle der einzelnen Fachdisziplinen, wie der Psychologie, der Biologie und der Medizin parallel zueinander betrachtet werden. Kapitel 4 stellt einen Exkurs in die Geschichte des Suchtbegriffes dar und soll die Ausgangsbasis für eine Diskussion der aktuellen Interpretationsweisen zur Sucht, den Hilfsmaßnahmen und der ethischen Bewertung bilden. (2) In Kapitel 5 und 6 werden die praktischen Implikationen dieser Theorien thematisiert und in Beziehung zu entsprechenden Handlungsoptionen gesetzt. Im

Anschluß an den ersten Teil werden hier die Konsequenzen erörtert, die sich aus den wissenschaftlichen Modellen für die Suchtpraxis, das Selbstverständnis der Süchtigen und den gesellschaftlichen Umgang mit der Sucht ergeben können. Die so entwickelten Vorschläge, Implikationen und Handlungsvorschläge der einzelnen Wissenschaften werden im dritten Teil der Arbeit evaluiert und reflektiert. (3) In Kapitel 7, 8 und 9 findet eine Bewertung der theoretisch begründeten Hilfsmaßnahmen für Süchtige in Form einer ethischen Diskussion der Suchtproblematik statt. Hier wird besonders auf das Problem der Freiheitsfähigkeit (Kapitel 8) im Kontext der Sucht eingegangen. Im Zentrum der Betrachtung stehen ethische Problembereiche und Fragestellungen, die sich aus dem gesellschaftlichen Umgang mit der Sucht ergeben haben. Es ist deshalb zu fragen, in welchem Umfang sich die wissenschaftliche Erforschung der Sucht auf den Umgang mit Süchtigen auswirkt, und welche Wechselwirkungen zwischen den Wissenschaften, die sich mit Erklärungsmodellen von Sucht und der Wirkweise von Drogen befassen und dem medizinischen und staatlichen Umgang (Fürsorge, Hilfe) mit Süchtigen bestehen.

Im Verlauf der Arbeit wird deshalb genau untersucht, auf welche Aspekte der Suchthematik die Wissenschaft einen Einfluß ausüben kann oder ausüben möchte. Denkbar wären unter anderem folgende Einflußmöglichkeiten:

- a. Einfluß auf die Wahrnehmung in Form einer Konzeptualisierung und Definition von Sucht (z.B. Krankheitsmodell, Sucht als Lifestylekonzept, Sucht als moralisches Problem etc.)
- b. Eine Beschreibung/Typisierung der betroffenen Personen (z.B. Symptomatik, Selbstverständnis der Süchtigen). Durch die Beschreibung von Eigenschaften und Merkmalen oder Anfälligkeiten für Sucht kann ein bestimmtes Bild des Süchtigen geschaffen werden. Die biologische Forschung zur Aufklärung der vermuteten Dysfunktionen kann unter Umständen Einfluß auf die Sichtweise von menschlichen Bedürfnissen und der menschlichen Genußfähigkeit nehmen.
- c. Die beteiligten Wissenschaften können handlungsanleitend auf Reaktionen gegenüber Konsumenten und Süchtigen wirken: Bestimmung und Rechtfertigung von Maßnahmen (z.B. Präventions- und Therapiemaßnahmen, Entwicklung von Medikamenten etc.).

Wissenschaftler suchen demnach Antworten auf die Fragen (a.) was ist Sucht, (b.) warum gibt es Sucht wie entsteht sie, welche Ursachen gibt es, und (c.) was kann man dagegen tun (Handlungsmöglichkeiten). Die Frage nach (d.) was sollen wir dagegen tun, benötigt andererseits eine ethische Betrachtungsweise, die versucht, die gegebenen Möglichkeiten zu evaluieren. Diese letzte Ebene soll in der Arbeit in Form einer medizinethischen wie auch sozialetischen Reflexion und Abwägung berücksichtigt werden. In der folgenden Analyse der wissenschaftlichen Theorien wird hauptsächlich auf die Ursachenerklärung, die Entstehungsbedingungen und den Verlauf der Sucht fokussiert. Da sich mit diesen Fragestellungen ein weites Spektrum an komplexen Zusammenhängen ergibt, kann nicht auf alle sich aus diesem Betrachtungsfeld ergebenden Aspekte der Sucht und ihrer Erforschung eingegangen werden. Es erscheint mir deshalb notwendig, nur wenige ausgewählte Aspekte der Problematik unter den genannten Gesichtspunkten näher zu analysieren. Die Auswahl der Aspekte wird im Verlauf der Arbeit jeweils entwickelt und begründet werden. Neben sozialwissenschaftlichen und psychologischen Modellen wird der biologischen Betrachtung in dieser Arbeit ein größerer Stellenwert zukommen. Dies liegt zum einen an der momentanen Tendenz, klinische Studien und Ergebnisse aus der Psychiatrie und Psychologie mit sogenannten *harten Fakten* zu verbinden und zu

erklären; damit kommt der biologischen Suchtforschung in der Aufklärung, aber auch in der Möglichkeit, neue Therapiemaßnahmen (z.B. Pharmakotherapie) anzusprechen und anzuwenden, eine immer größere Bedeutung zu. Zum anderen wird gerade in der Politik das biologisch-medizinische Modell der Sucht, das sogenannte Krankheitskonzept, in den Vordergrund gerückt. Es erscheint deshalb sinnvoll, sich kritisch mit diesem Ansatz auseinanderzusetzen. Innerhalb der Diskussion um eine geeignete Definition von Sucht oder bei einer Gefahrenabschätzung (Risikoindex) von Drogen wird zudem auf die empirischen Erkenntnisse als Referenzpunkt verwiesen. Durch die Schwerpunktsetzung in der Betrachtung der biologisch-medizinischen Modelle werden psychologische und soziologische Ansätze nur kontrastierend und damit vielleicht nicht immer zufriedenstellend dargestellt werden können. Durch den zeitlichen Rahmen der Arbeit wird eine Schwerpunktsetzung jedoch als notwendig erachtet.

1.7. Methoden

1.7.1. Deskriptive Analyse der wissenschaftlichen Ergebnisse

Im ersten Teil der Arbeit werden die Definitionen und Modelle der einzelnen Wissenschaften (Biologie, Medizin und im Vergleich Psychologie und Soziologie) analysiert, um einen Überblick zu geben und die Relevanz einer Suchtdefinition aufzuzeigen. Verschiedene gängige Definitionen wurden anhand von Lehr- und Fachbüchern (mit dem Schwerpunkt: Psychiatrie, Psychologie, Biologie) sowie aktueller Zeitschriftenpublikationen (Neurowissenschaften, Neurobiologie) analysiert. Für die formalen Kriterien wurde allgemeine Kriterien der Begriffsbildung und Definitionsbestimmung aus den Sprachwissenschaften (Pawlowski 1980) herangezogen.

Kriterien für die Analyse von Publikationen (Zeitschriften, Lehrbücher, und Fachbücher) im Hinblick auf die Definitionsweise:

- Werden die formalen Kriterien einer Definitionsbildung beachtet (z.B. nicht zirkulär, widerspruchsfrei etc.)?
- Welche Fachrichtung ist die Ausgangsposition des Textes, welche Funktion hat der Text, wer ist Adressat?
- Was wird ausgesagt über den Abhängigen/Konsumenten: welche Begriff werden verwendet, um das Phänomen Sucht zu beschreiben, aus welchen Wortkategorien wird ausgewählt, werden Analogien oder Vergleiche verwendet?

Kriterien für die Analyse der Suchtmodelle in den Wissenschaften:

- Verhalten sich die Definitionen kohärent innerhalb der gegebenen Suchttheorien, sind sie fachbezogen oder allgemeiner Art?
- Welche Vorannahmen werden implizit oder explizit vorausgesetzt?
- Welche Ableitungen/Schlussfolgerungen werden aus Definitionen /Theorien hergestellt?
- Wird auf die Rolle des Süchtigen eingegangen, wenn ja in welcher Weise, wie wird der Süchtige innerhalb der Theorie beschrieben?
- Welche Drogen werden am häufigsten als Beispiel herausgegriffen, welche Drogenwirkungen werden erforscht, um Sucht näher zu definieren ?
- Wie steht es mit dem Verallgemeinerungsgrad von Aussagen und Ergebnissen und inwieweit sind Ergebnisse übertragbar (vom Tier auf den Menschen, von

einer Droge auf die andere etc.)?

Im Anschluß daran sollen die Definitionen mit den entsprechenden Theorien verglichen werden, um der Frage nachzugehen, welche Auswirkungen Suchtmodelle und -definitionen auf die Suchthilfe haben. In den Kapiteln 4. und 5. werden die Denkmuster und Theorien, die der Sucht zugrunde liegen, ideengeschichtlich wie wissenschaftstheoretisch untersucht, um dann auf die ethischen Implikationen dieser Denkmuster hinweisen zu können. Dazu wird mit Hilfe eines medizinhistorischen Diskurses auf die Entwicklung und Problematisierung des Suchtbegriffes um 1800 eingegangen. Anhand des Suchtverständnisses der einzelnen Theorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Sucht werden dann die dazugehörigen Vorschläge und Interventionsmethoden in der Praxis betrachtet. In der Praxis des Suchthilfesystems fällt auf, daß derzeit eine Vielfalt von möglichen Interventionsmaßnahmen mit unterschiedlichen Zielstellungen und Konzepten zur Verfügung stehen. Es soll versucht werden, Unterschiede und Gemeinsamkeiten dieser Interventionsmaßnahmen aufzuzeigen und zu problematisieren. Dabei wird vor allem auf mögliche oder bestehende Konflikte und Dissense in der Frage nach den *richtigen* bzw. *geeigneten* Hilfestellungen im Fall der Alkohol- und Heroinsucht fokussiert.

1.7.2. Interdisziplinarität als Methode

In der vorliegenden Arbeit werden verschiedene wissenschaftliche Fachbereiche und die damit verbundenen Ausgangsperspektiven und Methoden miteinander verglichen. Die Vielzahl der Disziplinen, die sich mit dem Phänomen Sucht auf ihre Art und Weise befassen, erfordert eine vergleichende und integrative Methodik. Dem Begriff der Interdisziplinarität kommt dabei eine elementare Bedeutung innerhalb der Auseinandersetzung mit dem Suchtphänomen zu. Für Isenmann steht der Begriff der Interdisziplinarität jedoch nicht für ein bloßes Aneinanderreihen von wissenschaftlichen Konzepten mit dem Ziel einer additiven Lösung, sondern es geht um eine integrative Leistung, oder, wie Müller-Merbach es formuliert, "*es geht um eine Integration der unterschiedlichen Denkweisen*" (Müller-Merbach 1985, S. 7). Nach Isenmann erfordert interdisziplinäres Arbeiten einerseits Reflexionsfähigkeit und andererseits Akzeptanz gegenüber anderen Disziplinen und Grundüberzeugungen (Isenmann 1999). Ausgangspunkt einer so verstandenen Interdisziplinarität ist ein gemeinsames Element, eine "*interdisziplinäre Struktur, die für alle Disziplinen gelten kann*" (Isenmann 1999, S. 22). Interdisziplinäres Arbeiten setzt damit einen Konsens über grundlegende Überzeugungen und Fragestellungen, also eine Art von Minimalkonsens, voraus, der als Ausgangspunkt aller Disziplinen benutzt werden kann und von dem aus Wechselwirkungen und Interdependenzen zwischen den Disziplinen erkannt und reflektiert werden können. Als Basis einer interdisziplinären Reflexionsebene eignet sich eine wissenschaftstheoretische oder wissenschaftsphilosophische Vorgehensweise.

Im folgenden wird deshalb auf die Wissenschaftstheorie als Bezugspunkt zurückgegriffen. Die biologisch-medizinische Orientierung der Arbeit und der sich aufgrund der Thematik ergebende soziokulturelle und historische Rahmen legen es nahe die Wissenschaftstheorie von Ludwik Fleck als Ausgangspunkt zu verwenden, was sich vor allem für die historische Bewertung des Suchtphänomens anbietet. Flecks Theorie über Erkenntnisgewinn und Wissenschaft eignet sich besonders für

die Thematik der Arbeit, da Fleck als einer der wenigen Wissenschaftstheoretiker seine Theorien auf die Biologie und Medizin, und nicht, wie beispielsweise Kuhn, auf die Entwicklungen aus der Physik, Mathematik oder Chemie (reife Wissenschaften) bezieht. Flecks Wissenschaftstheorie läßt zudem Spielraum für eine vergleichende Ebene der in dieser Arbeit angesprochenen Wissenschaften, die im Sinne anderer Theoretiker keine Wissenschaften im eigentlichen Sinne darstellen. Gleichzeitig wird die Idee eines Minimalkonsenses für eine Suchtdefinition vertreten, die statt einer multidisziplinären Arbeitsweise vieler Disziplinen die Zusammenarbeit der beteiligten Disziplinen durch eine gemeinsame und von allen akzeptierten Basis aktiv fördert.

1.7.3. Ethik als Methode

Um mögliche Probleme und Konflikte in der Suchthilfe diskutieren und über ein institutionelles bzw. staatliches Sollen in der Suchthilfe reflektieren zu können, wird eine ethische Ebene in den Suchtdiskurs eingeführt. Es sei darauf verwiesen, daß es sich bei einer solchen Ebene keineswegs um die Einführung von alten oder neuen moralischen Argumenten für oder gegen bestimmte Maßnahmen handeln soll, sondern vielmehr um die Etablierung einer reflektierenden Ebene, die es erlaubt, über die komplexen Zusammenhänge der wissenschaftlichen und sozialpolitischen Suchtdiskussion nachzudenken. Durch dieses so verstandene Nachdenken ergeben sich möglicherweise neue oder neu gestellte Fragestellungen und Implikationen für eine Auseinandersetzung mit den Themen Sucht und Drogen. So läßt sich innerhalb einer *Ethik der Sucht* fragen, welche Rechte und Bedürfnisse ein süchtiger Mensch gegenüber der Gesellschaft geltend machen darf, oder welche Interessen die Gesellschaft vertritt. Welche Verantwortung soll die Gesellschaft gegenüber süchtigen Menschen übernehmen, und welche Verhalten und Erlebniszustände können in unserer Gesellschaft als wünschenswerte Daseinszustände erachtet werden?

Der Weg einer anwendungsbezogenen *Ethik der Sucht* wurde deshalb von mir vorgeschlagen, weil ich der Meinung bin, daß ein zwanghaftes Ausgrenzen von Fragen nach Be-Wertungen, Weltanschauungen und Normen den Suchtdiskurs nur ungenügend und unvollständig umreißen kann. Die Einbeziehung normativer Fragestellungen und Bewertungen ermöglicht dagegen eine Offenlegung und Analyse von in der Praxis entstandenen Konflikten und Dissensen, wie sie sich zum Beispiel in der Debatte um Heroin auf Rezept oder aber auch bei der Diskussion um Qualitätsstandards in der Suchthilfe aufzeigen lassen. Ziel einer Ethik muß es deshalb sein, die Bestimmung von Zielen und Zwecken in der Suchthilfe voranzutreiben, um festlegen zu können, was und welche Interessen überhaupt zur Diskussion stehen. Eine Ethik der Sucht wird in dieser Hinsicht durchaus als Methode eines kritischen Hinterfragens von vorgebrachten oder implizit versteckten moralischen Elementen verstanden und könnte im Hinblick auf das Suchthilfesystem auch dazu beitragen, eine gerechte und für alle süchtigen Menschen in gleichem Maße gestaltete Hilfeleistung zu formulieren und zu begründen. Hierzu gehört vor allem die Entwicklung von Rahmenbedingungen, die einen minimalen Konsenses in der Suchthilfe ermöglichen. Gerade auf der politischen und rechtlichen Ebene benötigt man einen bestimmten Grad an Übereinstimmung, um eindeutige Stellungnahmen erreichen zu können. Die Idee eines Konsenses soll deshalb im Rahmen der Suchthilfe aufgegriffen werden und vor allem auch unter Berücksichtigung der Interessen von Betroffenen diskutiert werden. Um vor allem Aussagen über die Rolle der betroffenen Menschen selbst treffen zu können, muß

die Frage nach der Freiheitsfähigkeit von süchtigen Menschen thematisiert werden. Eine Grundfrage ist deshalb die nach der Autonomie oder Freiheit eines süchtigen Menschen und seiner moralischen Verantwortung, die, wie in der Arbeit gezeigt werden wird, wichtige Auswirkungen auf den medizinischen, sozialen, aber auch rechtlichen Umgang mit süchtigen Menschen hat. Die Freiheitsthematik wird in Anlehnung an die Suchttypologie innerhalb der Freiheitskonzeption von Harry Frankfurt in Kapitel 8. diskutiert. Dabei geht es nicht um eine umfassende Diskussion von Freiheitskonzeptionen und der Freiheitsfähigkeit von Einzelpersonen, sondern vielmehr um die ethisch relevante Frage, ob wir süchtigen Menschen generell überhaupt die Freiheitsfähigkeit absprechen dürfen. Mit Freiheit wird in diesem Zusammenhang die Entscheidung für oder gegen Drogen verstanden, die sich mit oder ohne fremde Hilfe innerhalb des eigenen Lebenskonzeptes umsetzen läßt. Die Suchttypologie von Harry Frankfurt gibt dabei wichtige Aufschlüsse über das Selbstverständnis und die Verantwortungsfähigkeit eines süchtigen Menschen.

Die Diskussion der individuellen Entscheidungsfähigkeit für oder gegen Drogen soll jedoch nicht in einem individuellen Kontext verbleiben, sondern in den gesellschaftlichen Rahmen, in dem ein einzelner Akteur immer schon handelt, zurückgeführt werden, da die individuelle Problematik der Sucht immer auch soziale Problemstellungen enthält. Diese können in Form von gesellschaftlicher Verantwortung und Interessen in die Diskussion eingebracht werden. Das bedeutet, daß die Problematik der Sucht zunächst auf einer individuellen Ebene des Individuums zu sich selbst und zur therapeutischen Praxis beschrieben wird und dann auf einer sozialen Ebene, die den gesellschaftlichen Umgang mit süchtigen Menschen umfaßt, fortgesetzt wird. Dabei muß eine bedeutende Perspektive der Suchtproblematik vernachlässigt werden, nämlich die psychosoziale Ebene und das Verhältnis des als süchtig klassifizierten Menschen mit seinem direkten Umfeld, z.B. der Familie. Diese Problematik soll keineswegs als bedeutungslos oder unwichtig ausgeblendet werden. Durch die spezifische Ausrichtung der Arbeit ist es jedoch nicht möglich, gesondert und ausführlich auf diese mikrosoziale Problemdimension einzugehen, sie wird in dieser Arbeit deshalb nur innerhalb einer makrosozialen Auseinandersetzung mit Sucht tangiert. Eine Ausdehnung der ethischen Dimension auf die mikrosoziale Ebene wird deshalb nicht ausgeschlossen, sondern ist ausdrücklich erwünscht und eingefordert, kann aber im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden.

Leist schlägt im Zusammenhang mit einer ethischen Auseinandersetzung von Problemen in einer Gesellschaft eine Ethik vor, innerhalb der einzelne, oder allgemeine Interessen als Grundkategorie fungieren (Leist 1993, S. 31-32). Als ethische Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik, bei der sowohl individuelle wie auch gesellschaftlichen Interessen zur Disposition stehen, möchte ich die Vertragstheorie von John Rawls vorschlagen, die in Form der *Gerechtigkeit als Fairneß*, und bezogen auf die Suchthilfe, als *faire Hilfe* in Kapitel 9 diskutiert werden soll. Rawls' Theorie stellt insofern eine mögliche Basis für die Suchtpraxis dar, als daß sie sich mit einer pluralistischen Gesellschaftsform auseinandersetzt, die aus Bürgern mit divergierenden Vorstellungen und Bedürfnissen besteht und versucht diese in ein System zu integrieren, das von allen anerkannt werden kann (Rawls 1990). Auch bei Rawls' werden minimale Grundvereinbarungen zwischen Vertragspartnern festgelegt, die sich auf einem mittleren Abstraktionsniveau bewegen. Das Prinzip der Gerechtigkeit fungiert dabei als Minimalkonsenses. Dieser Minimalkonsenses wurde bereits als Ausgangsbasis für eine gerechte, d.h. *faire Hilfe* innerhalb des Suchthilfesystems angesprochen und soll in dieser Arbeit im Rahmen der therapeutischen Praxis diskutiert werden.

Eine relevante Fragestellung wird auch durch Thomas Metzingers Idee einer angewandten Neuroethik in die Diskussion über legalen und illegalen Drogenkonsum eingebracht. Metzinger regt durch seine Ausführungen zu Fragen nach der Wünschbarkeit und Zulässigkeit von drogeninduzierten Bewußtseinszuständen an (Metzinger 1996).

Durch die Vielseitigkeit der angesprochenen Aspekte wird klar, daß die Arbeit eine allgemeine reflexive Ebene einführen will, die dazu benutzt werden kann, Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Interessengruppen und bestehende Konflikte und Defizite aufzuzeigen. Da die Verbindung *Ethik und Sucht* nur selten diskutiert wird, versuche ich in dieser Arbeit zunächst, eine umfassende und allgemeine Darstellung zu erarbeiten und bestehende Zusammenhänge aufzuzeigen. Durch den zeitlichen Rahmen und die eben benannte Zielstellung ist es daher nicht immer möglich, Einzelaspekte ausführlich zu diskutieren und zu spezifizieren, wie sich dies mancher Leser aus der Praxis möglicherweise wünschen würde. Die Arbeit ist bewußt darauf angelegt einen Überblick über bestehende und ethisch relevante Probleme der Sucht zu geben. Einzelne Aspekte dieses Überblicks dürfen gerne aufgegriffen werden und können dazu anregen, eine vertiefte Diskussion fortzusetzen.

2. Was ist Sucht?

2.1. Die Suche nach einer Definition

"Attempts at an unified theory of addiction have long been frustrated, part of the problem is the definition"(R. Wise, 1988, S. 118).

Im folgenden Kapitel wird versucht, einen Überblick über die begrifflichen Bestimmungen von Sucht in der Alltags- und Wissenschaftssprache zu geben. Bei der inhaltlichen Bestimmung des Suchtbegriffes lassen sich im folgenden historische, umgangssprachliche und wissenschaftliche Definitionen differenzieren. Die Definitionsweisen werden im weiteren einer inhaltlichen und formalen Betrachtung unterzogen.

In der untersuchten Literatur finden sich zum Themenbereich Sucht eine Vielzahl von unterschiedlichen Definitionen. Eine allgemeine und von allen beteiligten Disziplinen anerkannte Definition von Sucht gibt es nicht. Dies kann als Ergebnis einer multidisziplinären Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Sucht gedeutet werden. Die unterschiedlichen Definitionsversuche zur Sucht spiegeln die unterschiedlichen Bedeutungsmöglichkeiten des Begriffes innerhalb einer Disziplin wider.

Daneben existiert der Begriff der Drogensucht auch in der Umgangssprache. Durch die unterschiedlichen Definitionsarten im Alltag und in der Wissenschaft verliert der Begriff immer mehr an Aussagekraft und steht für jeweils unterschiedliche Inhalte und Assoziation. Zunächst werden deshalb einmal verschiedene Definitionsweisen untersucht, die im Alltag und in der Wissenschaftssprache benutzt werden.

Da sich Sucht nicht nur auf das Phänomen eines Zustandes oder einer Verhaltensweise selbst bezieht, sondern sich mit der Definition auch eine Eingrenzung bzw. Abgrenzung der davon betroffenen süchtigen Menschen ergibt, erzeugt die Definition auch ein Bild und Selbstbild der süchtigen Person. Die Definition erhält damit eine nicht zu unterschätzende Bedeutung im sozialen und therapeutischen Umgang mit betroffenen süchtigen Menschen. Die Art und Weise der Benennung kann eine Rolle bei der Formulierung eines Problems und bei der Suche nach entsprechenden Lösungsstrategien spielen. Mit dem entsprechenden Problembewußtsein und einer sprachlichen Benennungsmöglichkeit ergibt sich beispielsweise die Möglichkeit eines öffentlich geführten Diskurses oder aber einer bewußten Tabuisierung.

Tadeusz Pawlowski benennt drei formale Bedingungen des korrekten Definieren von denen er die wissenschaftlichen Nützlichkeit einer Definition abhängig macht (Pawlowski 1980). Zu diesen Bedingungen gehören nach Pawlowski

- (1.) Die Vermeidung von Zirkeln innerhalb der Definition;
- (2.) Das *ignotum per ignotum*¹⁵, ein Fehler, der darauf beruht einen Terminus mit unbekanntem Sinn durch einen anderen Terminus mit ebenfalls unbekanntem Sinn zu definieren;
- (3.) Eine Definition sollte kohärent, also frei von Widersprüchen sein.

¹⁵ Direkt übersetzt: die Ersetzung des Unbekannten durch Unbekanntes. Eine Definition, die den Fehler *ignotum per ignotum* enthält, erweist sich manchmal bei näherer Analyse als eine Definition, die zu einem mittelbaren Zirkel führt. (Lexikon der Philosophie, www.phillex.de/defunbek.htm)

Die folgenden Definitionen sollen unter Berücksichtigung dieser Kriterien, aber auch hinsichtlich ihrer inhaltlichen Bedeutung und ihrer Bedeutung für den Suchtdiskurs diskutiert werden.

2. 1.1. Der Begriff der Sucht - historische und umgangssprachliche Bedeutungen

Etymologisch betrachtet, leitet sich das Wort Sucht von *siechen* (*germanisch suht, secht*) ab und weist somit eine Verwandtschaft mit dem Begriff "Seuche" auf. Sucht wurde im 18. und 19. Jahrhundert als Teilwort in Fallsucht, Schwindsucht oder als Ausdruck für eine Krankheit bzw. für ein krankhaftes Verlangen nach etwas verwendet (z.B. in Habsucht, Geltungssucht). Ein Hinweis auf die Möglichkeit einer Beeinträchtigung der Selbstkontrolle geben Wörter wie z.B. Tobsucht und Eifersucht¹⁶. Nach Scheerer und Vogt wurde Sucht seit dem 16. Jahrhundert als Sammelbegriff für alle fiebrigen Krankheiten und Auszehrungen des Körpers sowie als Ausdruck für einen ausschweifenden Trieb benutzt (Scheerer, Vogt 1989). Das Verhalten wurde zusammenfassend entweder als krank, unmoralisch oder unvernünftig bewertet. Im allgemeinen findet der Begriff der Sucht im heutigen Alltagsverständnis ebenfalls eine mehrdeutige Verwendung und kann je nach Kontext unterschiedlichen Bedeutungsfeldern¹⁷ zugeordnet werden.

Üblicherweise wird dabei die Doppelbedeutung von einerseits Krankheit und andererseits Sünde und Laster hervorgehoben. Die nachfolgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

- (1) Bedeutungsbereich: Krankheit (siechen/Seuche) z.B. Schwindsucht, mit medizinisch-sozialer Bedeutung und Herkunft
- (2) Bedeutungsbereich: Laster, Sünde, z.B. Genußsucht; wird auch mit Selbstbeherrschung und Selbstkontrolle assoziiert.
- (3) Normabweichung: mit sozial-normativer Bedeutung, wertend, z.B. abnormes Verhalten, regelwidriges Verhalten, Fehlverhalten. Im Vergleich zum Bedeutungsbereich des Lasters wird das Verhalten hier nicht ausschließlich an religiösen, sondern an gesellschaftlich anerkannten Normen gemessen. Diese Bedeutung von Sucht verweist in diesem Zusammenhang immer auf ein Gegenbild eines als normal verstandenen Zustandes.
- (4) In der Bedeutung von Sucht als Suche, eine durch die Wortähnlichkeit (etymologisch nicht zu rechtfertigende) entstandene Verbindung von zwei Begriffen. Tritt vor allem im Zusammenhang mit der romantischen Literatur auf; Sucht als Suche nach etwas, ist dem literarisch-romantischer Bedeutungsbereich¹⁸ zuzuordnen. Die Assoziation von Suche und Sucht wird jedoch auch in der

¹⁶ Aus dem Herkunftswörterbuch, Etymologie der deutschen Sprache, aus dem Duden-Verlag, entnommen bzw. in Anlehnung an Schmidt, in: Singer, Teyssen 1999, Kapitel 4.

¹⁷ Mit einem Bedeutungsfeld ist eine Gruppe von Definitionen gemeint, die sich alle einer übergeordneten Bedeutung zuweisen lassen.

¹⁸ Im niederhochdeutschen wurde Sucht mit dem Begriff der Suche in Zusammenhang gebracht, obwohl die beiden Begriffe aus sprachwissenschaftlicher Sicht keine Verbindung aufweisen (Herkunftswörterbuch des Duden); in der literarischen Epoche der Romantik wurde Sucht mit suchen,

Psychoanalyse bzw. den psychodynamischen Theorien und in anthropologischen Darstellungen der Sucht (z.B. bei Mieth 1989) wieder aufgegriffen und zur Deutung des Phänomens im Sinne einer Suche nach dem Sinn oder einer Lebensperspektive herangezogen.

In der Umgangssprache, der literarischen Sprache und in historischen Quellen läßt sich eine vielfältige Verwendungsweise des Begriffes Sucht feststellen. Die verschiedenen Definitionen und Assoziationen mit dem Begriff der Sucht führen jedoch auch zu einem Bedeutungsverlust. Schmidt-Semisch spricht in diesem Kontext von einer inflationären Entwertung des Suchtbegriffes in unserer Gesellschaft (Schmidt-Semisch 1997, S. 54). Diese manifestieren sich in der Alltagssprache und lassen sich an Wortbildungen wie z.B. *Kaufsucht*, *Internetsucht*, *Fernsehsucht*, oder durch die Begriffe *Workaholic* und *Schokoholik*¹⁹ zeigen. Durch die inflationäre Verwendung des Begriffes und seine Mehrdeutigkeit wird in der Medien- und Wissenschaftssprache im Zusammenhang mit stoffgebundenen Suchtformen, anstelle von Sucht, der Begriff der Abhängigkeit verwendet. Die unterschiedliche Begriffsverwendung stellt eine Abgrenzungstendenz der Wissenschaftssprache von der Umgangssprache dar.

2.1.2. Suchtdefinitionen in den Wissenschaften

Nach einer kurzen Einführung in die wissenschaftliche Definitionsweise der Sucht möchte ich einzelne Definitionen darstellen und analysieren, die in Fach- und Lehrbüchern der Psychiatrie, der Psychologie und der Biologie zu finden sind, und deren Implikationen für das wissenschaftliche Suchtverständnis aufzeigen. Die mit den Definitionen korrespondierenden Theorien werden in Kapitel 3. ausführlicher beschrieben.

Der Suchtbegriff wurde 1964 von der WHO innerhalb fachlicher Diskussionen im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens wegen seiner Vieldeutigkeit durch den Begriff der Drogenabhängigkeit ersetzt. Diese Ersetzung bezieht sich nur auf die stoffgebundenen Suchtformen. Die Begriffsänderung wurde vor allem in der Wissenschaftssprache (z.B. Biologie, Medizin und Psychologie) übernommen, hat aber auch Eingang in die öffentliche Diskussion und die Mediensprache gefunden (Ladewig 1996). Durch die Ersetzung des Begriffes 'Sucht' hat man versucht, sich der historischen und umgangssprachlichen Assoziationen und Bilder zu entledigen. Bei der von der WHO vorgenommenen Anpassung der Definition und der Begriffsersetzung lassen sich praktischen Ziele, wie z.B. die Diagnosenstellung oder die Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen sowie eine international einheitliche Benennungsmöglichkeit erkennen (WHO 1964). Scheerer und Vogt gehen davon aus, daß auch die Anpassung der Definition an wissenschaftliche Erkenntnisse (z.B. Aufteilung in psychische und physische Abhängigkeit) zu einer Tendenz der Differenzierung geführt hat (Scheerer, Vogt 1989).

Die Drogen- und Substanzabhängigkeit wird in (1) eine psychische Abhängigkeit, die bei allen Stoffen angenommen wird und wissenschaftlich gesehen, das

aber auch mit flüchten (Sucht und Flucht als Wortspiel) assoziiert und oft mit der Suche nach Liebe, bzw. dem Liebesrausch und der Flucht aus der Realität in Zusammenhang gebracht.

¹⁹ Schmidt-Semisch kritisiert diese Verwendungsweise, da sie, seiner Meinung nach, zu einer der stoffgebundenen Sucht ähnlichen Problemdeutung und Interpretationsweise führt (Schmidt -Semisch 1997).

eigentliche Problem einer Suchtentwicklung darstellen und (2) in eine physische Abhängigkeit, wie sie z.B. bei der Alkohol- und Heroinabhängigkeit vorkommen, unterteilt.

Neben den einzelnen Definitionen in den verschiedenen Fachbereichen kommt den medizinischen Klassifikationssystemen, wie z.B. dem ICD-10 (International Classification of Diseases) der WHO oder dem DSMIV, der American Psychiatric eine besondere Bedeutung bei der Begriffsbestimmung zu Association (Sass 1991). In der Praxis, aber auch in der Forschung existiert die Tendenz auf diese international gültige und klinisch relevante Beschreibung von Abhängigkeit zurückzugreifen. Die für die Psychiatrie entwickelten Klassifikationssysteme beschreiben Sucht als eine substanzbezogene, psychische Störung.

Im ICD-10 beispielsweise wird Substanzabhängigkeit als der zwanghafte Konsum einer psychotropen Substanz beschrieben, der trotz des Nachweises schädlicher Folgen des Substanzgebrauchs fortgesetzt wird. Der Zwang geht, laut ICD-10, einher (a) mit dem starkem Verlangen oder Wunsch nach der Substanz; (b) mit dem Verlust der Kontrolle über den Beginn, die Beendigung und das Ausmaß des Konsums; (c) mit der Vernachlässigung anderer Verhaltensweisen, die früher einen höheren Stellenwert besaßen; (d) und bei manchen Substanzen (z.B. Alkohol und Heroin), aber nicht unbedingt, mit dem Vorhandensein eines physischen Entzugssyndroms. Für die Diagnose eines Abhängigkeitssyndrom gibt das ICD für jede Abhängigkeitsform (z.B. Alkoholsucht, oder Opioidsucht) Kriterien an, von denen ein Mindestzahl im Verlauf eines Jahres aufgetreten sein müssen, um die betreffende Person als abhängig zu klassifizieren.

Auch das DSM gibt jeweils ähnliche Kriterien und Bedingungen an. Diese Definitionen gelten zwar allgemein, durch eine Unterteilung der Abhängigkeit in die verschiedenen Stoffklassen (Alkohol/Barbiturattyp; Morphintyp; Kokaintyp; Cannabistyp; Halluzinogentyp; Amphetamintyp und Khattyp) verzichten die beiden Klassifikationssystem allerdings auf ein allgemeingültiges Abhängigkeitskonzept. Die Klassifikationssysteme betonen damit die Wechselwirkungen zwischen der pharmakologischen Wirkung der Droge und dem Konsumenten. Neben der allgemeinen und pragmatischen Ausrichtung der DSM und ICD- Definitionen existieren parallel dazu spezifischere Definitionsweisen in den einzelnen Disziplinen, die sich mit dem Phänomen der Sucht auseinandersetzen.

2.1.3. Die Definitionsweisen in der Biologie, Psychologie und den Sozialwissenschaften

Edwards und Lader unterscheiden medizinische, psychiatrische und psychologische, naturwissenschaftliche, juristische sowie sozialwissenschaftliche Definitionen der Sucht, die jeweils ganz unterschiedlichen Ansprüchen und Funktionen genügen sollen (Edwards und Lader 1990). Die folgende Analyse der wissenschaftlichen Definitionen bezieht sich auf Lehr- und Fachbücher. Diese können als für ein Fachgebiet repräsentativ verstanden werden, da sie mitbestimmend für das Verständnis und die Lehrmeinung des Suchtphänomens innerhalb der einzelnen Disziplinen sind.

Die Begriffe Sucht, oder Abhängigkeit erscheinen in den analysierten Definitionsmodellen (Fach- und Lehrbücher der Psychologie, Psychiatrie und der Neurobiologie) als Definiendum und werden über drei unterschiedliche Definitionsarten beschrieben (Pawlowski 1980).

- a. Die Zuordnung von Sucht zu übergeordneten Begriffen oder Bedeutungsfeldern (genus proximum) Bünting 1996. Welchem Gegenstandsbereich läßt sich Sucht zuordnen?
- b. Die Definition durch die Aufzählung von einhergehenden charakteristischen Merkmalen (differentia specifica), Zustandsbeschreibung einer Sucht (intensionale Definition, Frage: wie ist Sucht/Abhängigkeit ?)
- c. Die Definition durch eine Aufzählung von langfristig möglichen Folgeerscheinungen einer Suchtentwicklung (Frage: Was folgt aus Sucht/Abhängigkeit, welche Konsequenzen hat sie für wen?)

In einigen Definitionsweisen werden auch mögliche Behandlungsformen und mögliche Behandlungsziele mit in die Definition aufgenommen, so schreibt beispielsweise Levine *"Die Vorstellung, daß Alkoholismus eine fortschreitende Krankheit ist, deren Hauptsymptom der Kontrollverlust und deren einziges Heilmittel, die absolute Abstinenz von alkoholischen Getränken ist, ist etwa 175 oder 200 Jahre alt"* (Levine in: Klein 1992, S. 3). Hier wird innerhalb einer Definition direkt auf das, innerhalb einer Theorie, als notwendig erachtete Therapieziel hingewiesen. Diese Art von Definitionen treten quasi als operationale Definitionen auf, die handlungsanleitend sein können und bestimmte Reaktionsstrategien vorschlagen. Obwohl man sich in der Wissenschaftssprache weitgehend auf die Verwendung des Begriffes Stoffabhängigkeit geeinigt hat, findet auch der Begriff der Sucht immer noch Verwendung; insbesondere wenn es um eine Zuordnung dieser zum Bedeutungsfeld der Krankheit geht. In wissenschaftlichen Texten werden so häufig beide Begriffe verwendet, wobei Abhängigkeit stärker mit der Droge und deren pharmakologischen Wirkung in Verbindung zu bringen ist; während der Begriff der Sucht immer dann benutzt wird, wenn es sich um gesellschaftliche Auswirkungen oder die Beziehung zwischen süchtigem/abhängigen Mensch und seinem Umfeld/Gesellschaft geht.

Um die Analyse anschaulicher darstellen zu können, wird zunächst auf einige Definitionsbeispiele aus verschiedenen Fachbereichen eingegangen werden, anhand derer sich die Funktion der Definition für einzelne Wissenschaften und damit auch für den Suchtdiskurs aufzeigen läßt.

a. Definition als Zuordnungen von Sucht zu einem Bedeutungsfeld (genus proximum)

Die Definitionen von Sucht oder Abhängigkeit lassen sich innerhalb dieser Definitionsweise mindestens drei verschiedenen Bedeutungsfeldern zuordnen. Sucht oder Abhängigkeit wird (1) als Krankheit (statische Zustandsbeschreibungen), (2) als eine Verhaltensweise (dynamische, prozeßhafte Beschreibungen), oder (3) als von der Gesellschaft sozial, oder sprachlich erzeugter Zustand beschrieben. Sucht oder Abhängigkeit ist z.B.:

1. eine chronische Krankheit (Levine 1992²⁰); eine biopsychosoziale Störung (Parson, Nixon 1996); ein Zustand chronischer oder periodischer Intoxikation (WHO 1964); Chronic relapsing disease (Leshner 1997); Ausdruck einer abnormen Persönlichkeitsstruktur; Associative learning disorder (Di Chiara 1999); eine erworbene psychische Erkrankung (Spanagel, Zieglgänsberger 1996).

²⁰ In: Klein 1992.

2. Sucht ist eine Möglichkeit menschlichen Verhaltens (Huber 1999); eine passive Selbstmanipulation (Schmidtbauer 1984); eine schlechte Angewohnheit (Szasz 1972); hochautomatisiertes Verhalten (Tiffany 1990); ein Konsumverhalten (Schmidtbauer 1984); eine erworbene Motivation (Birnbaumer, Schmidt 1996); ein Kreisprozeß aus Abhängigkeit und Unabhängigkeit (Tretter 1998)
3. Symptom einer Gesellschaft (Tölle 1994; Stimmer 2000); ein gesellschaftliches Konstrukt (Spode 1993); ein soziales Etikett, ein Mythos (Schneider, W. 1998); das was als Sucht jeweils definiert und verstanden wird (Herwig-Lempp 1994); eine individuelle Lebensweise (Finagrette, 1988).

Aus den Definitionsversuchen lassen sich bestimmte Konzeptualisierungen ablesen, die in Form von unterschiedlichen Paradigmen²¹ beschrieben und im weiteren in Anlehnung an Ludwik Fleck als Denkstil bezeichnet werden. Unter einem Denkstil verstand Fleck "*das Ergebnis theoretischer und praktischer Ausbildung der gegebenen Person und indem er von Lehrer auf Schüler übergeht, stellt er einen gewissen traditionellen Wert dar, der einer spezifischen geschichtlichen Entwicklung und spezifischer soziologischen Gesetze unterliegt*" (Fleck 1983, S. 68). Der Denkstil hat nach Fleck auch Einfluß auf die innerhalb eines Denkstils verwendeten Begriffe und Definitionen. "*Es besteht eine stilgemäße Bindung der - oder vieler Begriffe- einer Epoche, die auf ihrer gegenseitigen Beeinflussung beruht. Deshalb kann man von einem Denkstil sprechen, der den Stil jedes Begriffes bestimmt*" (Fleck 1980, S. 15)²². In diesem Sinne sollen die hier vorgestellten Denkrichtungen und ihre Suchtdefinitionen als Denkstil bezeichnet und miteinander verglichen werden.

Anhand der angeführten Definitionen läßt sich ein *biomedizinischer Denkstil* (1.) erkennen, der Sucht als chronische Krankheit beschreibt und daraus ein umfassendes medizinisches Behandlungskonzept als medizinische Hilfeleistung für Süchtige vorschlägt. Dieser Denkstil stellt, wie im Verlauf der Arbeit noch gezeigt werden wird, einen bedeutenden und sehr dominierenden Denkstil dar.

Zum anderen wird Sucht aus der Sicht der Psychologie als erlernte Verhaltensweise beschrieben, die eine Verhaltensänderung der Betroffenen als mögliche Hilfestellung ansieht. Dieses Modell wird auch als *Behavioural Approach* (2.) bezeichnet (Marlatt, Nathan 1978). Dieser Denkstil spielt vor allem innerhalb der kognitiven Theorie und der Lerntheorie eine Rolle.

Der dritte Block der Definitionen stammt schließlich aus der sozialwissenschaftlichen Literatur. Sucht wird hier auch als gesellschaftliches Konstrukt (Herwig-Lempp 1994), als kultureller Mythos (Schneider 1998) bzw. als eine neuzeitliche Erfindung verstanden. Die hier angeführten Definitionen aus dem sozialwissenschaftlichen Bereich lassen sich dem *Labelling Approach* (3.) zuordnen. *Der Labelling Approach*, bzw. die Etikettierungstheorie vermutet, daß der Süchtige nur den Erwartungen seiner Umgebung/Gesellschaft entspricht, d.h. die sprachliche

²¹ Der Begriff des Paradigma wird in diesem Zusammenhang als Denkrichtung und im speziellen Zusammenhang mit Sucht als die Verständnisweise dieses Phänomens in einer bestimmten wissenschaftlichen Disziplin verstanden.

²² Die Wissenschaftstheorie von Fleck läßt sich durch seine ausführlichen Erörterungen des Syphilisbegriffes gut auf die Problematik der hier vorgestellten Suchtdefinition und der historischen Entwicklung des Suchtbegriffes anwenden. Der Gedankengang Flecks wird in Kapitel 4 nochmals ausführlicher behandelt.

Benennung und Zuordnung von Menschen zu einer Gruppe bestimmt deren Verhalten. In diesem Sinne lässt sich Sucht als gesellschaftliche Erfindung verstehen. Die Denkmuster können als Schema dargestellt werden. Zur Ergänzung kann das sogenannte *moralische Paradigma* aufgelistet werden, das in der Literatur größtenteils als *historisches Paradigma* (Denkstil 4) bezeichnet wird (Kreutel 1988).

Das Modell, man könnte es 3-Ebenen-Modell der Sucht nennen, verdeutlicht, welche Vorgaben mit den entsprechenden Definitionsweisen erstellt werden. Ebene 1 spiegelt die Zuordnung des Suchtbegriffes zu einem Bedeutungsfeld oder einer übergeordneten Zustandsbeschreibung wieder. Ebene 2 geht auf die Benennung und den Status der betroffenen Personen ein, während auf Ebene 3 die daraus ableitbaren Handlungsorientierungen aufgezeigt werden, die man anhand der Definition und des jeweiligen Denkstils entwickeln kann. Die erste Ebene stellt damit die Problematik der Einordnung von Sucht dar. Die zweite Ebene ist mit dem Status und der Wahrnehmung der süchtigen Person befasst. Die dritte Ebene diskutiert letztlich die praktischen Folgen (Folgenabschätzung), die teilweise auch in der Definition auftreten und postuliert mögliche Interventions- und Präventionsstrategien. Die dritte und letzte Ebene möchte ich vor allem in den Kapiteln 5 und 6 eingehend diskutieren.

Die Vertreter einer Krankheitsdefinition (siehe auch Bedeutungsfeld 1, in 2.1.1.) wählen eine biologische oder psychologische Begründungsweise, was spezifische Therapiemaßnahmen (z.B. Pharmakotherapie, Verhaltenstherapie) impliziert, Vertreter der sozialwissenschaftlichen Seite schlagen dagegen einen entdramatisierten Umgang mit der Sucht als mögliche Lebensweise vor oder suchen die Ursachen der Sucht in der Gesellschaft. Das Problem wird hier in der Sichtweise (in der Einstellung und Reaktionsweise) und nicht im Wesen des Phänomens der Sucht gesehen. Sucht kann gemäß dieser Definitionen kein Wesen per se besitzen. Oder wie Legnaro es formuliert:

"Sucht lässt sich nicht ausschließlich als eine physiologische, zwangsläufige Entwicklung betrachten [...] In diesem Sinne ist Sucht eine soziale Konstruktion; erst wenn eine Gesellschaft über diese Konstruktion verfügt, erkennt sie den Süchtigen und reagiert moralisch, punitiv oder therapeutisch" (Legnaro 2000, S. 17).

Abbildung 2
Definitionen und das Suchtverständnis in den Wissenschaften:

Denkstil	Definition	Fachbereich	Bild der Person	Handlungsorientierung
Denkstil 1	Sucht als Krankheit	Medizin, Biologie Psychologie	Kranker, Opfer einer Krankheit	medizinische Therapie Pharmakotherapie Entzug Psychotherapie
Denkstil 2	Sucht als eine erlernte Verhaltensweise	Kognitionspsychologie, Lerntheorie, Soziologie	teilweise autonome Person	Verhaltensmodifikation (Therapie)
Denkstil 3	Sucht als ein relativer und gesellschaftlich bedingter Begriff (Erfindung)	Sozialwissenschaften: Etikettierungstheorie	Opfer der gesellschaftlichen Definition (Labelling)	Änderung der gesellschaftlichen Haltung/Definition Akzeptanz der Betroffenen
(Denkstil 4)	Sucht als moralische Verfehlung, Sünde	Historische Sichtweise, Alltagsglaube	Sünder, Verfehlter, Disziplinloser	Besserungsversuche erzieherische Maßnahmen Gottes Gnade
(Denkstil 5)	Sucht als deviantes, gesetzeswidriges Verhalten	Politik (Prohibitions politik) Jurisprudenz	Krimineller	Bestrafung Reintegration durch Anpassung

Die Definitionen beruhen alle auf der Grundannahmen: Sucht als negative oder mindestens gesellschaftlich unerwünschte Folge des Substanzkonsums zu verstehen. Diese Sichtweise kann als gesellschaftlicher Konsens verstanden werden.

Anmerkungen: Denkstil 4. wird in Kapitel 4. aus historischer Sicht betrachtet; das Devianzmodell lässt sich bezüglich der besprochenen Suchttheorien und Definitionen aus der Psychologie, Medizin und Biologie am ehesten mit den Definitionen aus der Persönlichkeitstheorie (60er und 70er Jahre) vergleichen; da es meistens innerhalb bestimmter politischer Strategien und der juristischen Praxis erwähnt wird, ist es in diesem Kapitel nicht näher ausgeführt. Eine weitere Betrachtung findet in Kapitel 5 statt.

Diese auch als konstruktivistische oder relativistisch bezeichnete Ansicht verkörpert eine polare Sichtweise, die auch in den Sozialwissenschaften nicht immer geteilt wird, und stellt das kausalsomatische Krankheitsmodell in Frage. Andere soziologische Definitionen betonen zudem die gesellschaftlichen Ursachen, aber vor allem auch die sozialen Folgeerscheinungen (Reaktionen), die den süchtigen Menschen erst in eine Situation manövrieren, in der er Hilfe benötigt (z.B. Sucht ist Symptom unserer Gesellschaft; Sucht ist Ausdruck unserer gesellschaftlichen Überforderung, etc.).

Durch die Analyse wird deutlich, dass sich hinter den verschiedenen Denkstilen unterschiedliche theoretische Vorstellungen über die Arbeitsmethoden und den Erkenntnisgewinn der Sucht, aufzeigen lassen. Die Möglichkeit, Sucht als erlernte bzw. mögliche menschliche Verhaltensweise zu definieren (Denkstil 2), lässt

sich zwischen dem Bild *Sucht als Krankheit* und *Sucht als kulturelles Konstrukt* einordnen. Verhalten kann zum einen als krankhaft definiert werden, und/oder als erlerntes Verhalten, zum anderen kann es als alternative Lebensweise wahrgenommen werden, die erst durch die Problematisierung der Gesellschaft zum Problem gemacht wird. Wobei hier, soweit möglich, eine Trennung zwischen der Verhaltensweise selbst und der Bewertung dieser vollzogen werden sollte. Verhalten kann eine normative Sichtweise einschließen (als abnormales, regelwidriges und deshalb nicht akzeptables Verhalten), kann aber auch rein deskriptiv, als statistische Abweichung, beschrieben werden. Sucht als Verhaltensweise zu beschreiben, entspricht einer dynamischen, phasenhaften Vorstellung von Sucht, die sich auf eine bestimmte Situation, aber auch auf eine bestimmte Lebensphase beziehen kann. Eine Verhaltensweise ist zudem individuell verschieden und kann als sehr variabel empfunden werden.

Außer den hier zitierten wissenschaftlichen Definitionen lassen sich noch weitere Definitionen anführen. Zunächst sei auf den in Abbildung (1) dargestellten *historischen Denkstil* verwiesen, der Sucht, wie auch schon in den umgangssprachlichen Definitionen vermerkt, als Sünde oder verfehlte und damit unmoralische Lebensweise beschreibt. Die Bedeutung dieses Suchtverständnisses für den heutigen Suchtdiskurs wird in Kapitel 4 erläutert.

Neben dem historischen Modell spielt das sogenannte Devianzmodell eine bedeutende Rolle in der politischen Auseinandersetzung mit der Thematik des Drogenkonsums. Das Devianzmodell wird in Kapitel 5. im Zusammenhang mit praxisorientierten Lösungsstrategien näher beschrieben. Es definiert Sucht im allgemeinen als von den Regeln, Normen und Gesetzen abweichende Verhaltensweise. Aus einer solchen Interpretation leiten sich innerhalb dieses Denkstils dann entsprechend Sanktionen für die Betroffenen ab.

b. Definition als Beschreibung von beobachtbaren Merkmalen (differentia specifica):

Die in den Definitionen enthaltenen Merkmale lassen sich vor allem biomedizinischen, und psychologischen Standpunkte zuordnen. Sucht wird in der vorliegenden Literatur durch folgende Merkmale charakterisiert und definiert:

Kontrollverlust (Levine 1992; Wanke, Täschner 1985); Sicht-Nicht-Enthalten-Können (Tretter 1998); ein unstillbares Verlangen oder starken Wunsch nach der Droge (ICD-10, DSM IV, Ladewig 1996); Toleranz (DSM IV, Feuerlein, Küfner, Soyka 1998); Nicht-Aufhören-Können (Berner 1982, Ladewig 1996a); psychisch und gegebenenfalls physische Entzugserscheinungen (Schmidt 1997, WHO 1964); Freiheitsverlust (Baumgart 1994, Tölle 1994); Konsum trotz Wissen um negative Folgen (DSM IV, ICD-10); stereotypen Verhaltens (Baumgart 1994); den Verlust der freien Verhandlungs- und Entscheidungsfähigkeit (Täschner 1994, Feuerlein 1987); Abkehr von der Realität (Berner 1982); Interessenverlust, Gleichgültigkeit (Peter 1999); Einengung der Interessen auf drogenbezogene Verhaltensweisen (Statistisches Bundesamt 1998); Schädlichkeit für den Einzelnen oder die Gesellschaft (WHO 1964); durch eine Eigendynamik und zwanghaftem Verhalten (Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW 1988); einen Verfall von sittlichen und moralischen Verhaltensnormen (Huber 1999).

Es fällt auf, daß hier vor allem Begriffe wie Zwang, Verlangen, Kontrollverlust, sowie Zurechnungsfähigkeit oder der Verlust des sittlichen Verhalten (Gesinnung)

angesprochen werden. Aussagen über den Kontrollverlust und die Selbstbestimmungsfähigkeit können als typisch für solche Suchtdefinitionen angesehen werden. Biologische und pharmakologische Definitionen legen ihre Betonung meistens auf beobachtbare Merkmale aus z.B. Tierversuchen (Edwards, Lader 1990). Merkmale wie das zwanghafte Verlangen und der Kontrollverlust werden auch als *Kernphänomene* einer Suchtentwicklung bezeichnet. Auch hier fällt auf, daß die Kennzeichnung der Sucht wieder deskriptiv oder aber auch normativ verstanden werden kann. Die Beschreibungen können sich auf eine statistische Norm, aber auch implizit auf ein bestimmtes Wertesystem beziehen (z.B. Selbstkontrolle ist eine *gute* menschliche Eigenschaft). Die so erkannten und formulierten Merkmale können einerseits zu Diagnosezwecken eingesetzt werden; sie können andererseits aber auch zu sozialen Typisierungen führen. Nach Max Weber bieten Typologisierungen die Möglichkeit, konkrete Erscheinungen mit einem Typ zu vergleichen, bestimmte Unterschiede zwischen beiden festzustellen, auf die Idee erklärender Hypothesen zu kommen und so zu einem besseren Verständnis des erforschten Phänomens zu gelangen (Weber 1988). Klassifikatorische Elemente sind damit auch komparative Elemente. Mit dem Anführen von Vergleichskriterien besitzt man auch die Möglichkeit, Intensitätsgrade wiederzugeben. Die Annäherung einer realen Person an einen statistisch ermittelten Typ kann zu einer Bestimmung der Übereinstimmung herangezogen werden. Der Typ wird damit als Maßstab benutzt, an dem potentiell Betroffene gemessen werden können. Insofern stellen die Merkmale und Kennzeichen einer Sucht das für die Sucht typische dar, das sich, wenn es auf den Menschen übertragen wird, zu einer *Typologie der Sucht* entwickelt. Damit wird die Definition operationalisiert und zur Feststellung dazu benutzt, ob eine Person unter diesen Begriff fällt oder nicht. Die Gefahr, die sich durch diese Definitionsart ergibt, ist, wie bereits erwähnt, die Bildung von Stereotypen und die Diskriminierung von dem vom Idealtyp abweichenden und unerwünschten menschlichen Typus. Diese Typisierung kann wiederum zu gesellschaftlich erstrebenswerten, aber auch zu unerreichbaren Idealen bzw. idealen Verhaltensweisen und Menschenbildern führen.

c. Konsequentialistische Definitionen (Folgen der Sucht)

Aus dem Zustand der Sucht lassen sich für das betroffene Individuum, aber auch für seine Umwelt, bestimmte direkte (primäre) oder indirekte (sekundäre) Folgeerscheinungen benennen, die in die Definitionsweisen der Kategorie c. eingearbeitet werden. Sucht oder Abhängigkeit geht demnach einher mit:

psychopathologischen Folgen (DHS); gesundheitlichen Folgeschäden (WHO 1957); Deprivation (Huber 1999); Schädigung von Anderen (z.B. Familie); einer Wesensveränderung (Feuerlein, Kufner, Soyka 1997); Verlust des Arbeitsplatzes, Verelendung, Obdachlosigkeit, sozialem Abstieg (Huber 1999; Feuerlein, Kufner, Soyka 1998); wiederholten Problemen mit dem Gesetz (Schmidt 1999); Unfällen, Suizid sowie Folgekosten für Individuum und Gesellschaft (DHS, DSMV).

Die Folgen sind aus der Zustandsbeschreibung abgeleitete Konsequenzen, die eintreffen können, aber nicht notwendigerweise bei jedem Süchtigen eintreffen müssen. Die Konsequenzen einer Sucht werden durchgängig als negativ beschrieben. Diese Folgeerscheinungen implizieren einen Maßstab, der sich an den *positiven Folgen* einer Verhaltensweise orientiert. Zudem weisen die Folgen indirekt

auf biologische und psychische Funktionsfähigkeiten hin, sprechen aber auch erwünschte und unerwünschte Zustände oder gesellschaftliche Wertvorstellungen, wie z.B. Gesundheit, Wohlbefinden, Individualität, Arbeitsfähigkeit, sowie finanzielle und soziale Sicherheit, an. Mit der Annahme der Definition und der Folgen wird die Verbreitung und Verteidigung dieser Werte ermöglicht.

Die Konsequenzen einer Sucht können so zur Begründung von verschiedenen ausgerichteten Interventionen werden, die als Aufhebung der unerwünschten, negativ bewerteten Folgen verstanden werden und damit eine Möglichkeit anbieten, das krankhafte oder abweichende Verhalten zu korrigieren bzw. zu heilen. Die Verbesserung oder Aufhebung des als destruktiv verstandenen Zustandes der Sucht ist Ziel aller Interventionsmaßnahmen. Gleichzeitig befaßt sich die Prävention mit der Verhinderung eines als unerwünscht erkannten Zustandes unter der Bevölkerung.

Die möglichen Auswirkungen der in 1.3. herausgearbeiteten Definitionsbeispiele und deren Bedeutung für einen öffentlichen Diskurs über die Suchthematik sollen hier nochmals kurz zusammengefaßt werden und sind als Grundlage für die weiteren Kapitel anzusehen, in denen die einzelnen Denkstile, Definitionen und deren Implikationen für die Praxis diskutiert werden.

2.1.4. Zusammenfassung

- Mit der Charakterisierung von Sucht wird auch der davon Betroffene beschreibbar gemacht, was zu einem spezifischen Bild des süchtigen Menschen führt, und Einfluß auf die gesellschaftliche Bewertung und das Selbstverständnis von Süchtigen nehmen kann.
- Die Zuordnung von Sucht zu einem Bedeutungsfeld gibt einen phänomenologischen Aufschluß und ordnet das Problem unterschiedlichen Systemen und Handlungsoptionen zu. Es kann, wie z.B. im Fall der Zuordnung zu einem krankhaften Zustand, die Einordnung in das medizinische Tätigkeitsfeld implizieren, es werden dann medizinische Therapieoptionen vorgegeben und ein Arzt-Patient-Verhältnis als Hilfssystem aufgebaut. Es können durch die Definition aber auch andere Zuständigkeitsbereiche benannt werden.
- Mit der Merkmalsbeschreibung der Sucht werden bestimmte Eigenschaften thematisiert, die anhand von statistischen Abweichungen und/oder gesellschaftlichen Werten, oder Tugenden beschreiben werden können.
- Die Beschreibung der Suchtfolgen thematisiert vor allem die Wirkung der Droge auf den Zustand des Individuums, dessen Umfeld und auf die Gesellschaft. Sie bringen aber auch gesellschaftliche Werte zum Ausdruck, die eine Sucht zu unterminieren scheint.

2. 2. Die Probleme einer Definition für Sucht

Definire oder definieren bedeutet abgrenzen und bestimmen. Eine Definition ist demnach eine Bestimmung der Bedeutung eines Begriffes durch die Beschreibung der wesentlichen Eigenschaften und Merkmale der durch den Begriff bezeichneten Sache (Menne 1981). Er stellt demnach auch gleichzeitig eine Abgrenzung und eine Verallgemeinerung eines Sachverhaltes dar. Die Probleme, die mit einer Definitionsweise der Sucht innerhalb eines wissenschaftlichen, wie auch umgangssprachlichen Kontextes einhergehen, sollen kurz verdeutlicht werden. Die Problematik der Sucht oder die Abhängigkeitsdefinition läßt sich anhand der

vorliegenden Analyse durch verschiedene inhaltliche und formale Aspekte charakterisieren, die sich auch durch eine Begriffsersetzung der Abhängigkeit nicht aufheben bzw. beheben lassen. Die definitorische Problematik ist gekennzeichnet durch die Aspekte der

- **Graduierbarkeit**

Die graduierbaren Eigenschaften der Suchtbegriffe/Abhängigkeitsbegriffe resultieren in einer unscharfen Abgrenzungsmöglichkeit des Begriffes von anderen Begriffen wie Fehlgebrauch und Mißbrauch.

- **Kontextgebundenheit**

Die Merkmale und Eigenschaften der Sucht lassen sich nur über die Merkmale und Eigenschaften von süchtig gewordenen Menschen oder Tieren beschreiben. Die Sucht existiert deshalb nur in der Erscheinung von Süchtigen. Es lassen sich deshalb nur Merkmale benutzen, die bei allen süchtig gewordenen (zumindest der Mehrheit) Menschen gleichermaßen und spezifisch auftreten können, und die auch nur im Kontext mit einer bestimmten Untersuchungsgruppe wiedergegeben (Stichproben) werden können.

- **Zirkularität**

Zirkuläre Beschreibungsweisen sind häufig anzutreffen, da man bei der Einordnung von Personen zu einer Untersuchungsgruppe Kriterien anlegt, deren Bestimmung Ziel und nicht Voraussetzung der Untersuchung sein sollte. Bei manchen Definitionen kommt es daneben zu unmittelbaren Zirkeln, indem Sucht oder aber auch Abhängigkeit über den Sachverhalt des süchtigen Verlangens bestimmt wird, d.h. hier tritt der gleiche Begriff im Definidum und im Definiens auf.

- Der Fehler des **Ignotum per Ignotum**

beschreibt ein Problem, innerhalb dessen ein Begriff mit unbekannter Bedeutung durch einen anderen vagen oder undefinierten Begriff definiert wird. Die Zuordnung von Sucht als z.B. Fehlverhalten oder regelwidriges Verhalten setzt eine Definition von den Begriffen Fehlverhalten oder regelwidriges Verhalten voraus, die normativen Kriterien unterliegen. Auch die Gleichstellung von Sucht mit Krankheit ist ohne nähere Erläuterung dessen, was der/die Autor/in unter Krankheit versteht bzw. auf welchen Krankheitsbegriff sie/er sich dabei beziehen, nicht aussagekräftig.

- **Stand der Forschung**

Die biologische/pharmakologische/psychologische Erforschung der Sucht hat noch keine einheitlichen und ausreichenden Antworten zur Verfügung gestellt, um das Phänomen präziser bestimmen zu können. Hier besteht weiterhin Forschungsbedarf.

- **Multidisziplinarität**

Die multidisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Suchtphänomen resultiert in einer unterschiedlichen, fachbezogenen Bewertung und Zielsetzung. Die Definitionen erscheinen als Teil einer bestimmten Theorie oder Hypothese und erfüllen innerhalb dieser die inhaltlichen Kriterien für eine Arbeitsdefinition. Eine Verwendung der Suchtdefinition außerhalb dieser Theorie bzw. des entsprechenden Suchtmodelles kann zu Mißverständnissen und

Fehlinterpretationen führen. Eine gemeinsame Basis der Suchtforschung, oder aber eine allgemeine Sucht/Abhängigkeitsdefinition ist nicht vorhanden. Allgemeine, aber äußerst pragmatische Definitionen stellen die der WHO und der DSM dar, die aber von vielen Autoren außerhalb einer Diagnosestellung, als unbefriedigend und zu kurz gefaßt bezeichnet werden.

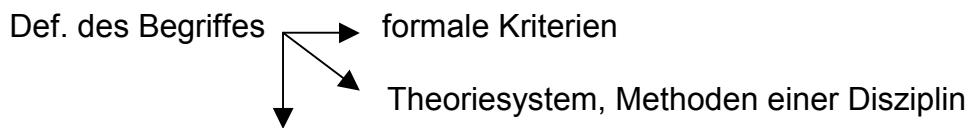
- **Wertungsproblematik**

Die Definitionen bewegen sich häufig nicht nur auf einer rein faktisch-deskriptiven Ebene, sondern beinhalten auch normative Aussagen und gesellschaftliche Wertungen. Die als negativ und unerwünscht angesehene menschliche Daseinsform der Sucht impliziert, vom Ist-Zustand des süchtigen Menschen ausgehend, auch einen Soll-Zustand und entsprechende Möglichkeiten, diesen Soll-Zustand wieder zu erreichen. Es ist deshalb die Frage zu stellen, ob Suchtdefinitionen im allgemeinen auf normative Aussagen verzichten können oder in der Mehrzahl auf gesellschaftliche Normen und Regeln angewiesen sind, die meistens nicht, oder nur implizit formuliert werden. Eine Darstellung oder Analyse dieser Ebene wurde in der untersuchten Literatur vernachlässigt oder sogar bewußt ausgeklammert. Es ist deshalb zu fragen, ob auf die Reflexion der Werteebene bzw. auf die Diskussion der zugrundeliegenden Werte verzichtet werden kann, wenn man ein vollständiges Bild des Suchtphänomens erlangen will. In den Kapiteln 6 und 7 werden die den Suchtdefinitionen und den Suchtinterventionen zugrundeliegenden Wertvorstellungen untersucht und reflektiert.

Jede Definition ist auf die innerhalb ihrer Disziplin ausgerichtete Nützlichkeit und Eignung als Grundlage für das entsprechende Theoriesystem ausgerichtet. Dennoch erfordert die Kommunikation zwischen den Wissenschaften und innerhalb öffentlicher Diskussionen eine akzeptable, allgemeine Definitionsweise. In diesem Zusammenhang wäre es erstrebenswert, wenn sich parallel zu einer disziplinären Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht auch ein integratives und interdisziplinäres Arbeiten entwickeln würde. Interdisziplinarität setzt nicht nur eine Akzeptanz des anderen Fachbereiches voraus, sondern erfordert gleichzeitig eine gemeinsame Basis und gemeinsame Wahrnehmung der Probleme. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit könnte möglicherweise dem Nebeneinander von Theorien und Definitionen einen Denkstil gegenüberstellen, der die bestehenden Theorien integriert und erweitert. Es erfordert eine konsensfähige Lösung im Bereich der Suchthematik eine Förderung von interdisziplinären Projekten, die in Deutschland häufig nur als Lippenbekenntnisse oder als additive (Aneinanderreihung von Theorien und Interventionsformen) Zusammenarbeit stattfinden.

2. 3. Was kann eine Suchtdefinition noch leisten?

Die Definition der Sucht oder Abhängigkeit scheint sich aus mehreren Beschreibungsebenen zusammensetzen.



Vorannahmen, Lebenseinstellungen, die in der Disziplin, oft nicht explizit, zugrunde liegen

Die Vielschichtigkeit einer Definitionsweise, sowie die nicht formulierten Annahmen (z.B. Wertsetzungen) tragen zur Problematik einer Definition bei. Die Verwendung einer Aquivokationen führt zu Mißverständnissen und Konfusion. Was bleibt, ist die Möglichkeit einer vorläufigen Arbeitsdefinition, die geeignet erscheint, um bestimmte Fragestellungen mit einer interdisziplinären Methodik zu beantworten. Möglicherweise ist es sinnvoll, im interdisziplinären oder allgemeinen Gebrauch ganz auf den Anspruch einer vollständigen Definitionsweise zu verzichten und stattdessen auf eine partielle Definition zurückzugreifen, die über positive wie auch negative Kriterien, hinreichende Bedingungen formulieren kann.

Eine Benennung und partielle Definition ist dann trotz der beschriebenen Probleme möglich, wenn eine Betonung auf einen dynamischen, nicht feststehenden Begriff gelegt wird. Diese Art von Definition könnte man auch als *weiche Definition* bezeichnen, da eine *harte Definition* nicht möglich erscheint. Die Flexibilität des Begriffes muß dabei nicht gleichgesetzt werden mit einem relativistischen Konzept, sie sollte jedoch nachvollziehbar sein und zur Diskussion stehen dürfen. Ladewig weist auf die Prozeßhaftigkeit der Entwicklung solcher Begriffe hin:

"Der Begriff Abhängigkeit hat vielfältige Implikationen. So sehr wie das äußere Erscheinungsbild eines alkoholabhängigen Patienten einem Wandel unterliegt, findet auch eine Weiterentwicklung des Begriffes der Abhängigkeit im Sinne eines Prozesses statt " (Ladewig 1996, S . 479).

Oder wie Szazs es ausdrückt:

"Es geht um die Suche nach einer metaphorisch sinnvollen und wissenschaftlich vertretbaren Definition und Sprachgebung. Was dabei als sinnvoll und vertretbar gelten soll, muß jeweils zur Diskussion gestellt werden" (Szazs 1972, S. 83).

Nach Wittgenstein ist die Anwendung eines Wortes auch dann geregelt, wenn wir keine vollständige Definition davon angeben können. Wenn der Begriff nicht abschließend geregelt ist, macht ihn das vielmehr offen für nicht bekannte Anwendungsfälle. Wittgenstein benutzt deshalb die Metapher der *Familienähnlichkeit*, um Wörter mit mehreren Bedeutungen (Bedeutungsfeldern) zu beschreiben. *"Wir sehen ein kompliziertes Netz von Ähnlichkeiten, die einander übergreifen und kreuzen. Ich kann die Ähnlichkeit nicht besser charakterisieren als durch das Wort Familienähnlichkeit"* (Wittgenstein 1984, S. 278). Sucht kann durchaus als ein Wort begriffen werden, das im Laufe der Zeit zu einer großen Familie gewachsen ist, deren Mitglieder *Familienähnlichkeit* besitzen und deren Bedeutungen sich nicht immer leicht voneinander abgrenzen lassen.

Nach Edwards und Lader stellt die Vielzahl von Definitionen auch ein Beweis dafür dar, daß es keine universelle Theorie und Definition zur Sucht geben kann (Edwards, Lader 1990). Die beiden Autoren sehen die unterschiedlichen Definitionen, die für unterschiedliche Situationen und Suchtformen geeignet scheinen, als durchaus positive Entwicklung an. Die Vielzahl der Definitionsweisen kann andererseits auch als ein Scheitern von interdisziplinärer Forschung und als Ausdruck der Barrieren, die sich aus den unterschiedlichen Fachsprachen ergeben haben, gedeutet werden und muß nicht notwendigerweise als Beweis gegen die Möglichkeit einer allgemeineren Definition verstanden werden.

Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang eine Reflexion über nicht formulierte Annahmen, die mit einer bestimmten Begriffsauslegung verbunden sind. Um mit Soyka zu sprechen, geht es bei einer Definition der Sucht letztlich "*um die Frage des Maßstabes, den man an menschliches Verhalten anlegt*" (Soyka 1995, S. 2). Ein geeigneter Maßstab sollte dabei auf reflektierende Weise gewonnen werden und auf begründbare Argumente zurückgreifen. Definitionen von Sucht scheinen immer auch eine *normative Komponente* zu besitzen. Indem der Ist-Zustand eines Süchtigen beschrieben wird, liegt diesem implizit die Vorstellung eines erwünschten Soll-Zustands zugrunde. Diese Sollzustände lassen sich weder über Definitionen noch theoretische Modellvorstellungen der Sucht erarbeiten, sondern sind an gesellschaftliche Regeln und Wertvorstellungen gebunden, die sich wiederum auf ein spezifisches Menschenbild beziehen. Um die Kohärenz einer Definition oder die inhaltlichen Aspekte einer Definition bewerten zu können, müssen diese im Zusammenhang mit den entsprechenden Theorien betrachtet werden. Wie die verschiedenen Denkstile bereits gezeigt haben, erscheint es wichtig, konkrete Vorannahmen und Vorgehensweise einer Theorie mit in die Untersuchung einzubeziehen, um deren Unterschiede und Überschneidungen besser einordnen zu können.

2.4. Der Suchtbegriff und die weitere Vorgehensweise

In dieser Arbeit wird durchgängig der Begriff der Sucht dem der Abhängigkeit vorgezogen. Im Unterschied zum Abhängigkeitsbegriff zeigt der Begriff der Sucht einen umfassenden Zusammenhang auf, der die Verhältnisse zwischen Gesellschaft, dem sozialen Umfeld, der Substanz und dem Verhalten des Individuums darstellen kann und der auf die historische Entwicklung des Phänomens verweist. Es erscheint einerseits zwar sinnvoll, einen vagen Begriff, der eine gewisse Unschärfe aufweist, nicht weiter in wissenschaftlichen Theorien zu verwenden, andererseits werden mit einer Einengung des Problembereiches andere, vielleicht wichtige, Aspekte einer Suchtentwicklung per Definition ausgeschlossen. Um der historischen Perspektive und dem alltäglichen Gebrauch wie auch der wissenschaftlichen Verwendung des Begriffes Sucht gerecht zu werden, wird hier durchgängig die Bezeichnung *Sucht* und *süchtige Menschen* verwendet.

Der Begriff Sucht wird im folgenden zunächst sehr weit gefaßt, um möglichst viele verschiedene Theorien miteinschließen zu können. Der Begriffsbenutzung von Sucht scheint gemein zu sein, "*daß sie ein Mittel oder ein Tun beschreibt, das seinem ursprünglichen Zweck entfremdet oder zum Selbstzweck geworden ist*" (Zutt, in Soyka 1995, S. 2).

In den weiteren Kapiteln wird deshalb die Idee eines *dünnen* oder *minimalen* Suchtverständnisses weiterverfolgt, oder um mit Wittgenstein zu sprechen, es wird versucht, eine *Familienähnlichkeit* zu erkennen, die auf möglichst viele (alle)

Suchtbedeutungen zutrifft. Dies entspricht der Vorstellung eines komplementären, sich ergänzenden Denkstils der Sucht, der im Gegensatz zu parallel zueinander stehenden und miteinander konkurrierenden Definitionen und Theorien entwickelt werden könnte. Damit läßt sich nochmals die Notwendigkeit einer interdisziplinären Methodik ansprechen, die komplementäre statt konkurrierende Denkstile und Definitionen fördern könnte. Komplementäre Definitionen und Theorien könnten dazu beitragen, das Suchtverhalten von verschiedenen Individuen zu verschiedenen Drogen, trotz der beschriebenen Probleme, verständlich zu machen und damit einen Handlungsspielraum für die Praxis zu eröffnen .

3. Von der Definition zur Theorie: wissenschaftliche Erklärungen zur Suchtentstehung

"The only way in which a human being can make some approach to knowing the whole of a subject is by hearing what can be said about it by persons of every variety of opinion and studying all modes in which it can be looked at by every character of mind" (John Stuart Mill).

Im folgenden soll analysiert werden, was genau zur Ausbildung eines Denkstils und damit zu dem jeweiligen Suchtverständnis und den gesellschaftlich umgesetzten Interventionsstrategien führt bzw. geführt hat. In diesem Kapitel sollen deshalb zunächst die wissenschaftlichen Erklärungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Sucht skizziert werden, die als Elemente der in der Diskussion vorgebrachten Denkstile betrachtet werden können. Die einzelnen Theorien können den in Kapitel 2. vorgestellten Denkstilen und Definitionen zugeordnet werden. Diese beziehen sich im folgenden lediglich auf die Alkohol- und Heroinsucht. Einzelne Theorien und Hypothesen werden in der Literatur jedoch auch allgemein auf andere Suchtformen angewandt.

Angesichts der Fülle von Informationen zum Thema Sucht und Drogen lassen sich nicht alle Suchtmodelle und Interpretationsmöglichkeiten in dieser Arbeit bewerten. Aus diesem Grund möchte ich den Fokus dieses Kapitels, wie bereits erwähnt, auf die neurobiologischen und psychologischen Theorien legen und dabei vor allem den Aspekt der Medikalisierung des Suchtmittelkonsums in den Vordergrund der Betrachtung stellen. Insofern fällt der Psychiatrie in dieser Arbeit die Rolle eines Dreh- und Angelpunktes zwischen der momentan bestehenden Grundlagenforschung und der Therapiepraxis zu. Das bedeutet nicht, daß der medizinische Ansatz als bevorzugtes Modell betrachtet wird; wenn man jedoch den Ist-Zustand bewertet, kommt man zu dem Schluß, daß in der aktuellen Debatte vor allem psychotherapeutische und medizinische Ansätze im Vordergrund stehen.

3.1. Ursachenforschung und Theorien zur Sucht

Modelle der Persönlichkeitstheorie, der verhaltensanalytischen und der experimentellen Psychologie sowie der Biologie wurden exemplarisch ausgewählt, da diese vor allem in medizinischen, aber auch biologischen Lehrbüchern zur Erklärung von Sucht angeführt werden. Die bestehende Aufzählung von Suchttheorien erhebt damit keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr könnten noch weitere Ansätze, wie beispielsweise entwicklungspsychologische Theorien zur möglichen Beschreibung der Sucht, herangezogen werden. Theorien wie die Entwicklungspsychologie sind jedoch auf das Auftreten der Sucht in bestimmten Zeitfenstern, hauptsächlich der Adoleszenzphase, begrenzt.

Den sogenannten systemischen Theorien, die ebenfalls für eine Betrachtung der Sucht herangezogen werden können, wird dagegen nach Feuerlein, Küfner und Soyka keine primär therapeutische Orientierung zugeschrieben (Feuerlein, Küfner, Soyka 1997). Die Systemtherapie spielt jedoch gerade in der Therapiepraxis zunehmend eine Rolle. Ein Beispiel für eine im Bereich der Sucht angewandten Systemtherapie ist die Familientherapie. Die theoretische Basis dieser Therapieform soll in diesem Kapitel deshalb kurz skizziert werden.

Auf der theoretisch-deskriptiven Ebene lassen sich die unten aufgeführten Theorien in einzelne Zeitfenster einer Suchtentwicklung unterteilen. Es finden sich Modelle, die zur Beschreibung des (1) Konsumverhaltens bzw. der Initiierung des

Konsumverhaltens (2) der Entstehung einer Suchtentwicklung (Übergang zur Sucht), (3) des Verlaufs einer Sucht und (4) dem nach einer vorübergehenden Beendigung des Konsums möglichen Rückfallgeschehens herangezogen werden.

Erkenntnisse, die mögliche Ursachen für eine Sucht beinhalten, prägen das wissenschaftliche Verständnis der Sucht und induzieren Aussagen zur Suchtvorbeugung (Risikofaktoren, Präventionsmöglichkeiten), sowie der Ursachenbekämpfung. Dazu gehören vor allem die unten angeführten Persönlichkeitstheorien (3.1.2.), die genetischen Studien (3.1.3.) und die soziologischen Modelle zur Sucht (3.1.8). Die Erklärungsmodelle, die die Ursachen, aber auch die Gründe für eine Aufrechterhaltung der Sucht thematisieren, konzentrieren sich stärker auf die Verlaufsform und die einzelnen Stadien einer Suchtentwicklung und wenden sich damit diagnostischen Kriterien und Behandlungsvorschlägen zu. Hier sind vor allem die verhaltensanalytischen (3.1.4.) und neurobiologischen (3.1.6.) Modelle zu benennen.

Abbildung 3. soll einen Überblick zu den Phasen der Sucht und ihren Erklärungsansätzen geben, bevor auf die einzelnen Suchttheorien genauer eingegangen wird.

Abbildung 3. Erklärungen und Einflußfaktoren des Konsumverhaltens und unterschiedlicher Phasen einer Sucht

Phasen	Einfluß auf das Konsumverhalten	Eintritt in eine Suchtentwicklung	Aufrechterhaltung /Verlauf	Rückfall
Erklärungen				
Soziale, psychische Faktoren	Angebot der Droge Zugangsbarrieren, Konsumbedingungen normative Bewertung von Drogen Streß Peer-Effekt Persönlichkeit Psychische Voraussetzungen	Verfügbarkeit der Droge Peer-Effekte Streß Kognitive Erwartungseffekte Situative Bedingungen Psychische Labilität Sensation-Seeking	Soziales Umfeld Reaktionen auf die Sucht Etikettierung der Süchtigen Psychische Situation Falsche Ursachenzuschreibung von Süchtigen Reward Dependency	Verfügbarkeit der Droge Soziales Umfeld Situative Bedingungen Streß, Streßmanagement
Biologische Faktoren, Lerntheorie	Genetische Dispositionen	Genetische Disposition Operante Konditionierung Belohnungslernen Sensitivierung	Positive Behavioural Reinforcement Craving Entzugssymptome Suchtkreislauf, (kognitive Automatismen) Suchtinduzierte Veränderungen im Gehirn	Craving, Cue-Reaktivität Suchtgedächtnis (Gedächtnisspur)

Abbildung 3. erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und gibt nur einen kurzen Überblick über die in diesem Kapitel vorgestellten Erklärungsmodelle zur Sucht. Wie man in dieser Abbildung erkennen kann, können sich unterschiedliche Erklärungen durchaus ergänzen.

3.1.1. Psychoanalytische Theorien zur Suchtentwicklung

Die Psychoanalyse, die im 19. Jahrhundert entwickelt wurde, ist zum einen aus historischen Gründen interessant und wird andererseits bis heute als eine mögliche Interpretation und Behandlungsform in der Therapiepraxis angewandt. Sie spielt aber vor allem auch innerhalb anthropologischer Interpretationen zur Sucht eine Rolle. In dieser Arbeit soll nur kurz und skizzenhaft auf das Grundverhältnis der Psychoanalyse zur Sucht eingegangen werden, da ihr durch die Ausrichtung der Arbeit im folgenden nur eine untergeordnete Rolle zukommt.

Die Gründung der Psychoanalyse fällt mit der Konzeptualisierung von "Sucht" als Krankheit zusammen, die vor allem im 19. Jahrhundert in Form der Alkoholsucht und Opiumsucht als solche wahrgenommen wurde. Zum anderen bietet die Psychoanalyse eine gegensätzliche Einstellung zu bestehenden Suchttheorien aus der Biologie und Pharmakologie. Anfang und Mitte des 20. Jahrhunderts wurden biomedizinische Vorstellungen über die Psyche von Psychoanalytikern als materialistisch-deterministische Sichtweise verworfen. Als Grund dafür ist die unterschiedliche Positionierung der Psychoanalytiker innerhalb der Leib-Seele-Diskussion zu nennen. Nach Krausz und Peter durchliefen die verschiedenen psychodynamischen Theorien zur Sucht eine Wandlung (Krausz, Peter 1999). Allen gemein ist, so Krausz und Peter, die Hypothese der schwer gestörten Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen, aus der sich dann psychologische, physiologische und soziale Folgen ergeben können. So wird die Aufmerksamkeit nicht auf die Gefahren des Suchtmittels selbst, sondern auf den Antrieb, sich dieses zu bedienen, gelenkt (Krausz, Peter 1999). In der Psychoanalyse scheinen zwei theoretische Ansätze eine übergeordnete Rolle zu spielen (1) die triebpsychologische Perspektive (Triebdynamik), die Sucht als Selbstheilungsversuch eines kranken Ichs (Ich-psychologische-Perspektive), (2) Objekt-psychoanalytische Modelle, bei denen das Suchtmittel einen Ersatz frühkindlicher Objekte bzw. Beziehungen darstellt.

Aus der triebpsychologischen Perspektive wird die Sucht als Ersatzbefriedigung, als Lustgewinn oder, in späteren Werken Freuds, als Unlustvermeidung angesehen. Die objekt-psychoanalytische Sichtweise betont dagegen den Einfluß von Beziehungskonstellationen auf die Suchtkranken. Aufgrund einer frühkindlichen Störung der Mutter-Kind-Beziehung soll eine Spaltung der Objekte in gute und böse Anteile und des Selbst einerseits, und eine Verschmelzung der Umwelt und des Selbst andererseits vorliegen, was mangelnde Autonomie und persistierende Abhängigkeit verursacht (Tretter 1998). Aufgrund dessen sind Beziehungsstörungen zwischen dem Selbst und der Umwelt vorhanden, so das eine Art Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt bestehen bleibt. Durch Zufuhr von Rauschmitteln gelingt es der Person, in diese gestörte Informationsverarbeitung und Regulation einzugreifen und die positiven Teile des Selbst anzuregen. Die Folge ist eine Verklärung des eigentlichen Selbst im Rauschzustand. Die Motivation zur Drogeneinnahme ist also das positiv erfahrene Selbst im Rausch. Diesem Ansatz entsprechen die in Kapitel 2. beschriebenen Definitionen von Sucht als: *ein Kreisprozeß aus Abhängigkeit und Unabhängigkeit, eine passive Selbstmanipulation oder eine Abkehr von der Realität.*

Sucht wird innerhalb der Psychoanalyse auch heute noch als sekundäres Problem gedeutet, dessen primäre Ursache auf ein anderes, tieferliegendes Problem verweist. Die Psychoanalyse hat in Bezug auf die Hypothese einer Persönlichkeitsstörung oder einer möglichen prämorbidem Persönlichkeit

Gemeinsamkeiten mit der Persönlichkeitsforschung innerhalb der bestehenden Suchttheorien.

3.1.2. Suchttheorien der Persönlichkeitspsychologie

In der empirischen Persönlichkeitsforschung wird nach grundlegenden Verhaltensdispositionen (Ursachenforschung) geforscht, die auch als Risikofaktoren für eine Suchtentwicklung gewertet werden können und daher auch in der suchtpreventiven Forschung auf Interesse stoßen. In klassischen psychiatrischen Lehrbüchern wird z.B. der Alkoholiker als willens- und charakterschwache Persönlichkeit beschrieben, der zu Ängstlichkeit, Hysterie und Labilität neigt (Tretter 1997). Im Freiburger Persönlichkeitsinventar sind Alkoholiker als leichter erregbar, gehemmt und kontaktscheu beschrieben (Küfner 1981). Suchtkranke unterscheiden sich der Persönlichkeitspsychologie zur Folge von nicht süchtigen Menschen durch Abweichungen des *normalen* Persönlichkeitsprofils. Es bleibt jedoch ungeklärt, ob sich diese Persönlichkeitstypen als Risikoprofile deuten lassen und prämorbid vor einer Suchtentwicklung vorhanden waren, oder ob sie postmorbid durch die Entwicklung der Sucht selbst entstanden sind.

Einige Studien in der Persönlichkeitspsychologie versuchen zu belegen, daß Suchtkranke schon vor Suchtbeginn über psychische Abnormalitäten verfügen und bereits durch Suizidversuche auffällig geworden sind. Der Ansatz der Persönlichkeitstheorie zeigt zudem eine Ähnlichkeit mit genetischen Studien zur Suchtentwicklung auf. Wie die Genetik sucht auch die empirische Persönlichkeitsforschung nach bestimmten Verhaltensmarkern und psychischen Eigenschaften, die mit einer späteren Suchtentwicklung korrelieren.

Die Studien von Cloninger kombinieren genetische Ergebnisse und persönlichkeitspsychologische Elemente miteinander. Cloninger unterscheidet verschiedene Temperament- und Charaktervariablen, die sich für eine Suchtentwicklung als relevant erweisen könnten (Cloninger 1993). Unter Temperamentvariablen versteht er affektive Unterschiede in der Reaktionsweise auf Anforderungen und Anreize der Umwelt, die, nach Cloninger, wiederum zu 50% von genetischen Faktoren bestimmt sind. Als Charaktervariablen gelten Wertvorstellungen, persönliche Ziele und Gewohnheiten, die Handlungsmöglichkeiten bestimmen helfen. Cloninger benennt unter anderem die Eigenschaften *novelty seeking*, *sensation seeking* als Persönlichkeitsvariablen, die eine Suchtentwicklung möglicherweise zugrunde liegen (Cloninger 1987). Dagegen, so Cloninger ist *reward dependency* vermutlich ein Faktor, der einer Beendigung von Suchtverhalten entgegen steht und die Wiederholung des Konsums fördert. Auch Smart psychologische Theorie benennt verschiedene Parameter, die der Autor als besondere Risikofaktoren für eine Suchtentwicklung interpretiert (Smart 1983a). Dazu gehören nach Smart leichte Erregbarkeit, psychopathische, oder soziopathische Züge, eine niedrige Frustrationstoleranz, eine schwache Ich-Funktion, schizoide Persönlichkeit und Depressionen. In der Medizin wird häufig auf bestimmte Typologien innerhalb von Diagnosen und Präventionsmaßnahmen zurückgegriffen. Diese Typologien, unterteilen eine Gruppe von als süchtig diagnostizierten Menschen aufgrund von Eigenschaften und Verhaltensmerkmalen in verschiedene Unterklassen (Typen)²³. Die Typologien können anhand von genetischen Merkmalen,

²³ Die bekannteste Typologie ist die Alkoholismus-Typologie von Jellinek (1960). Jellinek unterschied die noch nicht kranken α - und β -Alkoholiker von den als krank zu diagnostizierenden χ -, δ - und ϵ -Alkoholikern.

psychischen Eigenschaften oder aufgrund ähnlicher sozialer Umstände (z.B. Herkunft, Familienverhältnisse etc., Kindheit) entworfen werden (siehe soziologische Theorien). Typisierungen können insbesondere im klinischen Kontext auch auf das Konsumverhalten (wie z.B. bei Jellinek 1960) und die Verlaufsform einer Sucht Bezug nehmen.

Im Anschluß an die Persönlichkeitstheorie sollen aufgrund der Annahme einer Anfälligkeit bzw. einer möglichen Prädisposition für eine Suchtentwicklung die Untersuchungen und Ergebnisse der genetischen Suchtforschung betrachtet werden.

3.1.3. Genetische Studien

Die biologischen Theorien aus den letzten fünfzig Jahren zeigen, daß innerhalb der medizinisch-biologischen Forschung, vor allem im Bereich der Alkoholismusforschung verstärkt nach physischen Ursachen, oder Risikofaktoren für eine Sucht (vor allem Alkoholsucht) gesucht wurde. Die Forschung befaßte sich dabei vor allem am Anfang des 20. Jahrhunderts mit der Alkoholsucht, da andere Suchterkrankungen eine geringere Rolle spielten oder aber vernachlässigt wurden. Auch heute noch gilt die Alkoholsucht als Modellsucht. In der Molekularbiologie wird derzeit von genetischen Faktoren ausgegangen, die die Wahrscheinlichkeit einer späteren Suchtentwicklung erhöhen könnten. Für andere Suchterkrankungen, wie z.B. die Opioidsucht, liegen im Moment keine ausführlichen Studien vor. Auf eine Prädisposition von Alkoholismus ergaben sich bisher Hinweise aus:

- a. Familienstudien, Familienuntersuchungen mit genetischen Markern
- b. Adoptionsstudien
- c. Vergleichende Daten aus der Zwillingsforschung
- d. Genetische Tiermodelle (Inzuchtlinien, *Knock-Out-Tiere*)

Die vielleicht sorgfältigste High-Risk-Familienstudie stammt von Schuckit (Schuckit 1994). Schuckit konnte in dieser Studie zeigen, daß Söhne von Alkoholikern im Mittel eine höhere Toleranz und eine geringere Reaktion auf Alkohol bezüglich endokriner und toxischer Effekte aufweisen und die benannten Merkmale zudem bei Nachkommen von Alkoholikern als Risikofaktoren für eine spätere Alkoholismusedwicklung anzusehen sind.

In Zwillingsstudien konnte außerdem gezeigt werden, daß eineiige Zwillinge höhere Konkordanzraten für Alkoholabhängigkeit aufweisen als zweieiige Zwillinge. Maier folgert daraus, daß Zwillingsstudien einen starken, geschlechtsunabhängigen, genetischen Einfluß auf Alkoholkonsum, Alkoholabusus und Alkoholabhängigkeit belegen (Maier 1996). In Adoptionsstudien wurde deutlich, daß Kinder alkoholkranker Elternteile ein erhöhtes Risiko im Vergleich zu Kindern aus Familien ohne Alkoholprobleme aufweisen; dies trifft auch dann zu, wenn sie ohne Kontakt zu den betroffenen Elternteilen in einer Adoptivfamilie aufwachsen (Uchtenhagen, Zieglgänsenberger 2000). Zusätzliche Einflüsse aus der Umwelt, die dabei als *Trigger* auf das Konsumverhalten wirken können, werden dabei nicht bestritten, sondern als Ergänzung der genetischen Theorien verstanden.

In den Adoptivstudien von Cloninger betont dieser einzelne Persönlichkeitsfaktoren, die als bedeutende Variablen für Alkoholismus angegeben werden (Cloninger 1987). Die Bedeutung von Persönlichkeitsvariablen wurde bereits im Abschnitt zur Persönlichkeitspsychologie angesprochen. In der Genetik wird wiederum der Bezug zwischen Charaktervariablen und deren genetischen Basis hergestellt.

Assoziationsstudien mit Kandidatengenen, die als genetische Marker verwendet werden, können in Familienuntersuchungen und genetischen Tiermodellen angewandt werden. Dabei werden Gene (Kandidatengene), von denen vermutet wird, daß sie an der Vererbung von Alkoholismus beteiligt sein könnten, als genetische Marker verwendet. Kandidatengene codieren Proteine, die vermutlich an der zugrunde liegenden Pathophysiologie beteiligt sind. In der Assoziationsstudie wird dann geprüft, ob der genetische Marker in einer Stichprobe aus nicht verwandten erkrankten Personen häufiger auftritt als in der Allgemeinbevölkerung. Beim Alkoholismus hat man bisher vor allem Gene, die Proteine innerhalb des Alkoholmetabolismus codieren, als möglichen Ansatzpunkt gewählt (Maier 1996). Polymorphismen²⁴ an Genen, die beispielsweise Rezeptoren codieren, die die Alkoholwirkung im Gehirn vermitteln, sind weitere mögliche Kandidaten für intraindividuelle Unterschiede, die eine Prädisposition darstellen könnten. Offensichtlich bestehen für zahlreiche alkoholbezogene biologische Eigenschaften (Präferenz, Sensitivität und Toleranz) genetische Polymorphismen, die als Kandidatengene für eine Alkoholsucht in Frage kommen. Genetische Prädispositionen für einen Alkoholabusus lassen sich auch durch tierexperimentelle Anordnungen nachweisen. Durch die Etablierung von Inzuchtstämmen wurden Tiermodelle entwickelt, die weitere Einblicke in die Alkoholsucht zulassen. Die Tiere (meistens Mäuse und Ratten) mit unterschiedlichem Konsumverhalten werden einzelnen Gruppen zugeordnet; Kopulationen erfolgen nur innerhalb einer Gruppe. Wenn die ausgewählten "Extremgruppen" (hoher versus niedriger Konsum) in den nachfolgenden Generationen erhalten bleiben oder sich sogar verstärken, geht man von genetischen Einflüssen aus. Sollten sich die beiden Extremgruppen in ihrem Verhalten jedoch wieder aneinander angleichen, schließt man eine genetische Bedingtheit des Verhaltens weitgehend aus. In Tiermodellen konnten Mäusestämme gezüchtet werden, die eine signifikant höhere Menge an Alkohol konsumierten als ihre Vergleichsgruppe. Die Ergebnisse lassen sich möglicherweise auf eine unterschiedliche Streßanfälligkeit der Mäusestämme zurückführen. Eine andere mögliche Erklärung wäre eine *Unterfunktion des Belohnungssystems* (siehe 3.1.6.) oder aber eine verstärkte Sensitivierbarkeit für Alkohol. Nach Maier werden bei Ratten und Mäusen die Verhaltensdimensionen des Alkoholverbrauchs, bei unbegrenztem Vorrat des Alkohols, durch unterschiedliche Faktoren determiniert. Dabei, so Maier, beeinflussen unterschiedliche genetische Polymorphismen die verschiedenen Verhaltensdimensionen. Zu den Verhaltensdimensionen zählen die unterschiedliche Sensitivität für Alkohol, die Toxizität, die aversiven Effekte von Alkohol, der Metabolismus von Alkohol, die Toleranz gegenüber Alkoholeffekten und die Schwere der Entzugssymptomatik (Maier 1996).

Die genetischen Polymorphismen könnten unter Umständen auch als Grund dafür gedeutet werden, daß Alkoholiker auf unterschiedliche Pharmakotherapien und Behandlungsmethoden ansprechen und bieten damit auch eine Erklärung für die Variabilität²⁵ innerhalb der als süchtig diagnostizierten Gruppen (Typen) an.

²⁴ Existenz eines oder mehrerer Allele eines Gens an einem oder vielen Genloci, die einen unterscheidbaren Phänotyp aufweisen.

²⁵ Es sei erwähnt, daß es natürlich auch andere, z.B. soziale Unterschiede, gibt, die zu der Inhomogenität einer Gruppe von als süchtig klassifizierten Menschen beitragen.

Weitere Untersuchungsergebnisse stammen von Versuchen mit sogenannten *Knock-Out-Tieren*. Dabei handelt es sich um Mutanten, die spezifische Genprodukte nicht mehr herstellen können. Versuche mit Mutanten, die eine Unter- oder Überexpression von Genen aufweisen, geben dann Aufschluß über die Funktion von bereits lokalisierten und positionell klonierten Genen. Mit dieser Methode lassen sich die Auswirkungen von bestimmten Genfunktionen auf das Verhalten beobachten²⁶. So konnte Saudou zeigen, daß Mutantenstämme, denen der Serotoninrezeptor 5-HT_{1b} fehlte, signifikant höhere Mengen an Alkohol tranken, als die Kontrollgruppen (Saudou et al 1994). Dies unterstützt die These einer Beteiligung dieses Serotoninrezeptors an der Entwicklung einer Alkoholpräferenz. In den Studien von Matthes konnte durch ein *Knock-Out* von *oprm* gezeigt werden, daß dieses Gen eine bedeutende Rolle bei der Vermittlung der analgetischen Wirkungen des Morphins spielt (Matthes et al 1996). Crabbe berichtete auch von einer erhöhten Sensitivität gegenüber Alkohol, Metamphetaminen und Kokain bei einem *Knock-Out* der Dopamin D-4- Rezeptoren von Mäusen (Crabbe et al 1999).

Die verschiedenen Studien zeigen, daß einzelne genetisch bedingte Variationen für die alkoholrelevanten physiologischen und biochemischen Prozesse in einer Population existieren. Die Versuche lassen aber auch vermuten, daß viele unterschiedlich lokalisierte Gene an der Entwicklung einer Sucht beteiligt sind. Es scheint bisher noch unklar zu sein, ob es dabei genetische Dispositionen gibt, die stärkere Risikofaktoren darstellen als andere. Sicher ist jedoch, daß es kein einzelnes Gen für die Entwicklung einer Alkoholsucht gibt. Es handelt sich vielmehr um eine (Viel-)Zahl von Genen, die für unterschiedliche Merkmalsausprägungen und physiologische Mechanismen zuständig sind und sich auf das Konsumverhalten oder auf die physiologischen Reaktionen in Verbindung mit Drogenkonsum auswirken können. Dies trifft vermutlich auch auf andere Suchtformen, wie z.B. die Opioidsucht zu.

3.1.4. Verhaltensanalytische Theorien zur Suchtentwicklung:

Verhaltensanalytische Theorien, wie die der Lerntheorie oder der kognitiven Verhaltenstheorie werden häufig parallel oder ergänzend zu neurobiologischen und pharmakologischen Suchtheorien vorgestellt, sie bilden jedoch auch einen eigenständigen Ansatz in der Psychologie. In vielen biopsychologischen oder neurobiologischen Suchtvorstellungen werden biologische Ergebnisse und verhaltenstheoretische Theorien miteinander verknüpft, um einzelne Erklärungsansätze zu ergänzen oder *weiterzuentwickeln*²⁷.

a. Lerntheoretische Modellvorstellungen

Aus Sicht der Lerntheorie wird Drogenkonsum als erlerntes Verhalten betrachtet (*Behavioural Approach*). Zur Erklärung einer Suchtentwicklung wird deshalb auf die in der Lerntheorie begründeten klassischen und operanten

²⁶ Der Anwendung von Knock-outs und Überexpressionsstudien geht eine Lokalisation und Klonierung von Genen und chromosomalen Regionen voraus, von denen vermutet wird, daß sie am Suchtgeschehen beteiligt sind.

²⁷ Der Begriff der Weiterentwicklung wurde *schräg gedruckt* verwendet, da die Vorstellung einer möglichen Weiter- oder auch Höherentwicklung einer Theorie, eine vor allem in der Wissenschaftstheorie umstrittenes Konzept von Theoriebildung darstellt.

Konditionierungsmechanismen zurückgegriffen. Innerhalb des lerntheoretischen Ansatzes stehen vor allem Fragen nach der Motivation bzw. dem Anreiz für eine erworbene Verhaltensweise im Vordergrund ("*incentive learning*"). In der Lerntheorie werden zwei mögliche Lernmechanismen diskutiert, Lernen durch (a) positive oder (b) negative Verstärkung. Ältere Theorien gehen beim Erlernen einer Sucht von der Droge als negativen Verstärker aus, d.h. eine wiederholte Einnahme des Suchtmittels wird durch eine Vermeidung der aversiven Effekte in Entzugssituationen erklärt. Koob und Bloom beschreiben in diesem Zusammenhang die *opponent process theory of addiction*, die davon ausgeht, daß positive Effekte einer Droge den als aversiv empfundenen Entzugserscheinungen gegenüber gestellt werden und diese ablösen können (Koob, Bloom 1988).

Ähnlich erklärt auch die Zwei-Prozeß-Theorie von Solomon, ein negatives Feed-Forward-System (Birnbaumer, Schmidt, 1996) den Suchtprozeß²⁸. Zwei einander entgegen gesetzte Prozesse (positiver Drogeneffekt und das negativ empfundene Entzugssyndrom) werden addiert, wobei die Summe die Richtung und Stärke des Affekts bestimmt. Seit den 90er Jahren geht man jedoch davon aus, daß das erneute Herbeiführen der positiven, als belohnend empfundenen Wirkung, der eigentliche Grund einer erneuten Drogeneinnahme ist; dieser Mechanismus wird auch als *positive behavioural reinforcement* bezeichnet. Die Wiederholung der Einnahme wird hier durch die positiv vermittelnden Wirkungen der Droge erklärt.

Nach der *incentive psychomotor-stimulant-theory* ist eine unabhängig von den Entzugserscheinungen positive Erfahrung mit der Droge (positiver Verstärker- Effekt) die wesentliche Motivation für die Wiederholung der Drogeneinnahme (Wise, Bozarth 1987). Auch kontextbezogene Stimuli, die als sekundäre Verstärker eines Verhaltens fungieren können, sind positive Verstärker. So können zuvor neutrale Stimuli mit der Droge assoziiert werden und die Wiederholung eines bestimmten Verhaltens erzeugen. Als sekundäre Verstärker wirken dabei z.B. Umgebungsfaktoren. Erlernete Schlüsselreize sollen auch eine Erklärung für Rückfallverhalten anbieten, was auf die Existenz einer speziellen Gedächtnisspur von suchtrelevanten Reizen und Handlungsabläufen hindeutet. Die Wiederaufnahme süchtigen Verhaltens ist dabei eng an suchtmittelassoziierte Schlüsselreize gebunden (*Cue-Reaktivität*). Als Schlüsselreize dienen dabei z.B. der Anblick des Suchtmittels, bestimmte Suchtmittelerfahrungen, Stimmungen oder Gerüche. Die *Cue-Reaktivität* äußert sich in heftigen vegetativen Reaktionen oder in affektiv belegten, kognitiven Assoziationen bei Konfrontation mit Schlüsselreizen (Böning 2002, S. 279). Böning verweist beim Erlernen suchtrevanter Handlungsabläufe z.B. auf das Phänomen des *Primings* (Böning 2002, S. 277). *Priming* steht für erleichtertes Erinnern von ähnlich erlebten Situationen oder früher wahrgenommenen Reizmustern. Das *Priming* bedeutet, das kontextbezogen und vorbewußt ein Reiz- oder Sinneseindruck wiedererkannt bzw. erinnert wird, auch dann wenn der neue Reiz dem früheren lediglich ähnlich ist (Böning 2002). Das bedeutet, daß dem Schlüsselreiz ähnliche Reize die gleichen vegetativen und kognitiven Assoziationen auslösen können (Neuropsychologische Modelle).

Als ein Basismodell der Verhaltensanalyse kann das S-O-R- Modell von Kanfer und Saslow, angeführt werden (Kanfer, Saslow 1965). Sucht wird im S-O-R-Modell als ein Gefüge von situativer Bedingung (S), organischen Zuständen (O), Reaktionen (R), und Konsequenzen (K) beschreiben. Konsequenzen können als innere oder äußere Konsequenzen auftreten und positiv oder negativ wirken. Sind

²⁸ Auch die Lerntheorie benutzt die Systemtheorie bzw. die Kybernetik um Regelkreisläufe des Lernens darzustellen.

die positiven bzw. negativen Konsequenzen kontingent mit der Reaktion, dann tritt eine Verstärkung (positive Verstärkung) oder Bestrafung (negative Verstärkung) des Verhaltens auf. Parallel zum *Lernen durch Erfolg* wird Sucht auch als Imitation von Verhalten aufgefasst. Es wird angenommen, daß Kinder bereits von ihren Eltern lernen, warum und wann man Alkohol konsumiert. Sucht wird deshalb auch mit dem sozialen Prägungsverhalten assoziiert. Auf diesem Vergleich beruht wiederum die Vorstellung eines einmal erlernten und irreversiblen Suchtgedächtnisses²⁹. Die Annahme eines resistenten Suchtgedächtnisses stellt auch die Basis vieler therapeutischer Interventionen dar.

b. Kognitionspsychologische Theorien zur Suchtentwicklung:

Innerhalb der kognitiven Theorien zur Sucht wird vor allem die Intentionalität des Handelns analysiert; das bedeutet, daß die Rolle der Wahrnehmung und Bewertung von Situationen und Handlungen untersucht wird. Die kognitive Theorie konzentriert sich damit auf kognitive Faktoren, die mit dem Drogenkonsum in Verbindung stehen, wie z.B. den Erwartungseffekten sowie dem Konsumkontext (z.B. Party, Disco) oder eventuellen Konsumpartnern. So werden gerade mögliche Erwartungshaltungen einer Drogenwirkung mit den tatsächlichen Drogeneffekten in Beziehung zueinander gesetzt. Die Wirkungserwartung, die mit einer bestimmten Droge verknüpft wird, scheint eine wesentliche Voraussetzung für die nach dem Drogenkonsum eintretende und erlebte Wirkung darzustellen. So belegen Studien³⁰, daß alkoholfreies Bier, allein durch die erwartete Wirkung des Alkohols und des Geschmacks und der damit verbundenen Assoziationen zu subjektiv erlebten, rauschähnlichen Zuständen führen kann. Tiffany erklärt die Wiederholung der Substanzeinnahme z.B. durch ein Wechselspiel automatisierter und kontrollierter Handlungsschemata (Tiffany 1990). Einer seiner Grundannahmen besteht darin, daß bestimmte Verhaltenskomponenten durch eine Einübung dieser weitgehend automatisiert ablaufen. Im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum nennt er diese Automatismen *hochautomatisierte Skills*. Diese Art von Handlungen werden nach Tiffany dann ohne eine bewußte Handlungsentscheidung umgesetzt (Tiffany 1990). Ein Ziel dieses von Tiffany vorgeschlagenen Ansatzes liegt in der Bewußtmachung von Automatismen und in einer bewußten Unterbrechung der so automatisierten Prozesse.

Andere der Kognitionstheorie zugehörige Suchterklärungen betonen dagegen die Bewertung des Konsums durch die Betroffenen und verweisen auf die Bedeutung einer "falschen" Ursachenzuschreibung. Unter einer falschen Ursachenzuschreibung versteht man, daß die an den Konsum geknüpften Folgen nicht auf den Konsum selbst, sondern auf andere Faktoren oder Personen zurückgeführt werden (z.B. auf ungerechte Behandlung, Arbeitsplatzverlust, Mittrinkzwang, Streß). Durch die falsche Ursachenzuschreibung besteht kein Anlaß zur Beendigung des Konsumverhaltens.

²⁹ Auf der Grundlage des Prägungslernens von Sucht basiert die noch in der klinischen Prüfung befindliche kausale Rückprägungstherapie von Wolffgramm und Heyne (Wolffgramm 2000). Voraussetzung dieser Therapie ist die Vorstellung, daß sich eine Sucht unter Beteiligung von ausgeschütteten Streßhormonen entwickelt, d.h. eine Assoziation von aversiven Corticoiden mit der belohnungsvermittelnden Droge wird hergestellt. Süchtige Menschen haben demnach gelernt Streß mit "künstlicher Belohnung" zu beantworten. Sie prägen sich dieses Antwortverhalten über diverse Lernprozesse anscheinend extrem gut ein.

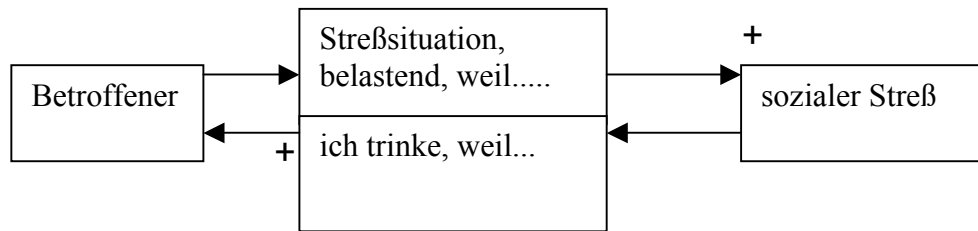
³⁰ Der "Erwartungseffekt" konnte zeigen, daß Teenager, die ohne ihr Wissen alkoholfreies, statt alkoholhaltiges Bier tranken, allein aufgrund des Erwartungseffektes einer bevorstehenden Wirkung diese Wirkung auch verspürten, motorische Störungen aufwiesen und sich beschwipst fühlten.

Der Konsument entwickelt dabei eine falsche Attribution, die erst bei Einsicht und der Übernahme von Eigenverantwortlichkeit durch geeignete Therapiekonzepte verändert werden könnte. Während hier bereits auf eine mögliche Therapieform verwiesen wird, versucht Marlatt die Wahrscheinlichkeit, wieder „zur Droge zu greifen“, zu bestimmen. Die Prognose ist, so Marlatt, an verschiedene Faktoren gebunden (Marlatt in: Feuerlein 1989). Zu den Faktoren zählen (a.) Streßbelastung, (b.) Wahrnehmung der persönlichen Fähigkeit zur Kontrolle oder Kompetenz, (c.) Mangel an anderen Bewältigungsstrategien und (d.) Angebot der Droge und bestehenden sozialen Konsummuster.

3.1.5. Eine systemtheoretische Ansicht zur Sucht

Die Systemtheorie wird nur im Kontext einer systemtheoretischen Perspektive der Sucht, in Anlehnung an Tretter kurz skizziert, da sie im Rahmen dieser Arbeit nur im Zusammenhang mit der Familientherapie und dem Akzeptanzmodell (Kapitel 5. und 6.) zur Sucht (siehe Kapitel 5.) eine Rolle spielen wird (Tretter 1998). Die Systemtheorie begreift Sucht als ein sich selbst erzeugendes System und unterliegt einer zirkulären Prozeßdynamik. Die Systemtheorie geht auf die Kybernetik und die Systemwissenschaft zurück und wurde von Nikolas Luhmann in seiner Theorie sozialer System auch auf die Sozialwissenschaften angewandt. Die Weite des Gegenstandsbereiches erlaubt es, so Tretter daß beinah alles, was gegliedert ist, sogar mehrfach als System konzeptualisiert werden kann (Tretter 1998, S. 42). So läßt sich gerade der Gegenstand der Familie als Handlungssystem, als Personensystem oder als Rollensystem verstehen. Auch der Mensch selbst bildet ein eigenes System. *"Unter System versteht man ein Gefüge von Elementen oder die Menge der Elemente und die Menge der Relationen zwischen diesen Elementen"* (Tretter 1998, S.55). In der Systemtherapie werden die Systemzusammenhänge und die Interaktionen zwischen Systemen betrachtet. Damit steht also gerade die Betrachtung von Wechselwirkungen zwischen den Elementen im Vordergrund. Die Systeme lassen sich als Regelkreisläufe darstellen, die durch ihre Input- und Outputgrößen bestimmt sind; das kybernetische Modell wird gerade auch in der Neurobiologie zur Erklärung und Vorhersage von Systemeigenschaften und Systemoutput herangezogen und über negative Rückkoppelungsschleifen (negative Verstärkungsmechanismen) dargestellt. Die Definition von Sucht als "Teufelskreislauf" oder Kreisprozeß deutet bereits auf die mögliche Anwendung der Systemtherapie auf das dynamische Phänomen der Sucht hin. Die Sucht wird dabei aber auch als ein aus der Kontrolle geratenes System begriffen, das über sich selbst verstärkende Mechanismen ständig anwächst und aus dem Gleichgewicht gerät. Gesundheit oder nichtsüchtiges Verhalten wäre hier also gleichzusetzen mit ein im Gleichgewicht befindlichen Konsumverhalten; Sucht dagegen mit einem aus dem Gleichgewicht geratenen System.

Tretter versteht Sucht deshalb als Ungleichgewicht von verhaltensverstärkenden und verhaltensdämpfenden Wirkungskreisläufen (Tretter 1998, S. 146). Für Küfner läßt sich Sucht als Komplex aus verschiedenen Teilkreisläufen bestimmen, einem psychischen, einem somatischen und einem sozialen Kreislauf der Sucht (Küfner 1981). Den *sozialen Teufelskreis* der Sucht stellt Tretter folgendermaßen dar.



"Je mehr Stress auftritt, desto mehr wird getrunken; je mehr getrunken wird, desto mehr Stress entsteht" (Tretter 1998, S. 149).

Andererseits bietet gerade die systemtheoretische Sicht des Familiengefüges oder des sozialen Umfeldes (Mikrosystem) ein Modell an, Wechselwirkungen und Einflüsse auf Dritte bzw. von Dritten zu betrachten. Damit kann gerade die Systemtheorie eine mögliche Sichtweise anbieten, Sucht nicht nur als individuelles Problem, sondern als dynamisches Phänomen innerhalb und zwischen verschiedenen Systemen (System Mensch; System: soziales Umfeld; und Makrosystem: Gesellschaft) zu verstehen. Die Systemtheorie bezieht sich somit auf die Wechselwirkungen zwischen Individuum, Droge und Umwelt.

Da in dieser Arbeit gerade auch Wechselwirkungen zwischen Disziplinen einzelner Wissenschaftsbereiche, der Gesellschaft und den betroffenen Individuen betrachtet werden, stellt die Systemtheorie eine interessante Eingangsperspektive dar. Allerdings kann diese Perspektive auch dazu führen, daß das Problem aufgrund der stark mathematisch-schematischen Ausrichtung der Systemtheorie zu abstrakt und praxisfern wirkt. Systemtheoretische Zusammenhänge werden auch in der neurobiologischen Suchtbetrachtung in Form von physiologischen Regelkreisläufen (Biokybernetik) aufgegriffen und bilden die Grundlage von Theorien zur Aufrechterhaltung des *Suchtkreislaufes*.

3.1.6. Neurobiologische Theorien zur Sucht

Neurobiologische Theorien beschreiben nach Rist und Watzl "*funktionale und strukturelle Veränderungen zentralnervöser Regelsysteme, die mit einer Suchtentwicklung einhergehen; während psychologische Theorien versuchen, unter Berücksichtigung neurobiologischer Funktionsabläufe die Umsetzung kollektiver Regelmechanismen in Risikobedingungen für die Entwicklung süchtigen Verhaltens verständlich zu machen*" (Rist 1999, S. 39). Die Definition von Rist und Watzl greift damit auch auf den Systembegriff und die eben erwähnte Biokybernetik zurück.

Bei der neurobiologischen Beschreibung von Suchtmechanismen finden im allgemeinen drei Merkmale der Sucht eine besondere Berücksichtigung. Snyder (1989) spricht sogar von der *biologischen Triade* einer Suchtentwicklung. Es handelt sich dabei um (a.) die Toleranzentwicklung, (b.) die für jede Drogenart charakteristischen psychischen und teilweise physischen (z.B. bei Alkohol und Heroin) Entzugssyndrome und (c.) das starke Verlangen (*Craving*), das Drogenkonsum zu begleiten scheint und auch für das Rückfallrisiko verantwortlich gemacht wird. Untersucht werden im einzelnen die möglichen Angriffspunkte der Drogen im Gehirn, das damit in Verbindung stehende Verhalten sowie medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten zur Abschwächung der Symptome und der Rückfallhäufigkeit.

a. Zur Suchtentwicklung

In den neurobiologischen Modellen werden Faktoren für die Entwicklung einer Sucht und Faktoren für die Aufrechterhaltung dieser unterschieden, da vermutet wird, daß dem Beginn und der Aufrechterhaltung einer Sucht unterschiedliche neuronale Mechanismen zugrunde liegen. Beim Übergang zwischen kontrolliertem Konsum und Suchtbeginn wird ein hypothetischer Punkt angenommen, der *point of no return*, der überschritten werden muß, um eine Suchtentwicklung zu initiieren. Nach Wolffgramm sind bezüglich des hypothetischen Zeitpunktes mehrere Möglichkeiten denkbar: (a) es gibt einen schleichenden Übergang, (b) spontanes und plötzliches Umspringen oder (c) ein durch Außenreize getriggertes Umspringen von einem Stadium in das andere (Wolffgramm 1996).

In biologischen Studien und Fachbüchern wird, wie bereits erwähnt, anstelle der Sucht häufig der Begriff der Abhängigkeit benutzt. Die Substanzabhängigkeit wird als psychische und als physische Abhängigkeit in Form eines Entzugssyndroms, das jedoch nicht bei allen Drogen entstehen muß, sowie einer Toleranzentwicklung beschrieben. Zu den physischen Entzugserscheinungen zählt man die körperlichen Reaktionen nach Absetzen der Substanz. Zu diesen gehören beispielsweise Schwitzen, Fieber, Kälteschauer, Juckreiz, Übelkeit, Schlafstörungen, Magen-Darm-Probleme etc. Die physischen Begleiterscheinungen lassen sich vor allem bei Alkohol- und Heroinentzug finden und können durch entsprechende Medikamente gemildert werden. Unter psychischen Entzugserscheinungen versteht man beispielsweise Angsterscheinungen, Depressionen, und Dysphorie. Die psychische Abhängigkeit stellt das eigentliche und bisher "ungelöste Problem" dar. In den einschlägigen Lehrbüchern werden das *Craving* (Drogenhunger) und der sogenannte Kontrollverlust nach Substanzkonsum den psychischen Begleiterscheinungen einer Sucht zugeordnet. Unter Craving versteht man in der wissenschaftlichen Literatur ein starkes Bedürfnis oder Verlangen nach der Droge, die zu einer Fokussierung auf die Beschaffung und Einnahme der Droge führen kann. Daher auch die Bezeichnung des "zwanghaften Konsums der Droge". Innerhalb einer Krankheitsdefinition wird dieses Verlangen als nicht mehr, oder kaum kontrollierbar eingestuft. Bornemann und Freye schreiben zu den Entzugssymptomen bei einer Heroinsucht:

"Da die Drogensucht auf überwiegend neurohormonellen und willentlich kaum zu kontrollierenden Grundlagen basiert [...] wird die Drogenabhängigkeit als neuroendokrinologische Erkrankung akzeptiert" (Bornemann, Freye 1998, B.4.5.4.).

Die Annahme des *Cravings* spielt nicht nur innerhalb eines Suchtkonzeptes der Biologie eine bedeutende Rolle, sondern hat auch medizinische und soziale Konsequenzen, die am Ende des Kapitels gesondert betrachtet werden sollen.

Unter Toleranz versteht man die Verschiebung der Dosis-Wirkungskurve nach wiederholter Substanzeinnahme, d.h. eine erhöhte Dosis ist notwendig, um die gleiche Wirkung einer Droge zu erzielen. Dabei wird eine pharmakokinetische Toleranz, die durch eine Abbaubeschleunigung der Drogen im Körper zustande kommt, von der zellulären Toleranz unterschieden, die auf einen Anpassungsmechanismus der Nervenzellen im Gehirn zurückgeführt wird. Es wird angenommen, daß solche physiologischen und zellulären Anpassungsmechanismen einer Suchtentwicklung zugrunde liegen. Lern- und Gedächtnisprozesse werden dabei sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Aufrechterhaltung einer Sucht als wichtig erachtet (Böning 1992; 1994; 2002; siehe auch 3.1.4.).

Als weiterer wesentlicher Aspekt einer Suchtentwicklung benennen Robinson und Berridge das Phänomen der Sensitivierung (*behavioural sensitization*). Darunter versteht man die Beobachtung, daß nach wiederholter Applikation einer Droge qualitative, aber auch quantitative Veränderungen einzelner Drogenwirkungen beobachtet werden können (Robinson, Berridge 1993). Die Sensitivierung spielt für eine Suchtentwicklung eine Bedeutung, da die wiederholte Einnahme von psychoaktiven Substanzen zu einer Sensitivierung des Belohnungssystems (siehe unten) führen kann, das bedeutet, daß die Einnahme der Substanz einen größeren Verstärkungseffekt hat. Man vermutet, daß durch eine Reihe von spezifischen Adaptionsmechanismen im Dopaminsystem³¹ eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber der Substanz erzeugt wird. Diese *Überempfindlichkeit* wird auch als möglicher Grund für das Verlangen (*Craving*) oder *Wanting* der Droge und damit für einen möglichen Rückfall vorgebracht.

b. Das Belohnungssystem

Dem Belohnungssystem, auch *Reward-System* genannt, kommt innerhalb der biologischen Erklärung von Sucht eine besondere Bedeutung zu. Das Belohnungssystem gilt in den biologischen Suchtmodellen als grundlegendes Erklärungskonzept. Da es als Angriffspunkt aller psychoaktiven Substanzen gehandelt wird, stellt die Wirkung auf das Belohnungssystem scheinbar eines der wenigen gemeinsamen Merkmale von psychoaktiven Substanzen dar. Die Existenz eines solchen neuronalen Systems, das als "belohnungsvermittelnde" Instanz wirkt, bildet die Grundannahme vieler biologischer Hypothesen zu einer möglichen Suchtentwicklung. Das Prinzip ist einfach ausgedrückt "Lernen durch Belohnung". Ein solches Belohnungssystem erscheint biologisch sinnvoll, da bestimmte Verhaltensweisen, die zum Überleben des Individuums notwendig sind (Nahrungsaufnahme, Reproduktion etc.), bei Ausübung mit angenehmen Empfindungen gekoppelt werden und die Wahrscheinlichkeit hoch ist, daß das Individuum diese Verhaltensweisen wiederholen wird. In neurobiologischen Ansätzen zur Suchtforschung wird davon ausgegangen, daß Drogen aufgrund einer Interaktion mit dem Belohnungssystem, eine positiv verstärkende und inzentive Wirkung vermitteln und deshalb wiederholt eingenommen werden.

Olds und Millner (1954) konnten im Tierversuch zeigen, daß bei elektrischer Stimulation mit einer Elektrode im lateralen Hypothalamus einer Ratte eine ganz spezifische Verhaltensreaktion erzeugt werden konnte. Ratten führten sich in einer "Skinner-Box" (operante Konditionierungsanordnung) selbst über einen Hebel schwache Stromstöße zu, wenn die Elektroden in dieser Hirnregionen angesetzt wurden; sie wiederholten das Verhalten bis zu 700 Mal pro Stunde und vernachlässigten dabei sogar die Wasser und Nahrungsaufnahme. Olds und Millner nahmen an, daß die Versuchsanordnung dabei stark "belohnend" wirken muß, um einen solchen Wiederholungseffekt beim Tier erzeugen zu können; sie nannten diese Hirnregion deshalb das *Pleasure Center*.

Infolge untersuchten eine ganze Reihe von Wissenschaftlern das von Olds und Millner gefundene *Pleasure Center* und stellten fest, das dieses nicht nur auf den lateralen Hypothalamus beschränkt sein kann, sondern ein ganzes *Pleasure-System* beinhalten muß. Die direkte oder indirekte Wirkung von Drogen auf dieses Systems scheint das einzige gemeinsame Merkmal der oft chemisch sehr unterschiedlich

³¹ Z.B. durch eine Veränderung der Rezeptorzahl für Dopamin, verlangsamer Transmitterücktransport oder ähnliches.

strukturierten psychoaktiven Substanzen zu sein. Als neuronales Korrelat für das Belohnungssystem wird das mesocorticolimbische System im ZNS (MCL-System) angegeben. Das MCL-System und der Transmitter Dopamin sind vermutlich an der Vermittlung von Lernprozessen, emotionalen Prozessen und motorischer Aktivitäten beteiligt. Nach Julien besteht das MCL-System, aus der Area tegmentalis ventralis im Mittelhirn, dem Hippocampus, dem frontalen Cortex und dem nucleus accumbens, auch *reward circuit* genannt (Julien 1997). Koob spricht auch von einem System, das als Modulator und als Instanz zur Filterung und Kanalisierung von Signalen dient, die aus dem limbischen System kommen, und damit biologische Antriebe und Motivationsvariablen transportiert. Diese Signale könnten dann über den *Output* des extrapyramidalen Systems in motorische Handlungen übersetzt werden. Koob vermutet, daß der Neurotransmitter Dopamin ein Verbindungsglied für jede Art belohnungswirksamer Stimuli ist. Das Dopaminsystem fungiert nach dieser Theorie als Lernsignal beim Erwerb eines bestimmten Konsummusters und nimmt damit eine motivationale Rolle ein (Koob 1992).

Deutsch spricht statt von einem Belohnungseffekt oder einer Lustempfindung von Begriffen wie Antrieb oder inzentiven Wert, die das Tier zur Wiederholung eines bestimmten Verhaltens anregt. Deutsch nennt das Belohnungssystem deshalb auch Erwartungssystem, da er davon ausgeht, daß ein Tier die Wiederholung eines Verhaltens an eine bestimmte positive Erwartung (z.B. nach einer Belohnung) knüpft (Deutsch 1972). Die Begriffe der Erwartung bzw. der Vorbereitung auf eine Belohnung werden auch in kognitiven Verhaltenstheorien beschrieben (s.o.) Der belohnende und konsumatorische Effekt der Drogenwirkung scheint eine wesentliche Rolle bei der Aufrechterhaltung einer Sucht zu spielen.

c. Die Endogenen Opiate

Mit der Entdeckung der endogenen Opiaten (Endorphine) im Jahr 1975 stand das belohnungsvermittelnde System erneut im Zentrum der Betrachtung. Anfang der 70er Jahre befaßten sich mehrere Gruppen mit der Identifizierung der Bindungsstellen von Morphinen und Heroin. Mit dem Nachweis für spezifische Rezeptoren, die eine hohe Affinität für Heroin, aber auch für andere Alkaloide besitzen, untersuchte man die Möglichkeit von körpereigenen Substanzen, die zu diesen Rezeptoren passen könnten (Synder, 1989, Kosterlitz). Mit der Isolierung von kurzen Peptidketten entdeckte man tatsächlich *endogene Opiate*, die als Enkephaline sowie β -Endorphin bekannt wurden. Die körpereigenen Opiate sind vermutlich für die als angenehm, euphorisch, anxiolytisch oder belohnend wirkenden Empfindungen verantwortlich. Das endogene System kommt dem Körper bei der Streß- und Schmerzbewältigung zur Hilfe und hat damit protektiven Charakter. Exogene Opiate, aber auch andere psychotrope Substanzen scheinen mit diesem System, d.h. mit den Rezeptoren für die endogenen Opiate zu interagieren. Nach Schippenberg und Kubik besteht eine Verbindung zwischen dem endogenen Opiatsystem und dem mesolimbischen Dopamin-System, durch Opiatrezeptoren, die auf oder proximal zu den Dopamin-Zellkörpern lokalisiert sind (Schippenberg, Kubik 1991). Das mesolimbische Dopamin-System steht demnach in funktioneller Verbindung mit dem koexistierenden Opioidsystem im Bereich des ventralen Tegmentum, dem lateralen Hypothalamus und dem Nucleus accumbens (Topel 1990). Verallgemeinernd merkt Wolffgramm an, daß alle Substanzen, die eine

verstärkte Ausschüttung von Dopamin im Nucleus accumbens vermitteln, belohnend wirken und damit als potentiell suchterzeugend gelten können (Wolffgramm 1996).

d. Hypothesen zur Aufrechterhaltung der Sucht

Als Ursache einer Abhängigkeitsentwicklung und der Aufrechterhaltung der Sucht werden verschiedene Hypothesen diskutiert. Di Chiara bezeichnet die Drogenabhängigkeit als ein *dopamin dependent associative learning disorder*, bei der die Assoziation von der exogenen Droge mit dem internen Belohnungsgefühl als eine Art von *ungeeignetem* oder *fehlgereinigtem Lernen* verstanden wird (Di Chiara in: Spanagel und Weiss 1999).

Als Ursachen der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Alkoholsucht (nicht einer Sucht im allgemeinen) lassen sich nach Rommelspacher folgende Hypothesen zusammenfassen:

- **Die Opioidkompensationshypothese**

Diese geht auf die Beobachtung zurück, daß Alkoholabhängige eine niedrigere Konzentration an endogenen Opiaten aufweisen. Da die Aufnahme von Alkohol, aber auch von exogenen Opiaten (z.B. Heroin), zu einer Ausschüttung von körpereigenen Opiaten und im Fall der exogenen Opiate zur imitierten Belohnungswirkung führen, nimmt man an, daß Alkohol wie auch die Opiate ein angeborenes oder erworbenes Defizit von endogenen Opiaten ausgleichen können und eine Substanzaufnahme die vorhandene Dysphorie aufheben hilft.

- **Spannungsabbau-Hypothese**

In Stresssituationen (Stresskonzept) nehmen Ratten im Tierversuch signifikant mehr Alkohol zu sich als in entspannten Situationen. Eine Folgerung wäre, daß die eigene Endorphinwirkung bei Stress durch zusätzliche Substanzen unterstützt wird, und daß Stress ein Verlangen nach belohnungsvermittelnden und beruhigenden Substanzen auslöst.

- **Die Opioidempfindlichkeit-gegenüber-Alkohol-Hypothese**

Der Ausgangspunkt dieser Hypothese ist die im Tiermodell entstandene Beobachtung, daß Mäuse mit einer Alkoholpräferenz auf Alkohol mit einer höheren und länger anhaltenden β -Endorphinausschüttung reagieren als die Kontrollmäuse. Es wird nun vermutet, daß diese Mäuse eine erhöhte Präferenz für Alkohol entwickelt haben, da sie ein höheres Maß an Belohnung mittels β -Endorphinen erhalten als die Kontrollmäuse (Rommelspacher 1999).

Einige dieser Hypothesen könnten, in leicht abgeänderter Form auch für andere Suchtformen, wie z.B. die Heroinsucht, zutreffen. Die Annahme einer allgemeinen und universellen Suchterklärung ist jedoch umstritten.

Das Phänomen des Cravings scheint eine wichtige Rolle innerhalb der Aufrechterhaltung einer Suchtentwicklung und beim Rückfallgeschehen zu spielen (siehe Hypothesen oben). Es wird als entscheidende Variable für einen Rückfall und dem Scheitern einer Entzugsbehandlung diskutiert. Die dem Craving zugrundeliegenden Mechanismen werden im nächsten Abschnitt ausführlicher betrachtet.

3.1.7. Craving als Erklärungsprinzip

Marlatt formuliert die Bedeutung des *Cravings* für das Suchtverständnis in folgender Weise:

"[...] Craving is an emotionally charged word. It seems to capture the essence of addiction in terms of its irresistible, compulsive, and anticipatory qualities"(Marlatt 1987, S. 42)

Craving wird in der deutschen Umgangssprache mit *unstillbarem Verlangen*, *Drogenhunger*, *Gier* oder einem *zwanghaften Verlangen* übersetzt. In wissenschaftlichen Publikationen finden sich auch Begriffe wie Wunsch, Präferenz oder Lust auf eine Droge. Die WHO hat den Begriff des *Cravings* in den 50er Jahren zunächst zugunsten der physischen und psychischen Abhängigkeit verworfen. Aufgrund der Relevanz des Craving-Begriffes in der klinischen Praxis und für die Rückfallforschung versuchte man in den 90er Jahren eine neue und konsensfähige Konzeptualisierung des „Drogenhungers“ zu finden (Bender 1995). Die WHO legte in Folge eine Definition vor, die *Craving* als ein Verlangen nach einer psychotropen Substanz beschreibt, das aufgrund von früheren Erfahrungen den Wunsch erzeugt, die Substanz erneut erleben zu wollen. Heute wird das *Craving* im klinischen Kontext als Merkmal für eine Abhängigkeit³², als Größe für die Stärke der Abhängigkeit und als Variable für die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles (d.h. als Risikofaktor) benutzt. Trotz dieser Definitionsversuche ist es bisher nicht gelungen, eine einheitliche Zuordnung der subjektiven "Gier" nach psychoaktiven Substanzen zu finden. Bei der Beschreibung des *Cravings* stehen, für Wetterling und Mitarbeiter entweder psychologische oder physiologische Komponenten im Vordergrund (Wetterling et al 1996). Glassmann et al betont vor allem die psychischen Aspekte des *Cravings*.

"The most consistent withdrawal symptom is craving, by which we mean a preoccupation with thoughts about, or an urge for, the habituating substance, not necessarily associated with any physical distress" (Glassmann et al 1984, S. 864).

Aufgrund der unterschiedlichen Verwendung des Begriffes benennt Wetterling verschiedene Bedeutungen des *Cravings*, die seiner Meinung nach zu den jeweiligen Modellvorstellungen der Suchtgenese passen (Wetterling 1998). Innerhalb des Konditionierungsmodells der Sucht erklärt sich Craving als konditionierte Reaktion auf bestimmte im Kontext mit dem Suchtmittelkonsum erlernte Reize (z.B. Umgebungsreize), beim Spannungsreduktionsmodell (wie von Rommelspacher in 3.1.5. e. beschrieben) wird laut Wetterling von einer Differenz zwischen einem unangenehmen Zustand und dem Normalzustand ausgegangen, die sich in der subjektiven Wahrnehmung eines unwiderstehlichen Verlangens äußern kann. Auch Lesh unterscheidet verschiedene Subtypen oder Varianten des *Cravings*:

³² Im DSM-IV ist Craving (Verlangen) als ein Entzugssymptom angegeben (nach Kozlowski, Wilkinson 1987). Auch ein "ständiger Wunsch" bzw. die "Fokussierung auf die Droge" wird im DSM-IV als Abhängigkeitskriterium zur Diagnosenstellung einer Abhängigkeitserkrankung angegeben.

- das biologische *Craving*, das sich auf den physiologischen Entzugssyndromen begründet
- das psychologische *Craving*
- soziales *Craving*: soziale Variablen, wie z.B. Trinkzwang (Peer-Effekt, Trinkrituale) in bestimmten Situationen, führen dazu, daß süchtige Menschen *nicht widerstehen* können (Lesh et al. 1992).

Eine Zuordnung des *Cravings* zu einem physischen Entzugssyndrom³³ wird durch einen vermuteten Zusammenhang zwischen zellulären Adaptionprozessen und der Gier nach mehr Drogen begründet. Demnach wäre das *Craving* der bewußt gewordene Ausdruck (Resultat) von physiologischen Prozessen im Entzug (nach Beendigung des Drogenkonsums).

Nach einer Interpretation von Littleton handelt es sich beim Alkoholcraving um einen *konditionierten Pseudoentzug*, der in Analogie zum Modell des *tatsächlichen Entzuges* (Entzugssyndrom) steht (Littleton 1995). Das Modell von Littleton beruht auf dem Prinzip der klassischen Konditionierung. Die Konditionierung soll durch die Assoziation von Alkohol bzw. dessen Wirkung mit verschiedenen, ursprünglich neutralen Stimuli (z.B. bestimmtes *Setting* in der Kneipe etc.) entstehen. Die Wirkung des Alkohols, nämlich der Belohnungseffekt (Belohnungssystem), wird mit diesen ursprünglich als neutrale Umgebungsfaktoren wahrgenommenen Stimuli in Verbindung gebracht. Das Belohnungssystem kann nach der Theorie von Littleton bereits dann schon aktiviert werden, wenn der Stimulus allein, also ohne Alkoholeinnahme, auftritt. Auf den erlernten Stimulus erfolgt dann die bereits erwähnte Vorbereitungsphase des ZNS, d.h. die kurzfristigen Adaptionen auf zellulärer Ebene, die den erwarteten (Erwartungseffekt) Alkoholkonsum kompensieren können³⁴. Littleton folgert daraus, daß bei Nichtzuführen des Alkohols aufgrund dieser kurzfristigen Adaptionsprozesse ein, wie er es nennt, *Pseudoentzugssyndrom* entsteht, das zu negativen Empfindungen führt. Die so entstandene Dysphorie könnte den Alkoholiker dazu veranlassen, erneut Alkohol aufzunehmen und eine Art von Gegenregulation einzuleiten; das bedeutet letztlich, dem Körper die Substanz zuführen zu wollen, auf die er sich bereits physiologisch eingestellt hat.

Doch warum holt die Erfahrung des Drogenverlangens auch ehemals Drogenabhängige wieder ein, obwohl sie monatelang abstinent leben konnten? Genau diese Gefahr des Rückfalls macht die Sucht, laut Definition, schließlich zu einer chronischen und damit im therapeutischen Sinne zwar behandelbaren, aber nicht heilbaren Krankheit. Somoza postuliert eine klare Unterscheidbarkeit zwischen Entzugssymptomen und dem Verlangen nach Drogen (Somoza 1995). *Craving* wird damit bei Somoza zu einem eigenständigen Phänomen. Am *National Institute on Drug Abuse* (NIDA)³⁵ in den USA wurde vor kurzem versucht, *Craving* durch die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) zu visualisieren. Den Probanden wurden Videos mit drogenrelevanten Reizen und Drogenkonsumritualen vorgespielt. Die Ergebnisse der NIDA zeigen, daß es in bestimmten Hirnregionen zu einer verstärkten Stoffwechselaktivität der Probanden während des *Cravings* kommt. Bei den während

³³ Kozlowski und Wilkinson erwähnen die Vereinbarungen der WHO in den 60er Jahren, in denen man sich darauf einigte, *Craving* als "*physically based, rather than psychological based drug seeking behaviour*" anzusehen (Kozlowski, Wilkinson 1987, S. 32).

³⁴ Dies entspricht dem in der Kognitionspsychologie bereits angesprochenen "Erwartungseffekt" auf die Droge bzw. deren Wirkung. Die Adaptionprozesse wurden bereits im Zusammenhang mit den zellulären Toleranz vorgestellt.

³⁵ Die Studie ist abrufbar unter www.nida.nih.gov

des *Cravings* aktivierten Gehirnregionen handelt es sich um den dorsolateralen prefrontalen Cortex, die Amygdala und das Cerebellum. Die NIDA geht davon aus, daß das psychologische Craving möglicherweise ein Ausdruck des Suchtgedächtnisses ist und mit der Reaktivierung von bestimmten Gedächtnisprozessen in engem Zusammenhang steht.

Ob sich *Craving* letztlich den physischen oder psychischen Entzugssymptomen unterordnen läßt oder ob es sich dabei um ein eigenständiges Phänomen handelt, bleibt nach einer Analyse der wissenschaftlichen Literatur weitgehend unklar. Die Konzeptualisierungsversuche des *Cravings* sind jedoch umstritten. Es gibt auch kritische Stimmen, die sich gegen die Nützlichkeit eines *Craving*konzeptes aussprechen, und die darin lediglich ein schwaches und veraltetes psychologisches Konstrukt sehen (z.B. bei Kassel und Shiffman 1992). Die polare Sichtweise zum Konzept des *Cravings* wird auch bei Bender thematisiert: *"Von den einen wird Craving als der entscheidende Faktor für eine Suchtentwicklung angesehen, für die anderen stellt es lediglich ein Epiphänomen oder hypothetisches Konstrukt dar, welches sich nicht für eine Diskussion auf wissenschaftlicher Ebene eignen kann"* (Bender 1995, Zeile 32-36).

Eine Problematik des Cravingkonzeptes verbirgt sich hinter der Gewinnung der Daten, die sich als rein subjektive Größe aus der klinischen Praxis den Vorwurf der *Unwissenschaftlichkeit* eingehandelt haben (z.B. bei Wise 1988³⁶). Die subjektive Zustandsbeschreibung eines Verlangens nach der Droge ist zuerst eine individuelle Erfahrung des süchtigen Menschen, die als Reflexion unterschiedlicher persönlicher Faktoren interpretiert werden kann, und zudem als kontextabhängig gilt. Für Tiffany sind subjektive und emotional-motivationale Faktoren die Grundlage fast aller Theorien über das Craving. Subjektiv im Sinne einer phänomenologischen Erfahrung eines Individuums und emotional, da die individuelle Erfahrung eine hedonistische Qualität aufweist und schließlich motivational, weil der subjektive Drang ein bestimmtes Verhalten (*drug-seeking*) auslöst (Tiffany 1990). Die Korrelation von intrapersonellen Aussagen mit verallgemeinerbaren biologischen Mechanismen hat eine Diskussion um die Nützlichkeit eines solchen Zusammenhangs und dessen Implikationen erzeugt.

Im Rahmen dieser Kritik stehen gerade auch die entsprechenden Erhebungsmethoden durch z.B. Fragebogentechniken und Interviews zur Disposition, die als nur eingeschränkt nützlich für die Forschung und Praxis betrachtet werden. Nach Wolfgramm werden Grundlagenforschungen zum *Craving* zudem dadurch erschwert, daß es bisher weder beim Menschen, noch beim Tier gelungen ist, eine operationalisierbare Kategorisierung in *Wanting* und *Craving* vorzunehmen (Wolfgramm 1995). Während Craving beim Menschen als Wunsch oder Verlangen interpretiert wird, steht im Tiermodell das Konzept der inzentiver Motivation zur erneuten Drogenzuführung des Tieres im Vordergrund. Unter inzentiven Motivation versteht man nach Gölz das zielgerichtete Verhalten eines Organismus, seine Umgebung im Hinblick auf seine eigenen Bedürfnisse zu kontrollieren (Gözl 1998). Dennoch erscheint eine Übertragbarkeit der Ergebnisse aus dem Tiermodell auf die klinische Praxis nur mit Einschränkungen durchführbar zu sein. Welche Ansprüche dabei an die Theorie gestellt werden können, und inwieweit es körperliche Korrelate für das Drogenverlangen gibt, die sich auf alle Drogen anwenden und damit verallgemeinern lassen, wird weiterhin Gegenstand der

³⁶ *Since the view that psychic dependence or craving accounts for compulsive drug self-administration cannot be empirically falsified, it can even be argued on the criteria of Popper to be outside of the domain of science" (Wise 1988, S. 119).*

Craving- Diskussion bleiben. An dieser Stelle sei erwähnt, daß Craving hauptsächlich im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, aber auch bei der Opiat-, Nikotin- und Kokainabhängigkeit diskutiert wird. Wetterling, Veltrup und Junghans sind der Ansicht, daß es kaum Hinweise auf Craving bei Konsumenten von z.B. Cannabisprodukten LSD oder Benzodiazepinen gibt (Wetterling, Veltrup, Junghans 1998). Aber auch diese Ansicht ist umstritten.

3. 1.8. Soziologische Theorien

Drogenkonsum wird in soziologischen Modellen als sozialinduziertes Verhalten interpretiert und kann als Auseinandersetzung mit der Sozialstruktur und den soziokulturellen Gegebenheiten einer Gesellschaft verstanden werden (Schmidt, Alte-Teigler, Hurrelmann 1999). Soziologische Modelle betrachten also ausschließlich die sozialen Ausgangsbedingungen und Einflußfaktoren, unter denen es zu einer Suchtentwicklung kommen kann. Zu den sozialen Faktoren, die den Drogenkonsum und damit die Sucht beeinflussen können, gehören unter anderem Aspekte wie die Verfügbarkeit von Drogen, soziokulturelle Konsummuster, gesellschaftliche Bewertungen und Normen sowie die Betrachtung des sozialen Umfelds eines Konsumenten.

Bei der Frage nach den Ursachen und der Erscheinungsform von Sucht lassen sich zwei unterschiedliche Ansätze erkennen. Die sozialstrukturellen Modelle führen Sucht auf soziale Belastungssituationen (Zugangsbarrieren, Erfolglosigkeit, Mißerfolge) oder auf die Identifikation mit einer bestimmten Subkultur (Rollentheorie) zurück. Die bereits in Kapitel 2. erwähnte soziale Etikettierungstheorie sieht das Problem dagegen in den sozialen und normativen Zuschreibungsprozessen und der damit verbundenen Ausgrenzung von Drogenkonsumenten begründet. Die Konsumenten antworten auf die entsprechenden Stereotypisierungen mit spezifischen Gegenreaktionen und der Fortführung des Drogenkonsums. Die Normverletzungen sind in dieser Theorie also nicht auf den eigentlichen Drogenkonsum zurückzuführen, sondern werden als Reaktionen auf eine spezifische Etikettierung und Ausgrenzung der betroffenen Personen verstanden. Diesen Etikettierungsmodellen sind die Definitionen der Art von: *Sucht ist das als was es definiert wird*, zuzuordnen.

Die soziologischen Erklärungsmodelle betonen im allgemeinen die soziokulturellen und gesellschaftlichen Faktoren bezüglich des abweichenden Konsumverhaltens und versuchen darin die Ursachen der Suchtentwicklung zu finden. Die soziologischen Theorien stehen in der Tradition der Devianzforschung bzw. der Interpretation von deviantem Verhalten und analysieren die Suchtentwicklung in ihrer epidemiologischen Ausbreitung und nicht im Einzelfall.

3.2. Die Theorien im Vergleich - Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Die multidisziplinäre und teilweise auch interdisziplinäre Auseinandersetzung mit der Thematik³⁷ der Sucht resultiert in einer Fülle von Annahmen und Erklärungsmodellen. Die einzelnen Theorien können sich ergänzen (siehe auch Abbildung 3). Es läßt sich jedoch gerade auch zeigen, daß einige Theorien von völlig unterschiedlichen Annahmen und Zielen ausgehen oder jeweils andere Risikofaktoren (z.B. Erziehung, Kindheit versus genetische Veranlagung), als die essentiellen Risikofaktoren und Parameter für eine Suchtentwicklung, herausstreichen.

Häufig wird von einem *multikausalen* bzw. *mehrfaktoriellen* Modell der Sucht in den Wissenschaften gesprochen. Mit der Idee, daß nicht eine Theorie oder ein Faktor allein zur Genese einer Sucht führt, wird auf die Inhomogenität der Gruppe der süchtigen Menschen reagiert, auf die jeweils unterschiedliche Theorien und Typologien passen können. So sind nicht alle in Abbildung 3 angeführten Faktoren und Erklärungsmodelle auf jeden Alkohol- oder Heroinsüchtigen anwendbar. Innerhalb der Theorie einer multikausalen Verursachung von Sucht wird angenommen, daß mehrere Faktoren gleichermaßen zu einer Sucht führen können und daß es individuell unterschiedliche Entwicklungen und Verläufe geben kann. Dies bedeutet, daß von dem Konzept einer alles erklärenden Theorie abgewichen wird und die vorhandenen Theorien zur Sucht gleichermaßen für die Erklärung einer Suchtentstehung und der Suchtaufrechterhaltung herangezogen werden. Diese Vorstellung wirkt sich wie in den folgenden Kapiteln deutlich werden wird, auch auf die Praxis aus.

Das Modell der multifaktoriellen Verursachung führt jedoch auch zu Problemen. Eine zunehmend additive Methode der Theorienbildung führt zu einer Ansammlung von verschiedene Faktoren, die die Genese der Sucht und deren Erscheinungsbild zu beschreiben versuchen (Abbildung 3). Die verschiedenen Theorien lassen sich aber nicht immer widerspruchsfrei ineinander integrieren. Eine Synthese, die zu einem umfassenden Ursachenmodell und damit zu einer umfassenden Suchtbeschreibung führt, ist deshalb epistemologisch nicht möglich (siehe auch Kapitel 5).

Durch eine multifaktorielle Theorie der Verursachung lassen sich zudem nur ungenaue Prognosen und Voraussagen formulieren. Die Einschätzung der Sucht wird so zur Risikoevaluation, die sich aus einem komplexen Bedingungsgefüge von unterschiedlichen körperlichen, wie auch sozialen Faktoren zusammensetzt. Durch die Komplexität der Ursachenkonstellation innerhalb einer multifaktoriellen Verursachung stehen zunächst einmal alle Ursachen in einem gleichwertigen Verhältnis zueinander. Über das tatsächliche Verhalten der ursächlichen Faktoren sowie die Anzahl der Faktoren kann nur, auf den Einzelfall bezogen, spekuliert werden.

³⁷ Es fragt sich, ob man angesichts der unterschiedlichen Fragestellungen in den einzelnen Arbeiten der Fachdisziplinen überhaupt noch pauschal vom "gleichen Thema" sprechen kann. "Interdisziplinär" soll hier als Kooperation mehrerer Disziplinen und als Integration von Wissen verstanden werden, während es sich bei dem Begriff "multidisziplinär" lediglich um eine Beteiligung mehrerer Disziplinen an einem Thema handelt, die nicht unbedingt eine Kooperation oder einen wechselseitigen Austausch von Informationen umfassen muß.

Als zentrale Grundannahmen lassen sich folgende Aspekte einer Suchtentwicklung benennen:

- Das Kernproblem der Sucht liegt in den Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Psyche und das Verhalten (*psychische Abhängigkeit*, psychische Entzugssymptome, Craving (Rückfall)).
- Sucht kommt abgesehen von kontrollierten Laborbedingungen nur beim Menschen vor.
- Es kommt bei regelmäßiger Einnahme zu Dosissteigerungen (Toleranzphänomen).
- Das Belohnungssystem könnte eine gemeinsame Basis für eine einheitliche Suchtheorie anbieten.
- Bei Heroin und Alkohol kommt es zu körperlichen Entzugserscheinungen.
- Lernvorgänge (kontextabhängiges Lernen, Imitieren, frühkindliche Lernerfahrungen) scheinen eine wichtige Rolle bei der Entwicklung einer Sucht zu spielen.
- Vererbung von Dispositionen scheinen eine Rolle zu spielen. Für einige Menschen scheint es eine erworbene, soziale, eine psychische oder eine genetische Disposition zur Sucht zu geben.
- Umgebungsfaktoren (Kontextstimuli, Angebot an Drogen, Peer-Effekte) werden von allen Theorien in unterschiedlichem Ausmaß als auslösende oder unterstützende Faktoren einer Suchtentwicklung anerkannt; sie werden allerdings unterschiedlich stark gewichtet.

Die aus den Theorien ableitbaren Unterschiede und die eben benannten Probleme der multifaktoriellen Verursachungstheorie können in der Praxis zu Dissensen und Konfliktsituationen im Umgang und der Behandlung von süchtigen Menschen führen, auf die in Kapitel 6 ausführlicher eingegangen werden sollen. Zunächst lassen sich einige in den Theorien wiederholt vorkommende Aspekte des Suchtgeschehens aufzählen, die vor allem bei der Bildung eines medizinisch-biologischen Suchtverständnisses und der Wahl möglicher Interventionsformen eine Rolle spielen:

1. Die *Anfälligkeit* oder *Disposition* bestimmter Menschen für eine Sucht, diese kann genetisch oder erworben sein und wird als ein möglicher Faktor für die Initiierung einer Suchtentwicklung beschrieben.
2. Das *Craving* (zwanghaftes, unwiderstehliches Verlangen) eines Süchtigen, das mit der psychischen Abhängigkeit entweder synonym oder in einen engen Zusammenhang gesetzt wird. *Craving* ist eine empirische Größe, die als Kernpunkt einer Krankheitsdeutung (Denkstil) verstanden werden kann. Das Craving spielt vor allem in der therapeutischen Praxis eine grundlegende Rolle und ist Bestandteil vieler Theorien zur Aufrechterhaltung einer Sucht und zur Erklärung eines Rückfalls. In den letzten Jahren wurden *Anti-Craving-Substanzen* entwickelt, die die hohen Rückfallquoten in der therapeutischen

Praxis vermindern sollen. Die Theorie des zwanghaften Verlangens nach der Droge stellt aber auch eine Verbindung zur Beeinträchtigung von menschlichen Handlungsspielräumen her, die vor allem auch innerhalb des Rechtssystems und in Bezug auf Behandlungs- und Versorgungsansprüche eine eigene und ethisch relevante Bedeutung besitzen.

3. Das in der Neurobiologie erforschte *Belohnungs-* bzw. *Lustsystem*.

Das Belohnungssystem stellt die Basis für biologische und pharmakologische Theorien dar. Es bietet einen gemeinsamen Nenner für alle psychoaktiven Substanzen an und dient deshalb auch als Rechtfertigung für eine einheitliche Suchtheorie. Bozarth spricht hier auch von der *unitary theory of addiction*, die er von einer *individual theory of addiction* unterscheidet. Die unterschiedliche Wirkweise der Drogen im Organismus sowie die verschiedenen möglichen Ursachentheorien werden als Gegenargument zu einer einheitlichen Suchttheorie angeführt (Bozarth 1990, S. 115). Das Belohnungssystem ist aber auch ein wichtiger Bestandteil der Lerntheorien und der Theorien zum Suchtgedächtnis. Das Gefühl der Befriedigung und Euphorie wird evolutionstheoretisch als lebenswichtige Funktion verstanden, die die Wiederholung von lebensnotwendigen oder arterhaltenden Aktivitäten (Essen, Trinken, Reproduktion) gewährleisten soll. Die Interaktion der Drogen mit diesem System, das auch als Lustsystem bezeichnet wird, hat zudem den Eindruck verstärkt, Drogenkonsum stelle eine lustbetonte, hedonische Verhaltensweise dar (Hedonismus).

3.3. Aktuelle Probleme im Umgang mit den theoretischen Modellvorstellungen zur Sucht

3.3.1. Tiermodelle und klinische Studien

Als Ausgangspunkt der Theorien gelten spezifische Tiermodelle, klinische Untersuchungen und die Aussagen von süchtigen Menschen. In den Tierversuchen werden lediglich suchtähnliche, analog erscheinende Zustände beim Tier erzeugt. Zu den verwendeten Tiermodellen gehören beispielsweise (1) die *konditionierte Platzpräferenz*, bei der sich vor allem die Umwelteinflüsse auf ein bestimmtes Präferenzverhalten untersuchen lassen; (2) die *Selbstapplikation*, bei der das Tier selbst über einen Hebel Druck Substanzen injizieren kann, oder (3) die *drug discrimination*, bei der ein Tier zwei oder drei Substanzen zur Auswahl hat, und sich über einen Hebel Druck für eine oder eine Kombination dieser entscheiden kann. Bei den Tiermodellen geht es darum, einzelne Symptome oder Symptomkomplexe zu modellieren, eine gesamte Darstellung des komplexen Erscheinungsbildes der Sucht ist nicht möglich (Wolffgramm 1996). Über Tiermodelle werden dann Rückschlüsse über die Wirkungen der Substanzen auf das Gehirn gezogen. Analoge Drogenwirkungen zwischen den verschiedenen Säugetiergehirnen (bzw. dem menschlichen Gehirn) werden vorausgesetzt. Dem liegt das Kausalprinzip zugrunde, daß ähnliche Erscheinungsbilder und Symptome auf ähnliche Wirkungen und Ursachen zurückzuführen sind (Wolffgramm 1996). Schmidbauer und Scheid merken deshalb an, daß Tierversuche nur einen Ansatz zur Bildung von Hypothesen darstellen können und sich Ergebnisse damit nur bedingt und sehr vorsichtig auf den Menschen übertragen lassen (Schmidbauer, Scheid 1998). Nicht alle komplexen

Verhaltensweisen der menschlichen Sucht können an Tiermodellen gezeigt werden, und Tiermodelle müssen deshalb eine Einschränkung in Bezug auf mögliche und praktikable Fragestellungen und deren Aussagekraft für den Menschen in Kauf nehmen. Die Frage nach *tierethischen Bedenken* gegenüber derartigen Tierversuchen bietet eine weitere Diskussionsebene an, die hier aber leider nicht weiterverfolgt werden kann. In Anlehnung an Heimann sollte man beachten, daß wir der Sucht selbst, als abstrakte Begrifflichkeit die sie darstellt, nie begegnen, sondern nur in Form von süchtigen Menschen oder Tieren (in experimenteller Anordnung) gegenüberstehen (Heimann 1992, S. 76). Klinische Befragungen bieten im Vergleich zum Tierversuch den Vorteil, daß direkt auf die Sucht beim Menschen und deren individuellen Verlauf eingegangen werden kann. Andererseits müssen hier die Diagnosekriterien, die Interviewtechnik und die Aussagekraft der subjektiv geschilderten Fälle³⁸ kritisch reflektiert und überdacht werden. Zudem sind dem Versuchsdesign und den Fragestellungen aus offensichtlichen Gründen in der klinischen Praxis Grenzen gesetzt.

3.3.2. Methodologische und technische Probleme der biologischen und medizinischen Suchtforschung: Eine Zusammenfassung

Zusammenfassend lassen sich bestimmte methodologische und technische Probleme aufzeigen, die in der biologischen und medizinischen Forschung auftreten:

- Die Lokalisation von Verhaltensfunktionen: Können psychische Phänomene, wie z.B. das *Craving*, neuronalen Prozessen zugeordnet werden? Was bedeutet der Begriff "neuronales Korrelat"?
- Probleme der Übertragbarkeit von Tierversuchen auf den Menschen.
- Probleme der Übertragbarkeit von Laborbedingungen oder klinischen Bedingungen auf alltägliche Situationen.
- Ist eine ausgewählte Gruppe von als süchtig klassifizierten Menschen repräsentativ, und erlaubt sie Typisierungen?
- Abgrenzung zwischen Sucht und Mißbrauch (*point of no return*).
- Sind empirisch nachweisbare physiologische, biochemische und morphologische Veränderungen Ursache oder Folge einer Sucht?
- Messung der Stärke einer Entzugssymptomatik bzw. einer Sucht.
- Aussagekraft einer Diagnose.
- Problem der Zusammenführung von einzelnen Theorien und Hypothesen zu einem Suchtverständnis bzw. Denkstil.

Wie in Kapitel 2 bereits angesprochen, lassen sich die eben angeführten Theorien einzelnen Suchtverständnissen zuordnen, die in Kapitel 2 als Denkstile definiert wurden. Die biologischen Theorien sowie die Theorien der Persönlichkeitspsychologie scheinen ein Verständnis von Sucht als Krankheit zu formen. Daneben interpretieren die verhaltensanalytischen Modelle Sucht als

³⁸ Es wird darauf hingewiesen, daß Studien nur solche Süchtige betrachten können, die eine Behandlung bzw. das Hilfesystem beanspruchen wollen, oder die in einem schlechten gesundheitlichen Zustand eingeliefert oder von Dritten zu einer Behandlung aufgefordert wurden; die in einem Behandlungssystem befindlichen Süchtigen sind damit immer nur ein mehr oder weniger repräsentativer Ausschnitt der gesamten Anzahl von Personen, die Drogen in einem solchen Ausmaß benutzen, daß sie als süchtig oder abhängig bezeichnet werden können.

erlerntes Verhalten. Soziologische Modelle zur Sucht ordnen durch eine Betonung der sozialen Faktoren der Gesellschaft eine verursachende Verantwortung zu und interpretieren Drogenkonsum daher häufig auch als eine alternative Lebensweise, die innerhalb einer Subkultur gelebt wird und von soziokulturellen Einflüssen geprägt ist. Dabei kann Sucht als Anpassung, aber auch als Gegenreaktion auf die Gesellschaft verstanden werden. Daneben bieten soziologische und verhaltensanalytische Theorien auch die Möglichkeit an, Sucht als deviantes Verhalten zu bewerten, das in einer entsprechenden Gesellschaft akzeptiert oder aber mißbilligt und bestraft werden kann.

Die einzelnen Denkstile, die bereits angesprochen wurden, sind keine Entwicklungen unserer Zeit. Viele Modelle, vor allem das Krankheitsmodell, wurden bereits vor 200 Jahren im Zusammenhang mit Opium und Alkohol diskutiert. Um die historische Einordnung und die Bedeutung des historischen Suchtverständnis auf unsere heutige Diskussion besser einordnen zu können, soll im Anschluß an dieses Kapitel ein medizinhistorischer Exkurs zur Geschichte des Suchtverständnisses erfolgen. Dabei soll vor allem auch auf die Einflüsse der historischen Vorstellungen auf unser aktuelles Bild zur Sucht eingegangen werden. In Kapitel 4. wird deshalb die Entwicklung des Denkstils der Krankheit (biomedizinisches Krankheitsmodell der Sucht) untersucht und aus wissenschaftstheoretischer Sicht diskutiert.

4. Das historische Suchtverständnis- ein Paradigmenwechsel?

In Kapitel 2. habe ich versucht zu zeigen, daß sich aus den Definitionen zur Sucht und den dazugehörigen Theorien in den einzelnen Wissenschaften unterschiedliche Denkstile³⁹, die in der Literatur auch als "Suchtparadigmen" bezeichnet werden, ableiten lassen. Dazu gehören das *medizinische Krankheitsmodell*, der *Behavioural Approach* und die *sozialwissenschaftlichen Ansichten* (z.B. Akzeptanzmodell) zur Sucht. In diesem Kapitel soll die historische Bewertung von Alkohol- und Opiumkonsum erläutert und diskutiert werden. Der Fokus der Betrachtung wird dabei auf das Zeitfenster (1790-1840) des postulierten Paradigmenwechsels im medizinischen Suchtverständnis der damaligen Zeit gelegt. In der medizinhistorischen Literatur wird angenommen, daß in diesem Zeitraum ein *Wechsel* von einem *moralisch-wertenden* Verständnis von Sucht zu einem *medizinischen* Krankheitsverständnis von Sucht stattgefunden hat. Innerhalb der medizinhistorischen und sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Sucht wird deshalb von einem Paradigmenwechsel⁴⁰ gesprochen. Die Theorie des Paradigmenwechsels unterscheidet eine moralische Bewertung des Alkoholkonsums und ein Ende des 18. Jahrhunderts entstandenes medizinisches Verständnis eines exzessiven Konsummusters. Im folgenden Kapitel möchte ich untersuchen, ob und warum es zu einem solchen Wechsels des bestehenden Paradigmas⁴¹ gekommen sein könnte und wie sich der sogenannte biomedizinische Denkstil zur Sucht aus historischer Sicht entwickelt hat. Bevor diese Fragen einer Untersuchung zugeführt werden, möchte ich kurz verdeutlichen, warum die verschiedenen Denkstile, meiner Meinung nach, eine zentrale Rolle in der Diskussion um einen geeigneten Umgang mit Sucht spielen. Die Denkstile können als Brückenelemente zwischen Vergangenheit und Gegenwart sowie zwischen vorherrschender Theorie und Handlungsweise gegenüber Süchtigen verstanden werden.

Nach v. Roelcke wirken sich Begriffe und Theorien strukturierend auf gesellschaftliche Wahrnehmungs- und Handlungsformen aus (Roelcke 1999). Ein Denkstil, der eine spezifische Theorie und Definition umfaßt, prägt die gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Reaktionsweisen, die Forschungsziele und das Selbstverständnis der betroffenen süchtigen Menschen. Insofern stellt ein Denkstil zur Sucht eine "Basis" dar, von dem ausgehend wissenschaftliche wie auch

³⁹ Dieser Begriff wird in dieser Arbeit in Anlehnung an den Wissenschaftstheoretiker Ludwik Fleck benutzt und dem Begriff eines Denkmusters, oder Paradigma vorgezogen. Es bezeichnet ein umfassendes Suchtverständnis innerhalb einer wissenschaftlichen Disziplin(en) bzw. in einer wissenschaftlichen Gemeinschaft.

⁴⁰ Der Begriff des Paradigmenwechsels leitet sich von T. Kuhns Wissenschaftstheorie ab, auf die in den Sozialwissenschaften, aber auch in medizinhistorischen Untersuchungen zurückgegriffen wird, um eine Änderung des Suchtverständnisses im ausgehenden 19. Jahrhundert zu beschreiben. In dieser Arbeit wird der Begriff des Paradigmas und des Paradigmenwechsels auch nur in diesem Sinne bzw. im Sinne der zitierten Quellen benutzt.

⁴¹ Mit dem Paradigmabegriff verbindet Kuhn ein historisches Entwicklungsschema für Disziplinen. Nach diesem Schema entwickelt sich eine Disziplin aus einer vorparadigmatischen Phase über eine normale Phase hin zu einer revolutionären Phase. In der normalen Phase der Wissenschaft wurden andere Paradigmen zugunsten eines dominierenden Paradigma aufgegeben. Erst wenn das gültige Paradigma einzelne Sachverhalte nicht mehr befriedigend erklären kann, tritt die Entwicklung in eine revolutionäre Phase, die das bestehende Paradigma einer Disziplin in die Krise stürzen (Gethmann in: Mittelstraß 1995a, S. 33).

politische Entscheidungen getroffen werden können. Die Bedeutung und Ambiguität der Denkstile für die Suchtforschung und vor allem für eine Begründung von den der Sucht entgegenwirkenden Strategien beschreibt auch Spode

"Die Popularität des Suchtmodells steht in einem seltsamen Kontrast zu der permanenten Krise des Paradigmas. Seit Hufelands Zeiten⁴² beschäftigt die Wissenschaft das Rätsel, warum Alkohol ein suchtbildendes Gift sei und man doch so viele Menschen zeitlebens ohne sichtbaren Nachteil davon Gebrauch machen sieht. Suchtforschung besteht aus einem Nebeneinander disparater psychologischer, ökonomischer, sozialer, biologischer und physiologischer Hypothesen, von denen keine längerfristig ein allgemein anerkanntes Lösungsmodell begründen konnte" (Spode 1993, S. 144)

Wenn man sich mit dem historischen Verständnis über Drogen und Drogenkonsum auseinandersetzt, schließen sich folgende Fragestellungen an:

- Wie läßt sich das historische Verständnis von Alkoholkonsum (Opiumkonsum) charakterisieren?
- Wie wurde Alkohol einerseits gesellschaftlich und andererseits aus medizinischer Sicht bewertet ?
- Wann und in welchem Kontext taucht der Begriff der Sucht zuerst auf?
- Welche Kriterien und Gründe werden in der Literatur für den postulierten "Paradigmenwechsel" von einem moralisch-wertenden zu einem medizinisch-naturwissenschaftlichen Suchtverständnis angegeben? Worin bestand der Wechsel?
- Welche Bedeutung und Auswirkungen hat das historische Suchtverständnis auf die heutigen Theorien und Definitionen zur Sucht in der a.) Forschung und b.) Praxis.

Um diese Fragen beantworten zu können, wird ein historischer Überblick (Exkurs) über die soziale wie auch medizinische Problematisierung von Alkohol und Opium gegeben. Dabei läßt sich zunächst eine gesellschaftliche Veränderung in der Wahrnehmung von Alkohol und Opium erkennen, die in der Zeit um 1800 auch auf den medizinischen Diskurs Einfluß nahm. Eine klare Unterscheidung zwischen der medizinischen Einordnung und der gesellschaftlichen Problematisierung ist nicht immer einfach; vor allem im Mittelalter und der Renaissance unterscheiden sich die sozialwissenschaftlich beschriebene Bewertung des Alkohols nicht immer wesentlich von der medizinischen und therapeutischen Bewertung des sogenannten Säufers. Die Untersuchung eines Paradigmenwechsels und die Entwicklung eines neuen Suchtverständnisses setzt die Analyse der historischen Texte und Quellen voraus. Die historischen Texte wurden anhand der einzelnen Suchtbegriffe und dem zugrundeliegenden Suchtverständnis analysiert. Die Unterscheidung von Trunksucht einerseits und auffälligen Trinkgewohnheiten, dem Rausch oder Trunkenheit andererseits führen zu einer ähnlichen Problematik, wie die bereits in Kapitel 2. im

⁴² Christoph Wilhelm Hufeland Hofarzt, Arzt an der Charité in Berlin (1762-1836).

Hinblick auf die modernen Suchtliteratur⁴³ aufgezeigt wurde. Zudem stellt die Rekonstruktion einiger Begriffe, die im Zusammenhang mit dem Trinken und später der Sucht Verwendung fanden (z.B. Wille, Zwang, Trieb, Verlangen) wiederum ein definitorisches Problem dar. Die Begriffe werden weder in der sozialhistorischen Rezeption noch in den historischen Quellenangaben näher definiert und ausgewiesen. Eine Analyse über den Zeitraum, innerhalb dessen der Gebrauch von Alkohol (und Opium) und vor allem dessen Auswirkungen auf den Menschen und sein Umfeld als gesellschaftliches Problem in der Literatur thematisiert wurde, erscheint mir deshalb zunächst besser geeignet zu sein, um die historischen Zusammenhänge untersuchen zu können. Opium wurde erst im 19. Jahrhundert, in Analogie zum *Alkoholproblem* thematisiert. Die folgende Analyse bezieht sich daher zunächst fast ausschließlich auf die Substanz des Alkohols in der Zeit vor und nach einem postulierten Paradigmenwechsel.

4.1. Die soziale Bewertung und Problematisierung von übermäßigem Alkoholkonsum

Ein über der in einer Gesellschaft definierten Norm liegender Alkoholkonsum wurde nahezu in allen Zeiten negativ bewertet. So berichten die Römer wie auch die Griechen von den möglichen Folgen eines exzessiven Konsums. Bei Seneca wird das chronische Trinken im allgemeinen mit Krankheit, Armut, aber auch kriminellm oder unmoralischem Verhalten in Verbindung gebracht. Er spricht dabei von *der verwilderten Seele* des Rausches. Im Mittelalter und noch am Beginn der Neuzeit wurde die Gefahr des Alkohols eher im Übermaß und der Unbeherrschtheit des Konsums gesehen, jedoch nicht in der Substanz. Ein stärkeres *Problembewußtsein* für Alkoholkonsum und seine Folgen findet nach Renggli und Tanner im 16. und 17. Jahrhundert statt (Renggli, Tanner 1994). Aus dieser Zeit stammen etliche Publikationen, deren Titelworte zugleich auch Aufschluß über die soziale Bewertung des Alkohols seitens der Autoren vermitteln, wie Francks "*Von dem grewlichen Laster der Trunkenheit*" (Francks 1531), Matthias Hebsachers "*Trunkenheit - das schandlich und schädlich Laster*" (Hebsachers 1568) oder Augustinus Aurelius "*Wie man sich von den schantlichen Laster der Trunkenheit hüten soll*" (Aurelius 1570), um nur einige zu nennen. Trunkenheit wird bei diesen Autoren als Laster oder auch als Sünde eines nicht akzeptablen Lebensstils verstanden und damit einer moralisch Bewertung unterzogen. Die Problematisierung bezieht sich jedoch nur auf einen Konsum, der über dem damaligen als normal (sittlich) verstandenen Maß lag. Ein verträglicher, maßvoller Umgang mit Alkohol wurde keineswegs in Frage gestellt. Die thematisierten Probleme ergeben sich aus dem Wesen der Trunkenheit und seinen Folgeerscheinungen für das Individuum und vor allem für dessen Umfeld. Trunkenheit wird als Ausdruck eines Dämons, des *Saufteufels*, interpretiert, der Folgen für Leib, Seele und Leben hat. Auch werden die Verhaltensveränderungen des berauschten Konsumenten als nicht wünschenswert und unheilbringend beschrieben:

"Von besonderem Übel [ist], daß der Betrunkene keine Autorität mehr anerkennen will, weder Gottes Wort, noch die Pfaffen, noch Vater und Mutter, Herr und Fraw, Richter und Oberherren". (Fridrich, in: Spode 1993, S. 63).

⁴³ Auch hier trifft man auf die gleichen Probleme einer Grenzziehung zwischen dem, was man als Sucht verstanden wissen will und dem, was man gerade noch nicht als Sucht bezeichnen möchte.

Nach Spode gab es das ganze Mittelalter über Klagen über die Trunkenheit, doch mit der Entwicklung einer komplexen frühbürgerlichen Gesellschaft wurde der Mangel an Nüchternheit als strukturelles Problem empfunden und der Kampf gegen die bestehende Trinkkultur mit neuen und schärferen Waffen aufgenommen (Spode 1993). Diese Entwicklung wurde durch die Reformation bzw. den reformierten Klerus unterstützt (Spode, 1993). Es lassen sich zu dieser Zeit (15-16. Jahrhundert) erstmals zwei neue Argumentationsstrukturen ablesen.

- (1.) Merkmal eines Kampfes gegen Drogen durch die Angst der Zerstörung einer bewährten Ordnung bzw. Autorität und
- (2.) die Betonung der Dysfunktionalität der Trunkenheit, die den aufkommenden Tugenden von Fleiß, Planung und einem Beruf entgegenzustehen drohten (Spode 1993).

Tugendhafte Eigenschaften scheinen durch einen Trieb zum Exzess und der Leidenschaft zum Alkohol in Gefahr zu geraten. Vor allem die Problematisierung oder Angst vor der Substanz selbst, erscheint hier als neue Entwicklung. Als Grund für eine stärkere Problematisierung des Alkoholkonsums könnte man verschiedene Einflüsse vermuten. In der Literatur wird oft auf die Konzentrationssteigerung des Alkohols in Form des Branntweins hingewiesen. Durch die industrielle Herstellung des Alkohols konnte dieser höherkonzentriert und in größeren Mengen abgegeben werden. Dies hat möglicherweise zu einer Zunahme des Alkoholkonsum bzw. zu einer schnelleren Rauschwirkung des Alkohols in einzelnen Bevölkerungsschichten geführt. Im 17. Jahrhundert ist auch von der Branntweinpest die Rede. Das Problembewußtsein für berauschende Mittel kann so zum einen durch die strukturellen und religiösen Umwälzungen in der Gesellschaft (z.B. Reformation, Wechsel von einer Feudalgesellschaft zu einer Industriegesellschaft), oder/und zum anderen durch eine Zunahme des Branntweinkonsums bzw. einer veränderter Wahrnehmung gegenüber dem Konsum zugenommen haben. Der Einfluß philosophischer Denkströmungen, die ein neues Bild von Mensch und Gesellschaft konzipierten, dürfte ebenfalls eine Rolle gespielt haben. In der Literatur wird der Umbruch vom Mittelalter in die Neuzeit als ein Wandel von einer mystifizierten zu einer rationalen Denkweise bezeichnet, die auch Einfluß auf die Sensibilität gegenüber dem Alkohol und später dem Opium nahm. Scheerer und Vogt betonen, daß es durch einen Umschwung in den Wertvorstellungen im 17. Jahrhundert in diesem Zusammenhang auch zu einer gründlichen Revision der Beurteilung von Trinkgelagen und Trunkenheit kam (Scheerer, Vogt 1989). Dies könnte unter anderem auf die Entwicklung von bestimmten Werten, wie die der Selbstbeherrschung, der Freiheit und der Individualität zurückzuführen sein. Auch Valverde und Alasuutari sprechen von einer vor allem durch die Philosophie vermittelte Betonung der Selbstkontrolle und der Selbstbeherrschung (Valverde 1998; Alasuutari 1990). Dieser "Rationalisierungsdruck" konnte möglicherweise eine Verhaltensänderung auslösen, die sich in Richtung einer steuerbaren Verhaltensweise vollzog, die als *zivilisiert*, oder *gutbürgerlich* verstanden wurde. Für Valverde zeigt die Geschichte des Alkoholkonsums und ihre gesellschaftliche Problematisierung geradezu eine Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Freiheitskonzepten und der Tugend der Selbstbeherrschung und Selbstkontrolle.

"Alcohol has been a problematic substance [..], because questions of addiction have been and continue to be important sites upon which the complex dialectic of personal freedom and self-control has worked itself out historically"
(Valverde 1998, S. 5)

Der Rausch und die Ekstase erlangten damit eine andere, weitaus negativere Qualität innerhalb der Gesellschaft, als dies noch im Mittelalter der Fall war, wo gesellige Trinkgelage Bestandteil des höfischen und ritterlichen Lebens waren. Eine Grundvoraussetzung für eine negative Bewertung bildete die Assoziation von Rausch und Alkoholkonsum mit dem Verlust der Selbstkontrolle, der Vernunft und der persönlichen Integrität. Die Betonung der Vernunft und einer rationalen Denkweise ziehen die Aufmerksamkeit auf das Verhalten im Rauschzustand. So schreiben Tanner und Renggli, daß es innerhalb der europäischen Gesellschaften zu einer Verstärkung der innerweltlichen Rationalität kam. Die Feudalgesellschaft wurde zu einer Zivilisationsgesellschaft (Tanner, Rengli 1994). Max Weber bezeichnet diesen Umbruch auch als *Entzauberung der Welt*, die durch die propagierte Vernunft im Zeitalter der Reformation und der gesellschaftlichen Veränderungen (z.B. Buchdruck, Handel, Geldwirtschaft) zu Veränderungen in Denk- und Handlungsmustern führte (Weber 1976). Und

"obwohl es keine Gesellschaft ohne Affektregulierung gibt, wurden nun neue Verhaltensformen [unter anderen auch Trinkregeln] eingeübt, die einen zunehmenden Zwang zum Selbstzwang beinhalteten. Selbstkontrolle und Individualität erweisen sich aus dieser Sicht als Synonyme; [...] Für das moderne Individuum gewinnt die rationale Bewältigung der Wirklichkeit die Oberhand "
(Tanner, Renggli 1994, S. 45).

Der Rauschzustand wird damit zum Gegenspieler eines nüchternen, rationalen Zustandes. Ein Dualismus zwischen Kontrolle einerseits und triebhaften Leidenschaften und Begierden andererseits tritt deutlich hervor. Foucault beschreibt dies mit dem Begriff des Pantoptizismus, ein Prozeß, bei dem die Menschheit erlernte, sich selbst, ihre Impulse und Wünsche zu betrachten, und sich davon zu distanzieren. Das Erlangen der Selbstkontrolle war eine Sache der Selbstdisziplin und fiel insofern in den Bereich der Religion und Ethik:

"The tension between the individual's self-discipline and desires was first conceived of as a religious question and a question of moral conduct"
(Alasuutari 1990, S. 15).

Alkohol wurde nicht mehr mit Geselligkeit, Genuß und Ekstase in Verbindung gebracht, sondern wurde als Abwehr gegen die neue Lebens- und Gesellschaftsordnung verstanden. Die Werte der Selbstkontrolle und Autonomie stellen zudem die eigene Verantwortung eines Menschen für sein Tun in den Vordergrund. So muß auch der *Säufer* die Verantwortung für seinen Zustand und seine Taten übernehmen. Mit dem Aufkommen des Humanismus im 17. Jahrhundert wird der Eigenverantwortlichkeit des Menschen ein höherer Wert beigemessen (Spode 1993). Der Trinker ist so nicht nur Opfer eines Dämons, dem Mitleid entgegengebracht wird, sondern ein Täter, dem Uneinsichtigkeit, Schwäche und Lasterhaftigkeit nachgesagt werden. Die Kontrolle über sich selbst zu haben, wird als Sieg des freien Willens gewertet, andererseits wird die Unfähigkeit, den Alkoholkonsum einzuschränken, als Schwäche des individuellen Willens gedeutet

(Spode 1993). Damit wird die Fähigkeit der Abstinenz zu einem Symbol des rationalen und freien Willens, das auch Eingang in die Mäßigkeitsbewegungen dieser Zeit fand. Das bedeutet, daß der selbstkontrollierte Mensch über den Menschen gestellt wird, der seinen niederen Trieben und Leidenschaften nachgibt; letzterer wurde damit sozial abgewertet. Die Verbindung von exzessivem Konsum und Rausch mit einem Verlust von Selbstkontrolle und Vernunftfähigkeit wurde nicht nur als Behinderung einer industriell ausgerichteten Arbeitswelt verstanden, sondern wurde als schlechte Lebensweise und als Ausdruck von Willensschwäche gewertet. Im 19. Jahrhundert wurde die Ausbreitung des Branntweinkonsums in Deutschland als sozialpolitisches Problem wahrgenommen; Branntwein wurde als Ursache für die zunehmende Arbeitsunfähigkeit und Armut in den sozial unteren Schichten angesehen. In dieser Zeit entstanden Orden und Vereine, die für Mäßigkeit oder Abstinenz eintraten. Waren die Vereine im 16. und 17. Jahrhundert noch weitgehend religiös motiviert, entstanden im 19. Jahrhundert, vor allem in England, Mäßigkeitsvereine mit zunehmend politischer Ausrichtung, die sich auf das soziale Problem Alkohol konzentrierten. Gerade die Gegenbewegungen zum Alkohol, denen sich im 19. Jahrhundert auch Ärzte anschlossen, veränderte die Sicht über die Substanz Alkohol, die nicht mehr nur als billiges Nahrungs- und Heilmittel, sondern vor allem als Gefahr mit schwerwiegenden sozialpolitischen Auswirkungen betrachtet wurde. Bis ins 20. Jahrhundert waren die Abstinenzbewegungen und Prohibitionsbefürworter von Alkohol und Opium jedoch auch weiterhin religiös motiviert. Vor allem der Pietismus prägte in den USA am Anfang des 20. Jahrhunderts eine prohibitionistische und restriktive Politik in Bezug auf den Umgang mit Drogen bzw. Genußmitteln.

4.2. Alkohol und Opium: Vom sozialen zum medizinischen Problem?

In der Literatur wird ein Umbruch in der medizinischen Wahrnehmung des Trinkers um ca. 1800 beschrieben. Der medizinische Diskurs schien sich zu diesem Zeitpunkt nicht mehr nur mit Alkoholwirkungen und Symptome des Vieltrinkens zu befassen, sondern man diskutierte jetzt auch Ursachen und Verlauf des Vieltrinkens, die in einem neuen Modell, dem Krankheitsmodell und der Benennung des Alkoholproblems als *Sucht* seinen Niederschlag fand. Trinken, so die Autoren der Medizin- und Sozialgeschichte, wurde vom moralischen Problem des schwachen Willens zum medizinischen Problem gemacht. Die Problematik des Vieltrinkens wurde so einer moralischen Bewertung, die der betroffenen Person eine verursachende Schuld anlastete, entzogen und zu einem medikalisierten und entmoralisierenden Verständnis entwickelt, das letztlich in die Wahrnehmung von Sucht als psychiatrische Krankheit überging. Wiesemann sieht diesen Wandel als Teil einer zunehmenden Medikalisierung der Gesellschaft an, die zur Folge hat, daß aus "*der Liebe zum Trunk eine Krankheit des Willens*"⁴⁴ und der somit als süchtige klassifizierte zum "*Objekt der medizinischen Fürsorge*" wird (Wiesemann 2000, S. 33). Während Wiesemann von der Entdeckung der Sucht spricht, nennt Spode den Prozeß eine Erfindung oder Konstruktion.

⁴⁴ Man könnte hier auch sagen, daß das eigentlich Neue die Umwertung eines sündhaften Menschen mit schwachem Willen zu einem Menschen mit krankem Willen und damit zu einem psychisch kranken Menschen darstellt. Die unmoralische Lebensweise wird zur Krankheit umgedeutet.

"Sucht ist [...] keine anthropologische Konstante, sondern eine gesellschaftlich konstruierte Wirklichkeit". (Spode 1993, S. 146).

Der Grund für eine *Entdeckung* oder *Erfindung* wird im Wandel bestimmter medizinischer Konzepte und der Eingliederung der Medizin in die Gesellschaft interpretiert, und mit einem "neuen Alkoholwissen", d.h. mit den Fortschritten in den biomedizinischen Wissenschaften in Verbindung gebracht. Die Geschichte der Sucht beginnt damit für die meisten Autoren erst um ca. 1800 und wird mit den bekannten und anerkannten Ärzten Trotter, Hufeland, Rush und Brühl-Cramer assoziiert, die aus heutiger Sicht als Pioniere der modernen Suchtforschung gelten. Dabei wird von einigen Vorannahmen ausgegangen, die ich hier näher erläutern und hinterfragen möchte. Zunächst wird fast in jeder historischen Beschreibung zur Sucht auf den sogenannten Paradigmenwechsel hingewiesen, der durch neue naturwissenschaftliche Erkenntnisse, die moralisierende Bewertung des Alkohols, wie sie auch in der Gesellschaft selbst vorkam, zu einer *neutralen* Krankheit innerhalb des medizinischen Suchtdiskurses werden ließ. Es wird also angenommen, daß Religion und Moral einen Gegensatz zum medizinisch-naturwissenschaftlichen Verständnis bilden, und sich medizinische Verständnisweisen in diesem Sinne von moralischen Bewertungen abtrennen lassen. Diese Neutralisierungstendenz wird als Erfolg und Fortschritt in der medizinhistorischen Literatur wahrgenommen und anhand der Kuhnschen Terminologie von *wissenschaftlichen Revolutionen* methodologisch erfaßt (so z.B. bei Spode 1993). Es wird jedoch oft vergessen zu erwähnen, was genau unter dem medizinischem Verständnis von Sucht verstanden wird und wie es sich zu einem überzeugenden Denkstil von Sucht entwickeln konnte.

In der nachfolgenden Darstellung über die medizinische Sicht von Alkohol um 1800 möchte ich versuchen zu zeigen, daß eine Polarisierung von Moral einerseits und Medizin andererseits nicht notwendigerweise bestanden hat und daß ein Paradigmenwechsel in Bezug auf die medizinische Sicht des Trinkers nicht klar aufzeigbar ist und deshalb näher spezifiziert werden müßte. Es wird in der untersuchten Literatur nicht klar herausgearbeitet, was das *Neue* im medizinischen Suchtverständnis war, und auf welche Weise sich das Wissen über die Alkoholsucht verändert hat. Für Spode beispielsweise liegt der eigentliche Anstoß für ein *neues Alkoholwissen* in den philanthropischen Reformbewegungen der Spätaufklärung, in denen sich religiöse und weltliche Begründungen rationaler Lebensführung verbunden haben, und einen auch für den Alkoholismus einflußreichen Diskurs über staatliche und individuelle Gesundheitspflege in Gang setzten (Spode 1993). Für Fahrenkrug ist die Tendenz zur Medikalisierung *aller* Lebensbereiche als der eigentliche Wandel im Denken der Zeit anzusehen. Problematisierte Lebensweisen und abweichendes Verhalten wurden, laut Fahrenkrug, in die Medizin integriert (Fahrenkrug 1984). Das Neue im Denken, also der postulierte Wandel, bezog sich dagegen so Porter nicht auf den Trinker selbst, sondern auf die Möglichkeit einer erfolgreichen Behandlungsweise (Porter 1985). Die Veränderung liegt in der Art, mit Krankheiten umzugehen und auf sie zu reagieren. Die generelle Strategie der aktiven Bekämpfung von Krankheiten führte nach Porter zum Kampf gegen die Trunksucht. Und für Alasuutari schließlich ist die Geschichte der Sucht eine Geschichte von epochenbedingten Umwandlungen eines individuellen Freiheitskonzeptes (Alasuutari 1990).

Ich möchte nicht bestreiten, daß Alkohol und Opium, parallel zur Problematisierung in der Gesellschaft, auch unter Medizinern diskutiert wurde. Dabei

wurde vor allem die übermäßige Anwendung von hochprozentigen Alkoholika als Arzneimittel und ein über dem als normal verstandenen Maß liegenden Konsum in der Bevölkerung diskutiert, deren Auswirkungen auf die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und auf die Gesellschaft als Ganzes angeprangert wurden. Die Medizin des 19. Jahrhunderts hat sich dem sozialen Problem des Alkohols zugewandt und versuchte, mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln verschiedene Reaktionsmöglichkeiten vorzuschlagen⁴⁵.

Ob dadurch aber das sogenannte moralische Paradigma abgelöst und durch ein deskriptives Krankheitsverständnis der Sucht ersetzt wurde, wage ich zu bezweifeln. Die verwendeten Krankheitsbegriffe ließen durchaus eine Integration oder Vermischung von moralischen Bewertungen und medizinischen Erkenntnissen zu. Die Medizin der damaligen Zeit war, in der Lage, normative Begriffe des moralischen Modells, wie z.B. Schuld, schwacher Wille und Moralverlust, auf ihre Weise zu erklären und in ein medizinisches Modell zu integrieren. Trunksucht wurde zwar ab dem 19. Jahrhundert auch, und möglicherweise vorrangig, als medizinisches Problem angesehen, das Postulat einer radikalen und abrupten Neuerung des Alkoholwissens, das sich in ganz Europa durchzusetzen vermochte, ist jedoch mit Vorsicht zu genießen. Meiner Ansicht nach wird der historische Suchtdiskurs und seine postulierten radikalen Neuerungen stark überbewertet. So lassen sich gerade auch heute noch viele Elemente der historischen Interpretation von Sucht in den heutigen Denkstilen wiedererkennen. In den letzten zwei Jahrhunderten, also der Zeit nach dem postulierten Paradigmenwechsel, beinhalteten die Krankheitsmodelle immer wieder moralische Abwertungen und Stigmatisierungen, die vor allem in den Degenerationstheorien zur Sucht zum Ausdruck gebracht wurden. Die heutigen Handlungsmuster im Umgang mit Süchtigen weisen nach Mulford und Miller immer noch ein komplexes und ambivalentes Profil auf (Mulford, Miller 1961). Die Autoren fanden im Umgang mit süchtigen Menschen moralische wie auch medizinische Attitüden bei Laien und professionellen Helfern. In diesem Zusammenhang spielt gerade auch die Schuldzuweisung, also die Verantwortungszuschreibung für den krankhaften Zustand, innerhalb des Krankheitsmodells von Sucht eine bedeutende Rolle.

Das Krankheitsverständnis ist, wie ich versuchen werde zu zeigen, auch innerhalb einer historischen Betrachtung von Sucht von zentraler Bedeutung. Auch heutzutage existiert kein einheitliches und interkulturelles Verständnis von *Krankheit*, was es besonders wichtig erscheinen läßt, aktuelle Definitionen von Krankheit nicht einfach und bedenkenlos auf den historischen Kontext zu übertragen oder historische Krankheitsbegriffe zu übernehmen. Im Anschluß an diese Überlegungen möchte ich meine Behauptungen anhand einer Betrachtung des medizinischen Diskurses über Alkohol um 1800, also der Zeitperiode des postulierten Paradigmenwechsels, aufzeigen und zur Diskussion stellen. Zunächst soll ein kurzer Rückblick vor die Periode des postulierten Paradigmenwechsel (16-18 Jahrhundert) helfen, die Ausgangssituation zu klären. Der Fokus der Darstellung liegt jedoch eindeutig auf dem postulierten Wechsel innerhalb der medizinische Bewertung von Alkoholwirkung und Alkoholkonsum.

⁴⁵ Es sei auch erwähnt, daß die Medizin den bereits bestehenden Vereinen zur Abstinenz- und Mäßigkeit zuarbeitete, indem sie auf die krankmachenden Gefahren von Alkohol und Opium hinwies. Damit zogen religiös, politisch und medizinisch orientierte Organisationen und Personen an einem Strang, nämlich an der Reduktion des Branntweinkonsums.

4.2.1. Die Bewertung von Alkohol und Opium im Kontext verschiedener Krankheitslehren vor 1800:

Zwischen dem 14. und 17. Jahrhundert unterscheidet sich die Sicht der Ärzte und Prediger nicht bedeutend voneinander (Spode 1993). Menschen die mißbräuchlich trinken, werden auch als Trunkenbolde bezeichnet. Die soziale Bewertung überschneidet sich scheinbar mit der medizinischen Einordnung von sogenannten Trunkenbolden oder Säufern. Im Mittelpunkt der Medizin stand immer noch der therapeutisch-dietische Nutzen von Alkohol. Es war jedoch von Nebenwirkungen die Rede, die aber nur beim übermäßigen Trinken von Alkohol beschrieben wurden. Zu diesen gehörten z.B. Zittern der Hände, Besessenheit, Raserei und Übelkeit. Bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts schien das Alkoholproblem auch in der Medizin als Laster und Unsinnigkeit gedeutet zu werden. Ursachenforschung wird in den medizinischen Wissenschaften nicht betrieben (Eckart 1998). Die soziale und moralische Bewertung stimmte also mit der Bewertung in der Medizin größtenteils überein. Dies mag auch daran gelegen haben, daß naturwissenschaftlich interessierte Gelehrte oft eine Ausbildung in Theologie besaßen und es vermutlich eine geringere Abgrenzungstendenz zwischen diesen Disziplinen gab. Das Wissen über Alkohol, dessen Wirkungen und dem therapeutischen Nutzen kann nur eingebettet in die jeweilige Krankheitslehre und das dazugehörige Krankheitsverständnis verstanden werden. Insofern spielt das Verständnis darüber, was als Krankheit angesehen wird, auch eine essentielle Rolle in der medizinischen Bewertung von Alkohol und seinen Konsumenten. Die verschiedenen Krankheitslehren zur Alkoholsucht können auch im Sinne von Ludwik Fleck als Denkschulen oder Denkstile bezeichnet werden.

Erst im 16. Jahrhundert wendet sich Paracelsus von der Humoralpathologie⁴⁶ ab und entwickelt eine eigenständige Krankheitslehre, in der Krankheit nicht mehr nur als Störung eines Gleichgewichtes oder als Störung eines göttlichen Plans betrachtet wird, sondern als ein systemunabhängiges Wesen mit ontologischem Charakter (Eckart 1998). Paracelsus⁴⁷ gilt als Begründer der Iatrochemie, in der physiologische und pathophysiologische Phänomene durch chemische Prozesse determiniert sind und sich damit auch spezifisch beeinflussen lassen (Eckart 1998). Alkohol und Opium wurden damit auch in der medizinischen Auseinandersetzung parallel zur sozialen und philosophischen Bewertung der Substanzen teilweise problematisiert. Die bereits erwähnte zunehmende soziale Problematisierung des Alkohols im 16. und 17. Jahrhundert fällt damit in den Zeitraum, in dem neue Theorien von menschlichen Krankheiten und anatomischen wie physiologischen Prozessen beschrieben wurden, die mit der noch bestehenden Säftelehre konkurrierten. Sydenham war es dann, der am Ende des 17. Jahrhunderts sein besonderes Augenmerk auf eine systematische Symptomlehre legte und daraus Krankheitstypologien entwickelte, die zur Ermittlung von verallgemeinerbaren Krankheitsbildern durch eine vergleichende Summation von Einzelbeobachtungen führen konnte (Eckart 1998). Sydenham stellte damit eine Beziehung zwischen

⁴⁶ Die humoralpathologische Lehre von Galen, auch Säftelehre genannt, stand im Vordergrund der Medizin des Mittelalters; nach dieser beruhen alle Krankheiten auf die fehlerhafte Zusammensetzung der Körpersäfte (z.B. des Blutes).

⁴⁷ Interessant ist auch die Verwendung von Alkohol und Opium zu therapeutischen Zwecken. Paracelsus bezeichnet Opium bereits als Gift und gleichzeitig als Heilmittel. Für ihn liegt die Problematik in der Dosis-Wirkungsbeziehung. In kleinen Dosen wird Opium, wie auch Alkohol, zum Medikament, in großen Mengen zum Gift, das zum Tod führen kann (Kreutel, 1988).

Krankheit, den Symptomen und den Ursachen entsprechender Symptome her. Die Symptomlehre könnte auch eine Grundlage für die Deutung der negativen Nebenwirkungen von übermäßigem Alkoholkonsum als Symptomkomplex und damit als Krankheit gebildet haben.

Im Zeitraum zwischen dem 17. und 18. Jahrhundert standen sich so verschiedene neue und alte medizinische Schulen gegenüber (Williams 1980) die als Ausgangspunkt für das sogenannte "andere Alkoholwissen" betrachtet werden. Neben der immer noch bestehenden Humoralpathologie, dem im 17. Jahrhundert populären mechanistischen Prinzip, gewinnen das vitalistische Konzept, die Phlogistontheorie⁴⁸, die Irritabilitätstheorie sowie der Browianismus an Bedeutung. Die Theorien lösten sich nicht nacheinander ab, sondern scheinen mit ihren jeweiligen Vertretern parallel zueinander bestanden zu haben. Die Tatsache, daß viele verschiedenen Theorien zur Krankheitslehre im Raum standen, könnte vermuten lassen, daß sich aus den konkurrierenden Theorien und Ansichten eine wissenschaftliche Diskussionskultur entwickelte, die eine kritische Auseinandersetzung mit einzelnen Gegenstandsbereichen aus der Medizin förderte. Die Neuinterpretation des Alkoholkonsums als krankhafte Entwicklung wird in der Literatur mit neuen medizinischen Lehren, der Philosophie der Aufklärung sowie der Entwicklung einer staatlichen Gesundheitsfürsorge erklärt. Die Medizin gewann im 18. und 19. Jahrhundert immer mehr an Bedeutung, wurde institutionalisiert und erlangte damit eine gesellschaftliche Autoritätsstellung. Dies könnte auch Auswirkungen auf die Diskussion über Alkohol gehabt haben.

Als Einfluß bezüglich der *neuen Sichtweise* über den Alkohol und *seine krankmachenden Wirkungen* werden verschiedene Ärzte benannt. Eine besondere Rolle scheinen dabei Hufeland und sein Gegenspieler Brown eingenommen zu haben (z.B. in: Wiesemann 2000 oder Spode 1993), die genauer betrachtet werden sollen, da sie maßgeblich mit der Wende des medizinischen Verständnisses von Alkohol in Verbindung gebracht werden.

4.2.2. Das neue Alkoholverständnis in der Medizin um 1800:

Eine der wichtigsten Vertreter des Krankheitskonzepts des Alkoholismus in Deutschland war Hufeland, der unter anderem auch zu den Anhänger des Vitalismus gezählt wird (Eckart 1998). Der schottische Arzt Brown prägte dagegen ein medizinisches Krankheitsverständnis, dessen Auswirkungen wiederum Trotter und Rush in ihrer Theorie über einen übermäßigen oder unmäßigen Alkoholkonsum beeinflusst haben könnten (Wiesemann 2000).

Der Vitalismus stützt sich auf die allgemeine Lebenskraft (Lebensstrom) und ihre Teilkräfte, die als ursächlich für alle Lebensvorgänge angesehen werden. Krankheit stellte nach Hufeland eine Beeinträchtigung der Lebenskraft durch krankmachende Reize dar. Hufeland gilt als einer der Mitbegründer des Krankheitskonzeptes innerhalb der Suchtparadigmen. Er betrachtete Alkohol, in

⁴⁸ Die Phlogistontheorie von Stahl fand vor allem als universelles Erklärungsprinzip in der Chemie Verwendung hatte aber sicher auch Auswirkungen auf die Erforschung von Substanzwirkungen und Zusammensetzungen, wie beispielsweise von Alkohol oder Opium, letzteres wurde zu diesem Zeitpunkt immer noch als Medikament verwendet (Eckart, 1998). Phlogiston war eine immaterielle, brennbare Substanz, die nach Stahl in jedem brennbaren Material enthalten sein sollte.

Form des hochkonzentrierten Branntweins, als Gift, das den Menschen infiziert⁴⁹, der damit ein Opfer des Giftes wird. Hufeland bezeichnete das Trinken als unkontrollierbaren, durch das Gift herbeigeführten Trieb, der der Willenskraft, der Moralität und der Selbstkontrolle entgegen stand. Bei Hufeland läßt sich insofern eine Einarbeitung von Werten wie Selbstkontrolle, Rationalität und Autonomie in seine Krankheitslehre des Alkoholismus erkennen. Hufeland war ein guter Empiriker und Praktiker und galt als medizinischer Eklektiker, da er sich nicht auf eine Theorie oder ein System festlegte, sondern das ihm Passende und Bewährte auswählte. Insofern ist es merkwürdig, daß ausgerechnet Hufeland als der Begründer einer neuen Theorie zur Sucht gilt bzw. mit einem Paradigmenwechsel verbunden wird; wo es naheliegender erscheint, daß er verschiedene bereits vorhandene Ideen übernommen, angewandt und aufgrund seines Ansehens in der Öffentlichkeit und in wissenschaftlichen Kreisen verbreiten konnte. Der Fokus lag bei Hufeland auf dem krankmachenden Branntwein⁵⁰, der als Außenreiz die Lebenskraft des Menschen stört⁵¹. Er bewertete vor allem den Branntwein als schleichendes Gift, das zur Abstumpfung und Entartung der Seele führt, die für Hufeland der edelste und schönste Teil des Menschen ist. Für ihn ist die Vieltrinkerei deshalb dann auch als Selbstmord der Seele zu interpretieren.

"[...] und welche Versündigung, welcher Fluch ruht auf einem solchen Menschen, der auf diese Weise die schönste Blüthe seiner Natur, den göttlichen Funken in sich vernichtet. Ein Selbstmörder ist er, denn er hat das getötet, was ihn allein zum Menschen macht" (Hufeland 1802, S. 12).

Man gewinnt bei Hufeland den Eindruck, als wolle er auf unbeachtete Vergiftungserscheinungen in der Bevölkerung hinweisen, die sich als schädliche Folgen des Branntweins identifizieren ließen. Eine Ursachenanalyse der Vieltrinkerei nimmt Hufeland meiner Meinung nicht vor. Der einflußreiche Arzt Hufeland stand dem Brownianismus, der vor allem in Deutschland auf Interesse stieß, skeptisch gegenüber. Browns Krankheitsauffassung wurde von seinen Gegnern (Anti-Brownianer) als Paradebeispiel für ein spekulatives System abgelehnt und auch von Hufeland angegriffen (Schwanitz 1983).

Die Lehre des schottischen Arztes John Brown besagte, daß jeder lebende Organismus ein Erregbarkeitspotential besitzt und Gesundheit das Produkt aus dem Erregbarkeitspotential des Körpers und der Reize sei. Gesundheit wird zugleich auch als Gleichgewicht zwischen diesen polaren Erregungszuständen gedeutet. Der Grundgedanke seines Krankheitsbegriffes ist demnach, *"daß Krankheit aus dem Verhältnis der Summe aller Reize zur Reaktivität des Organismus entsteht"* (Wiesemann 2000, S. 94). Nach diesem Konzept lösen Überreizung, aber auch ein Mangel an Reizen einen Krankheitszustand aus. Zur Behandlung von

⁴⁹ Es ist anzumerken, daß es im 17. u. 18. Jahrhundert durchaus üblich war, den Branntweinkonsum als Branntweinpest zu bezeichnen; diese Assoziation mit einer Seuche erklärt vielleicht den Bezug Hufelands zu Infektionskrankheiten, die ansteckend wirken und über ein Medium "übertragen" werden (Seuchen breiteten sich meist über verunreinigtes Wasser oder Nahrungsmittel aus).

⁵⁰ Durch die Problematisierung von Branntwein ist es möglich, daß wenig konzentrierte Getränke, wie Bier, gar nicht mit der Kategorie eines Giftes assoziiert wurden.

⁵¹ Das läßt sich möglicherweise auf sein Interesse an Impfstoffen und der Seuchenkunde zurückführen. So setzt er Alkohol analog zu Krankheitserregern und benennt den Branntweinkonsum auch als Branntweinpest und Branntweinseuche.

Krankheitszuständen benutzte Brown beispielsweise Alkohol, den er als leicht anregende Substanz und damit als Medikament einsetzte.

Von Gegnern wurde jedoch auch unentwegt darauf hingewiesen, daß Brown seine eigenen Leiden wohl gerne selbst mit Alkohol und Opiumauszügen behandelte und er eine gewisse "Neigung" zu diesen Substanzen verspürte (zit. in z.B. Kreutel 1988; Jantz 1974). Browns Arzneimittellehre folgte rein quantitativen Gesetzmäßigkeiten von Reizintensität- und Stärke; er selbst sah sich als Nachfolger von Newton und in einer streng naturwissenschaftlichen Tradition stehend. Nach Bynum (1968) verursachte gerade die oppositionelle Einstellung zum Brownianismus, zu der Hufeland, wie auch der schottische Arzt Trotter gerechnet werden kann, ein Interesse an den *Medikamenten Alkohol* und Opium und deren möglichen mißbräuchlichen Anwendungen. Der Umgang der Brownianer mit den *Heilmitteln Alkohol* und Opium löste demzufolge eine besondere Fokussierung dieser Therapiemethoden bei seinen Gegnern aus. Gerade die Arzneimittellehre Browns war nach Wiesemann ein Anstoßpunkt.

"Browns Klassifikation in Reizmittel, die die Tätigkeit des Körpers vermehren oder vermindern, fand nicht überall Anklang" (Wiesemann 2000, S. 140).

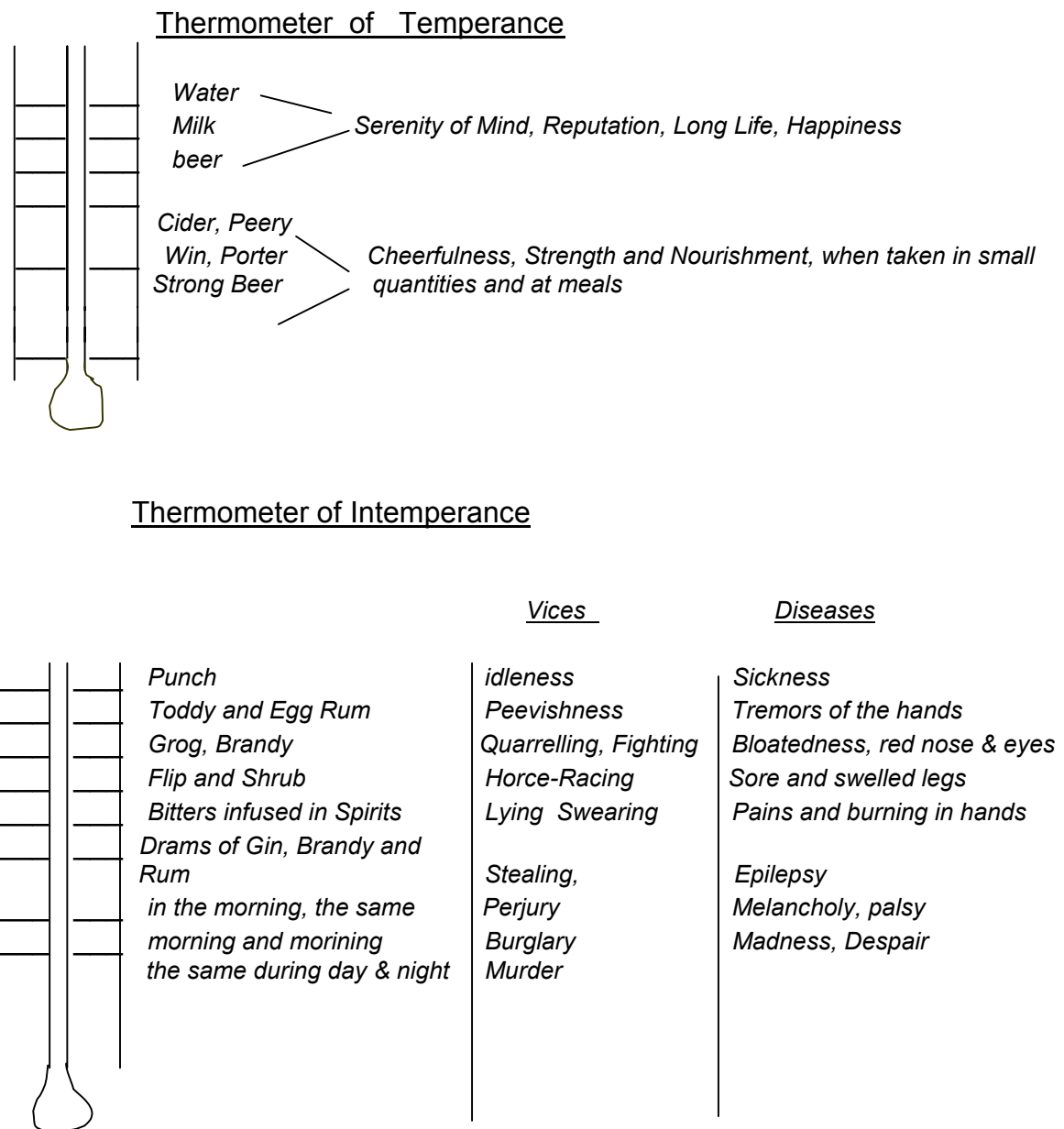
Seine Kritiker konnten nicht verstehen, daß alle Medikamente nur der Stärke und Reizintensität nach, nicht aber nach ihrer Art und Wirkung klassifiziert werden sollten (Wiesemann 2000). Die Theorie stellte damit die Heilmittellehre sowie die Behandlungsmethoden der herkömmlichen Medizin in Frage. Anscheinend war die Therapieweise hier Ausgangspunkt der Kritik und Gegenbewegung⁵². Die Arzneimittel Alkohol und Opium mögen gerade in einer Zeit als bedenklich kritisiert worden sein, in der sich neue Vereine und Orden zur Mäßigung und Abstinenz gebildet haben, um auf die sozialen, gesundheitlichen und moralischen Probleme durch Alkohol aufmerksam zu machen. Für Tölle stand gerade auch Hufeland der Mäßigkeitsbewegung sehr nahe (Tölle 2001). Möglicherweise haben sich als Reaktion der Kritik an Brown auch andere Ärzte zu Wort gemeldet und zu den *Arzneimitteln Alkohol und Opium* Stellung bezogen.

⁵² Die Kritik richtet sich gegen archaische Branntwein- und Opiumkuren, die als heilend galten.

4.2.3. Benjamin Rush

Der amerikanische Arzt Rush (1784) war so Renggli und Tanner der Erste, der eine Verbindung zwischen Alkohol und den daraus folgenden *sozialen Übeln* aufzeigte (Renggli, Tanner 1994). Eine neue Bewertung der Substanz Alkohol wird hier auf eine Bewertung und Abwägung der Folgen für die Gesellschaft zurückgeführt. Rush weist die Verantwortung für die Trinkgewohnheiten dem Trinker selbst zu. Moralische Vorstellungen und das Konzept des "sündhaften Trinkers" bleiben bei Rush demnach zentraler Punkt seiner Alkoholbetrachtungen. Das "*Moral and Physical Thermometer*" von Rush verdeutlicht seine Ausrichtung.

Abbildung 4.



(Abbildung übernommen aus Renggli und Tanner 1994, S. 56)

Wie sich anhand des Thermometers erkennen läßt, werden bei Rush lediglich die hochkonzentrierten Alkoholika als schädlich für das Individuum und die Gesellschaft erkannt. Bier andererseits trägt zu einem *moderaten* und *glücklichen* Lebensstil bei. Interessant ist bei Rush die Verknüpfung von Alkohol und seinen Folgen für das Verhalten. Lügen, Schwindeln, Schlagen und sogar Mord sind abweichende Verhaltensweisen, die Rush als Laster und Sünden bezeichnet und die sich aus dem Genuß von hochprozentigen Alkoholika ergeben können; der Trinker kann damit in die Kategorie des *Kriminellen* abrutschen. Rushs Perspektive legt seinen Standpunkt dar. Nach Heggen kritisierte Rush Faulheit, ungeordnete Lebensführung und den damit einhergehenden moralischen Verfall; die rationale Lebensführung ist, so Heggen, Ausdruck einer protestantischen Ethik⁵³, die für Rush die Gewähr dafür war, kein Branntweintrinker zu werden (Heggen 1988). Rush stand vermutlich auch aus religiösen Gründen hinter der damaligen Abstinenzbewegung. Seine Benennung des hier vorgestellten Thermometers zeigt geradezu seine Verquickung von Moral und Medizin sowie sein Rekurs auf damalige Wertvorstellungen in den USA.

4.2.4. Thomas Trotter und die Trunksucht

Anders dagegen argumentierte der Engländer Thomas Trotter. Für Trotter liegt die Begierde nach dem Alkohol nicht in der Persönlichkeit des Trinkers begründet, sondern in der Natur der alkoholischen Substanzen, und ist eng an die vorherrschenden gesellschaftlichen Umstände geknüpft (Trotter 1785). Für Trotter ist "*drunkenness stricly speaking a disease*" (Trotter 1804, 1988). Doch darf man den Begriff *disease* nach Porter nicht überbewerten; für einen Arzt, der im 18. Jahrhundert ausgebildet wurde, ist der Begriff mit verschiedenen umgangssprachlichen Assoziationen verbunden und nicht als spezifische, ontologische Entität zu verstehen (Porter 1988). So merkt Porter an, daß der Begriff *disease* ganz allgemein für einen Verlust der Freiheit von Schmerzen und Sorgen⁵⁴ stand. Trotter sah in der Vieltrinkerei hauptsächlich ein psychisches Leiden, ein *mental disease*, und ordnete es der Klasse von Geisteskrankheiten zu, die er *Vesoniae* nannte⁵⁵. Im Gegensatz zu Hufeland und Rush beschränkte sich Trotter nicht ausschließlich auf hochprozentige Alkoholika, sondern befaßte sich generell mit der physiologischen Wirkung von Stimulanzien und Narkotika. Interessant ist in seinen Ausführungen vor allem, daß Trotter die Trunkenheit als soziales Problem und als eine Zivilisationskrankheit verstand, die durch eine nervöse Überregung der städtischen Bevölkerung entsteht und diese zu Narkotika und Eigenmedikation greifen läßt, was wiederum in einer Gewohnheit zum Trinken endet. Er ging sogar einen Schritt weiter, indem er behauptete, daß der sogenannte Zivilisationsprozeß selbst einen degenerativen Krankheitsprozeß darstelle. In seiner Kritik erwähnt er ein goldenes Zeitalter, in dem die Menschen weniger Bedürfnisse und damit auch

⁵³ Rush unterstützte aber auch die Mäßigkeitsbewegung in den USA. Laut Franzwa (In: Lilienfeld und Oxford, 1999) basierte die Mäßigkeitsbewegung auf einem moralischen Modell des Trinkers und betrachtete das Trinken als Sünde.

⁵⁴ dis-ease (Die Endung -ease, bedeutet im Englischen *freedom of pain und trouble*, Oxford Duden)

⁵⁵ Nach Porter war dies jedoch nichts besonders bahnbrechendes und durchaus üblich unter den praktizierenden Ärzten des 18. Jahrhunderts, die Trotter in seinem Werk "An essay on drunkenness and its effects on the Human Body" allerdings nicht benannte.

weniger Krankheiten aufwiesen und das Leben einfacher, gesünder und glücklicher war.

Trotter wies die Verantwortung für den Konsum für Narkotika, nicht dem einzelnen Individuum zu, sondern machte, in gewissem Sinne, den gesellschaftlichen Degenerationsprozeß im 18. und 19. Jahrhundert dafür verantwortlich. Er wandte sich aber nicht gegen den Konsum von Alkohol schlechthin, sondern kritisierte lediglich, die über der "Mäßigkeit" liegenden Konsummuster. Da er davon ausging, daß Trunkenheit eine Geisteskrankheit darstellt, die Auswirkungen auf das Intellekt, das Urteilsvermögen und die Gefühle haben kann, folgerte er, daß die Behandlung nicht mit Medikamenten heilbar sei; stattdessen müßte man sie rein geistig, d.h. durch *geistige Disziplin* zu heilen versuchen.

"The habit of drinking must ease and moral arguments [,,] must be speedily employed. This would require the strict and ascendancy of the physician over his wayward and perverse patient" (Trotter 1804, 1988, S. 25).

Nach Porter zeigt sich in diesem Behandlungsvorschlag die typische Behandlungstechnik des "*Moral managements*", welche in der Psychiatrie des 18. Jahrhunderts durchaus üblich war (Porter 1988). Die Aussage zeigt aber auch, daß Trotter von der Möglichkeit und Notwendigkeit einer Willensentscheidung ausging, die der Trinker aufbringen mußte. Oder in den Worten Trotters: "*The consumption must stop at once and must be marked by an act of will*" (Trotter 1804, 1988, S.25). Damit verzichtete Trotter aber keinesfalls auf moralische Argumente und Methoden in der Beschreibung von Heilungsmöglichkeiten, obwohl dies in der sozialhistorischen Literatur zur Sucht immer wieder behauptet wird.

4.2.5. Brühl-Cramer und die Benennung des Problems als Trunksucht

Dem in Rußland praktizierenden Arzt Brühl-Cramer wird die Begriffsbildung der "Trunksucht" zugeschrieben. Das Trinken wird von Brühl-Cramer als pathologische Verhaltensweise eingestuft, die eine Therapie erforderlich macht.

"Sie [die Trunksucht] ist ein unwillkürliches Übel, folglich eine Krankheit und nicht eine Verletzung der Moralität, wie man gewöhnlich zu glauben geneigt ist". (Brühl-Cramer 1819, S. 5).

Brühl-Cramer sieht die Trunksucht zunächst als *physisches Übel* an und setzt sie deshalb mit einem unverschuldeten, unwillentlichen Zustand gleich. So kommt Brühl-Cramer in seiner *Abhandlung Über die Trunksucht und seine rationale Heilmethode derselben* zu dem Schluß,

"daß es nicht berechtigt sein kann, die eigentliche Ursache der Trunksucht in einer Schwächung oder Erlöschung des moralischen Gefühls zu sehen, daß aber umgekehrt die Trunksucht das Gefühl für Moralität allmählich abschwächen könne, das ist durch die Erfahrung erweislich und es ist leicht zu erachten, daß die Schwächung des moralischen Gefühls wiederum den ungünstigen Einfluß den Zustand der Trunksucht erweisen könne" (Brühl-Cramer 1819, S.16 -17).

Damit argumentiert Brühl-Cramer gegen den Verlust der Moralität als ursächlichen Faktor der so definierten Trunksucht, dieser kann aber durchaus als Folge einer

Trunksucht eintreten und diese noch verschlechtern. Die Krankheit könnte so auch als Gegensatz einer moralischen Gesundheit betrachtet werden, die als Folge der Trunksucht verloren geht. Im Vergleich zu den zuvor aufgeführten Ärzten geht Brühl-Cramer explizit auf das Problem von Ursache und Wirkung ein und kommt zu dem Schluß, daß sich ursächliche Faktoren und Wirkungen bei der Trunksucht gegenseitig bedingen. Brühl-Cramer ist auch der einzige Autor, der systematisch verschiedene Ursachen angibt, die Krankheit selbst typisiert und Verlaufsstadien der Trunksucht angibt. In seinem Werk *Über die Trunksucht und eine rationelle Heilmethode derselben* versucht Brühl-Cramer, Beweise für physiologische Ursachen der Trunksucht zu benennen (Brühl-Cramer 1819). Er benutzt dabei einen funktionellen Krankheitsbegriff und spricht in diesem Sinne von Regelwidrigkeiten der Organfunktionen. Zudem verwendet er die Begriffe *Trieb* und *Anlage* bzw. *Prädisposition*, die als ursächlich für die Entwicklung einer Trunksucht gelten können. Der Trieb zu geistigen Getränken ist nach Brühl-Cramer

"in einer vom Normalzustand abweichenden Stimmung, oder Reizempfänglichkeit der Nerven und vorzüglich der Thätigkeit bedingenden Gehirnes zu suchen" (Brühl-Cramer 1819, S.25).

Als Triebe im Sinne eines Antriebes zum Genuß von alkoholischen Getränken gibt Brühl-Cramer die Affekte (Angst, Verdruß, Ärger, Kummer), Ermüdung nach Anstrengung oder eine Überhitzung des Körpers an. Auch die Prädisposition kann als Ursache einer Erkrankung angesehen werden. Diese besteht jedoch in einer durch mäßiges und gelegentliches Trinken erworbenen Anlage.

Die Krankheitsvorstellung der Trunksucht ist maßgeblich von dem Begriff der Krankheit selbst abhängig. Leider finden sich bei den einzelnen Ärzten keine Definitionen ihrer verwendeten Begriffe; dennoch lassen sich Unterschiede zwischen den aufgeführten Ärzten und ihren Ansichten über das Trinken und seinen Wirkungen finden. Rush scheint einem moralischen Begriff von Krankheit zu folgen, insofern er die Krankheit der Sucht durchaus als moralisches Versagen und als Sünde bezeichnet. Hufeland ist dagegen ein Praktiker, der die Folgen der Vieltrinkerei auf die Gesundheit beschreibt und im Trinken einen Verlust bzw. eine Beschädigung der Seele sieht, die ihn aus christlicher wie auch aus humanistischer Sicht vom Menschsein entfremdet. Trotter hingegen sieht in der Trinkerei eine Geisteskrankheit, die als soziomedikales Problem auch auf die degenerierte Zivilisationsgesellschaft rückführbar ist und mit Methoden (*moral managment*) der damaligen Psychiatrie behandelbar war.

Ganz im Gegenteil dazu beschreibt Brühl-Cramer die Trunksucht als durch Veränderungen im Nervensystem verursachte Krankheit, deren unwiderstehlichen Trieb er auch mit den Empfindungen von Hunger und Durst analog setzt bzw. mit dem Appetit von Schwangeren vergleicht. Ganz in diesem Sinne schlägt er auch eine medikamentöse Heilmethode der Trunksucht durch Säurebehandlungen (z.B. Salpetersäure) vor. Die sogenannten Pioniere der Suchtforschung greifen damit auf ganz unterschiedliche Krankheitsvorstellungen einer Trunksucht zurück und schlagen auch unterschiedliche Behandlungsstrategien vor, die von der Asylisierung des Trinkers über die psychiatrische Behandlung bis zum Einsatz von Medikamenten gegen die Sucht reichen.

Ob Suchtkrankheit als Krankheit des Willens beschrieben wird und damit auf einen willensschwachen Menschen rekurriert, oder ob sie als Folge der Wirkung von

Alkohol auf den menschlichen Körper beschrieben wird, stellt einen Unterschied dar, der auch auf die soziale Bewertung von Alkoholkonsumenten rückwirkt. Während Hufeland und Rush das Leiden des Trinkers mit einer Krankheit des Willens und der Persönlichkeit in Verbindung setzen, betont Trotter die soziale Verantwortung und Brühl-Cramer schließlich spricht den Konsumenten von moralischer Verantwortung und Schuld frei. Die Art der Beschreibung hat wiederum Einfluß auf den therapeutischen, aber auch sozialen Umgang mit süchtigen Menschen. Erst im 19. Jahrhundert, z.B. bei Brühl-Cramer finden sich Vorstellungen, die dem heutigen Krankheitskonzept ähnlich sind und auf die psychische Abhängigkeit ansprechen, die nicht als Genußsucht, sondern als krankhafter Zwang verstanden wird.

"Durch den nur einige Zeit fortgesetzten mäßigen Gebrauch der Spirituosen wird der Genuß derselben zuletzt schon nothwendig, welche Nothwendigkeit sich in einem eigenen Verlangen dieselben zu genießen und in einer besonderen Unbehaglichkeit, wenn dieselben, vorzüglich zur sonst gewöhnlichen Zeit, nicht genossen wird, ausspricht"
(Brühl-Cramer 1819, S. 9).

Doch gerade Brühl-Cramer reduziert die Trunksucht damit auf ein rein physiologisches Problem und ignoriert im Vergleich zu den bereits genannten Ärzten die soziale und politische Komponente der Trunksucht.

4.2.6. Vom Kranken zum psychisch Kranken

Einen nachhaltigen Einfluß auf die Bewertung der Alkoholkonsumenten hatte die Entwicklung der Psychiatrie und der ihr zugrundeliegenden Leitgedanken im 19. Jahrhundert. Mit einer möglichen Definition von Sucht als Krankheit des Willens und der Psyche wurde diese Gegenstand der Psychiatrie, die ihre Theorien im 19. Jahrhundert auf die neuen Ergebnisse der Physiologie stützte. Für Schadewaldt löste sich die Psychiatrie von einem philosophisch und moralisch geführten Diskurs ab und wendete sich den Naturwissenschaften⁵⁶ zu (Schadewaldt 1993). Mit der somatischen Psychiatrie wurden psychische Auffälligkeiten oder Veränderungen als Störung einer physiologisch-pathologischen Gehirnveränderung verstanden. Psychische Abweichungen wurden so als Folge von Gehirnkrankheit interpretiert (Thom 1984). Diese neue Sichtweise in der psychiatrischen Medizin bedingte eine Veränderung des Fokus, der sich von dem leidenden Menschen weg hin zur speziellen, funktionalen Gehirnstörung bewegte. Das Nervensystem schien als Substrat der Krankheit im Vordergrund der Betrachtung zu stehen (Wunderlich 1981).

Ausgehend von diesen Entwicklungen wurde auch der Alkoholismus als "Gehirnkrankheit" betrachtet. Alkoholismus, die Krankheit des Willens, forderte daher vermutlich auch dazu auf, die Willensfreiheit, die Selbstbestimmung und die Vernünftigkeit empirisch zu erfassen und mittels kausalen Gesetzmäßigkeiten aus der Naturwissenschaft zu erklären, ein Gedanke, der auch heute noch zu ethischen Problemen in der Psychiatrie führt (Bloch, Chodoff 1991). Trunksucht wurde damit zu einer Krankheit des Gehirns, gleichzeitig bleibt sie eine Krankheit, die eng an den Vernunftbegriff gebunden war. Die Konsequenz einer solchen Sichtweise war, daß die so als krank klassifizierten Menschen in die Obhut einer dafür eingerichteten

⁵⁶ Wie man am dargestellten Diskurs der Psychiker und Somatiker feststellen kann, trifft dieser Wechsel nur auf bestimmte Ansätze in der Psychiatrie zu.

Institution gegeben wurden, die eine Heilung anstreben sollte. Unter Heilung verstand man Mitte des 19. Jahrhunderts die Wiederherstellung der Normalität, die man in dem Ein- und Unterordnungsvermögen des *Kranken* sah und somit einen gewissen Gehorsam oder eine Einsichtsfähigkeit voraussetzte. Kranke, die sich nicht in diese Art von Behandlung einfügen wollten, wurden als sozial gefährdend und unheilbar eingestuft (Thom 1984). Doch auch, oder vor allem, in der Psychiatrie bestanden unterschiedliche Vorstellungen über psychische Erkrankungen und dem zugrundeliegenden Krankheitsbegriff, der im folgenden näher erläutert werden soll.

Der Diskurs der Psychiker und Somatiker⁵⁷ verdeutlicht die unterschiedlichen Einflüsse seitens der Philosophie und Religion (philosophische, psychische Ansätze) einerseits und der Naturwissenschaften (somatische Ansätze) andererseits. Als Psychiker gilt Heinroth, dessen deduktiver Ansatz Seelenstörungen als Verzichtleistung auf die Freiheit beschreibt und psychische Störungen als psychisch unfreie Zustände oder als dauerhaft unfreie Zustände der Vernunft ansieht (Roelcke 1999). Im Zentrum von Heinroths Theorien steht dabei die selbstverursachte Aufgabe der Freiheit. In seiner Krankheitslehre bilden daher auch die Willensfreiheit und die persönlichen Autonomie Drehpunkte seiner Überlegungen zu den psychischen Erkrankungen. Für Heinroth ist die *freiwillige Aufgabe der Freiheit* als Sünde zu verstehen, die wiederum als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Seelenstörung anzusehen ist. Damit verknüpft auch Heinroth die moralische Vorstellung von Sünde und Laster mit der Störung der Psyche und einem Autonomieverlust. Nasse hingegen verwendet einen somatischen Krankheitsbegriff und kritisiert Heinroths Position; es ist laut Nasse nicht nachvollziehbar, wie die Seele durch freien Entschluß auf die Freiheit verzichten könne (Nasse in: Roelcke 1999). Die Verbindung von der Substanz Alkohol mit einem Autonomieverlust hin zur unverschuldeten oder verschuldeten Krankheit ist wie der historische Überblick zeigt, immer wieder Thema des medizinischen Alkoholdiskurses.

Ein weiterer Krankheitsbegriff, der sich maßgeblich auch auf den sozialen Umgang mit Alkohol und Alkoholkonsumenten auswirkte, entstand durch die Degenerationstheorien im 19. Jahrhundert. Der Degenerationsbegriff dominierte in der Ursachenlehre von körperlichen wie auch psychischen Erkrankungen. Degenerierte Individuen wurden als krank wahrgenommen. Vor allem Alkohol wurde im Zuge des aufkommenden Darwinismus als Hauptquelle für den fortschreitenden Entartungsprozeß, aber auch für Kriminalität und Idiotie angesehen. Forel hielt die Abstinenz für eine menschliche und moralische Verpflichtung und für den einzigen Weg zum Kulturfortschritt der Menschheit (Forel in: Finzen 1985). Der Degenerationsgedanke führte zu neuen Abstinenzforderungen und -bewegungen. Die neue Alkoholismustheorie und die Idee der Degeneration hatten so vehemente Auswirkungen auf die politischen Strategien, die man heute als *Public Health Approach* bezeichnen würde. Der Alkoholkonsum wurde als Ausdruck einer schädlichen oder negativen Verhaltensweise, die als sozialschädlich und als abwertend für die nachfolgenden Generationen galt, verstanden.

⁵⁷ Man kann die Psychiker auch mit den Unspezifkern und die Somatiker mit den Spezifkern und ihrer kausalanalytischen Methodik assoziieren (Wiesemann 2000).

"Die Bestrebungen, auch neurotische Störungen und abweichendes Verhalten lediglich als Ausdruck der Entartung zu deuten, ermöglichten dem Degenerationsbegriff sich über immer weitere Bereiche der Psychiatrie und Soziologie auszuweiten [...]" (Finzen 1985, S.89).

Der Alkoholkonsum war damit Ausdruck einer schädlichen oder negativen Verhaltensweise, die im Mantel der Sozialhygiene als sozialschädlich bzw. als abwertend für die nachfolgenden Generationen verstanden wurde (Finzen 1985). Das Verhalten, das zur Entartung führt, konnte man somit gleichzeitig als unmoralisch, krank, aber auch als kriminell oder als asozial betrachten.

4.2.7. Die Problematisierung von Opium und Morphium - mehr als eine Verbalanalogie?

Opium und Morphium wurde Ende des 19. Jahrhunderts und Anfang des 20. Jahrhunderts problematisiert und mit der Trunksucht verglichen. Kreutel geht davon aus, daß der Begriff der Opiumsucht, wie er beispielsweise schon bei Hufeland⁵⁸ am Beginn des 19. Jahrhunderts auftritt, lediglich eine Verbalanalogie zwischen der Trunksucht und der Opiumsucht darstellt, Hufeland aber den Zusammenhang zwischen Opium und einer zwanghaften Sucht unterschätzt oder nicht erkannt hat (Kreutel 1988). Die Problematisierung des Opiums und Morphinkonsums ist, verglichen mit der Alkoholsucht, zeitlich nach hinten versetzt erfolgt. Die Definition der Sucht als medizinisches und gesellschaftliches Problem erfolgte zuerst mit der traditionell verwendeten und sozial integrierten Substanz des Alkohols. Es ist deshalb nicht verwunderlich, daß sich die sogenannte "Geschichte der Sucht" meist nur mit der Substanz des Alkohols befaßt. Wiesemann stellt deshalb auch die Frage, ob sich der historische Suchtbegriff überhaupt auf andere Suchtformen anwenden läßt oder lediglich als Geschichte des Alkohols und dessen Problematisierung verwendet werden sollte (Wiesemann 2000, S. 13).

Der Begriff der Morphium-, Opium- oder Heroinsucht tritt so Kreutel erst im 20. Jahrhundert auf (Kreutel 1988). In England und den USA wurden opiumhaltige Substanzen ab 1868 als Gift deklariert (Harding 1988). Opiate wechselten also ihren Status und wurden vom Medikament zum Rauschgift. Levinstein definierte in seiner 1883 erschienen Monographie die Morphiumsucht wie folgt:

"Morphiumsucht bezeichnet die Leidenschaft des Individuums sich des Morphium als Erregungs- oder Genußmittel zu bedienen, da dasselbe unvermögend ist, von dem Mittel ohne Nachteil für das subjektive Wohlbefinden zu lassen und den Krankheitszustand, der sich durch die mißbräuchliche Anwendung des Mittels herausbildet" (Levinstein 1883, S.2).

Erst im 19. Jahrhundert fand vor allem in England eine Problematisierung des Opiumgebrauchs statt. Dies mag zum einem an dem großen Angebot von eingeführtem Opium aus dem Kolonialstaat Indien liegen, das entsprechend niedrige Preise für Opium zur Folge hatte und damit den Erwerb für alle Bevölkerungsschichten ermöglichte. Andererseits wurde im Zuge der Industrialisierung ein allgemeines Suchtproblem in Europa sichtbar, das sich in anderen Ländern, hauptsächlich auf Alkohol zu beschränken schien und vor allem in

⁵⁸ Nachdem der Begriff der Trunksucht von Brühl-Cramer eingeführt wurde; Hufeland schrieb das Vorwort zu Brühl-Cramers Abhandlung und lobte dessen Ausführungen zur Trunksucht.

den unteren, d.h. ärmeren, Bevölkerungsschichten Einzug fand. Laut Berridge und Edwards trug der hohe Opiumkonsum innerhalb der viktorianischen Arbeiterklasse und die damit einhergehende, augenfällige Beeinträchtigung der Arbeitsmoral maßgeblich zur Wahrnehmung und Thematisierung der Opiumproblematik in England bei und führte hier zu einer Verstärkung des Klassenkonflikts (Berridge, Edwards 1981).

Harding erwähnt daneben die aufkommende moralische Diskussion über die von England aus geführten Opiumkriege gegen China, die zum Anlaß einer internationalen Konferenz über den Opiumhandel geführt haben und 1909 im *Harrison Narcotic Act* zu einer strikten Eingrenzung der Opiumnutzungs- und Verschreibungspraxis führten. Gleichzeitig läßt sich im 19. Jahrhundert ein neuer Opiumtrend unter Künstlern und Schriftstellern erkennen, die Opium als Mittel zur Kreativitätssteigerung benutzten. Der Schriftsteller Thomas De Quincey schreibt zu Anfang des 19. Jahrhunderts über das Opium:

"[...] oh Himmel, Welch ein Umschwung! Welch Wiedererwachen verborgener Geisteskraft aus tiefsten Tiefen! Welch Apokalypse der Welt in mir! [...] Hier gab es ein Allheilmittel, hier war das Geheimnis des Glücks auf einmal entdeckt, über das die Philosophen so viele Jahrhunderte diskutiert hatten; das Glück konnte jetzt für einen Penny gekauft und in der Westentasche mitgenommen werden, tragbare Ekstase konnte man auf Halbliterflaschen bekommen, und Seelenfrieden ließ sich mit der Post versenden" (De Quincey 1856, 1982, S.182).

Das *erworbene Glück* im Sinne eines kurzen Glückszustandes und das Eintauchen in eine andere Realität werden auch heute noch als Grund für die Attraktivität von Rauschdrogen angegeben. Möglicherweise entstand ein erhöhtes Problembewußtsein über opiathaltige Substanzen in Deutschland erst mit dem Einsatz des wirksameren Morphiums als Schmerzmittel. Die häufige Verwendung von Morphin erzeugte vielleicht eine ähnliche Aufmerksamkeit wie die Verbreitung des hochprozentigen Branntweins im 15. und 16. Jahrhundert.

4.3. Die Medikalisierung von Sucht - eine Abwendung von moralischen Argumentationsweisen ?

In der medizinhistorischen und sozialwissenschaftlichen Literatur zur Sucht wird, wie bereits erwähnt, von einem im 19. Jahrhundert vollzogenen Paradigmenwechsels einem Wechsel der Interpretation von übermäßigem Alkoholkonsum, ausgegangen. Doch läßt sich ein solcher Paradigmenwechsel tatsächlich nachweisen? Ist die normative Interpretation des Trinkers und Opiumessers, die auch in der Medizin geteilt wurde, tatsächlich zugunsten eines moralisch neutralen und neuen Krankheitsverständnisses von Trunksucht verworfen worden? Wie bereits erwähnt, teile ich diese Ansicht nicht. Weder eine Revolution des *Paradigmas Sucht* noch seine erfolgreiche Ausbreitung zu einer moralisch neutralen Krankheitsvorstellung sind überzeugend rekonstruierbar. Sicher nahmen die Naturwissenschaften Einfluß auf die verwendeten Krankheitsbegriffe; diese wurden jedoch nicht einheitlich verwendet und unterlagen dem steten Wandel von neuen Theorien, wie z.B. dem Degenerationsgedanken. Die aufgeführten Ärzte hatten, wie bereits gezeigt, unterschiedliche Krankheitsauffassungen zur Sucht und schlugen jeweils andere Behandlungsmethoden vor. Die medizinischen Werke lassen sich nur im Kontext der jeweiligen Zeit und des jeweiligen Landes verstehen.

Dabei muß auch berücksichtigt werden, daß alle benannten Ärzte in unterschiedlichen Ländern mit unterschiedlichen Trinkkulturen lebten und praktizierten. Die Medizin, die im 19. Jahrhundert eine Autoritätsstellung erhielt, widmete sich zwar zunehmend sozialen Problemen, wodurch bestimmte Ansichten, Verhaltensweisen und Lebensstile medikalisiert wurden.

Die von Renggli und Tanner geäußerte Aussage, daß sich als Folge des neuen Krankheitsverständnisses von Sucht ein Wissen über Alkohol formierte, das immer systematischer auf eine kohärente Theorie der Sucht hin ausgerichtet wurde, hat sich anhand der vorgelegten Quellen nicht bestätigen können (Renggli, Tanner 1994). Die Klassifikation von Sucht als Krankheit ist historisch gesehen nicht durch neue Erkenntnisse über die somatischen Wirkungen von Alkohol auf die Psyche und den Körper entstanden, sondern vielmehr als Beschreibung von Folgen, die nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit und die Gesellschaft hatten. Angesichts der Vielfalt von modernen Suchtheorien und der Unstimmigkeiten über die richtige Therapiemethode läßt sich zudem kritisch hinterfragen, ob sich aus dem damaligen Versuch einer Medikalisierung von Sucht tatsächlich eine kohärente Theorie entwickelt hat, die in der Lage dazu ist, die Wirkungen von Alkohol und Opium (bzw. Heroin) auf den Menschen befriedigend erklären zu können. Der Wechsel scheint so nicht vollzogen worden zu sein, oder die vorgenommenen Veränderungen haben nicht ausgereicht, um ein stabiles Erklärungssystem zu entwickeln.

Die Begrifflichkeiten des postulierten Denkwandels oder Paradigmenwechsels in der Medizin sind in der untersuchten Literatur eng an die Wissenschaftstheorie von Thomas Kuhn geknüpft. Kuhn ging davon aus, daß sich ein Wandel im wissenschaftlichen Denken nur diskontinuierlich und über eine *wissenschaftlicher Revolution* herausbilden kann. Ein Wechsel innerhalb einer Wissenschaft vollzieht sich bei Kuhn *revolutionär*, also nicht linear als Akkumulation von neuem Wissen, sondern als ein revolutionäre Ablösung, die nicht allein auf rationale Erklärungen rückführbar ist (Kuhn 1969, 1999). Der Kuhnsche Paradigmenbegriff findet in der Literatur zur Definition und Sozialgeschichte der Sucht häufig Verwendung. Unter einem Paradigma verstand Kuhn eine neue wissenschaftliche Leistung, die offen genug ist, um neue ungelöste Probleme stellen und beantworten zu können. Treten jedoch Anomalien auf, d.h. Sachverhalte, die das Paradigma nicht mehr zufriedenstellend beantworten und erklären kann, dann "*gerät das Paradigma in eine Krise, die zu einer Phase der außerordentlichen Wissenschaft führt in der sich der Wechsel zu einem neuen Paradigma vollzieht*" (Engels 1992a, S. 990). Ein neues und für die Erklärung des Sachverhaltes besser geeignetes Paradigma tritt dann an seine Stelle.

Spode sieht in der Wissenschaftstheorie von Kuhn, wie viele andere Autoren, ein "*brauchbares Instrument*" zur Rekonstruktion des wissenschaftlichen Diskurses über den Alkohol. Nach Spode wurde die Theorie des zwanghaften Trinkens im Laufe des 19. Jahrhunderts von einer Schule zu einem Paradigma für die *normale Wissenschaft*⁵⁹, die allmählich daran ging, die vorgegebenen *Rätsel*⁶⁰ ihres Gegenstandsbereiches zu lösen.

⁵⁹ Die normale Phase einer Wissenschaft ist nach Kuhn dadurch gekennzeichnet, daß es keine alternativen Paradigmen oder Schulen gibt. Die Vielfalt und Pluralität von Denkschulen gehören nach Kuhn in die vorparadigmatische Phase einer Wissenschaft.

⁶⁰ Auftretende Anomalien werden bei Kuhn auch als Rätsel bezeichnet (Kuhn 1969, 1999, S. 50). "*Die revolutionäre Phase beginnt mit dem Auftreten eines neuen Paradigmas, das die Anomalien zu lösen verspricht*" (Gethmann in: Mittelstraß 1995b, S. 609).

"Von einer wissenschaftlichen Revolution [im Sinne Kuhns] kann man insofern sprechen, als das in einem umgrenzten Zeitraum ein neues Wissen über den Trinker entsteht. Es reklamiert nicht nur die Begierde als Gegenstand wissenschaftlichen Interesses, es ordnet und benennt dazu seine Elemente in einer Weise, die dem älteren Wissen fremd war und produziert somit eine neue Wirklichkeit sowie es selbst das Produkt einer neuen Wirklichkeit ist" (Spode 1993, S. 127).

Auch Wiesemann spricht von einer medizinischen Gemeinschaft⁶¹ die sich der Sucht gegenüber gleichgültig verhielt und die sich bis zum 19. Jahrhundert anscheinend kaum für Suchtmittel interessierte.

"Im Verlauf des 19. Jahrhunderts jedoch schlug diese scheinbare Gleichgültigkeit in ein stetig wachsendes Interesse um. Inzwischen zählen Süchte jeder Art zu den gefürchtesten Krankheiten der modernen Zivilisation [...]" (Wiesemann 2000, S. 175).

Dazu muß gesagt werden, daß das medizinische Interesse an der Substanz Alkohol zum einen durch die zunehmende Thematisierung einer Branntweinpest in der Gesellschaft sowie durch die Bildung neuer Abstinenz- und Mäßigkeitsbewegungen erklärbar gemacht werden kann. Zudem kann vermutet werden, daß Browns Arzneimittellehre bei seinen Gegnern maßgeblich dazu beigetragen hat, sich mit dessen brisanten Arzneimitteln, Alkohol und Opium, auseinanderzusetzen. Ob das zu einem neuen Wissen über Alkoholwirkungen auf den Körper führte, bleibt unklar. Es fand zwar eine Medikalisierung von bestimmten, über dem Maß empfundenen Konsummustern statt; andererseits wurden, vielleicht durch die neue Positionierung der Medizin an sich, auch andere Lebensbereiche (Sozialhygiene) medikalisiert.

Eine diskontinuierliche Veränderung, die eine einheitliche Auffassung zur Sucht in der Medizin hervorbrachte und zudem einen Wechsel von moralischen Argumentationsstrategien zu einer deskriptiven und somatischen Suchtvorstellung erkennen läßt, ist so denke ich nicht auffindbar⁶².

4.3.1. Eine Kritik der Interpretation der Suchtgeschichte und des postulierten Paradigmenwechsels nach Thomas Kuhn

Verschiedene Aspekte des hier postulierten Paradigmenwechsel und die Aussagen der hier zitierten Autoren aus der Sozialgeschichte und der medizinhistorischen Betrachtung sollen deshalb kritisch beleuchtet werden. Dazu gehören:

1. Die Verwendung des wissenschaftstheoretischen Konzepts von Thomas Kuhn.
2. Der Wechsel von einer moralisch-normativen Bewertung von Alkohol- und Alkoholkonsumenten zu einem Krankheitsverständnis. Ist es gerechtfertigt zu behaupten, daß sich die Ärzte und die Gesellschaft vor 1800 nicht für Alkohol und Alkoholkonsumenten interessiert haben?

⁶¹ In Anlehnung an die von Kuhn definierte *Scientific Community*. Unter Scientific Community verstand Kuhn *"practitioners of a scientific speciality, die eine Reihe gemeinsamer, von ihm spezialisierter Merkmale aufweisen. [...] Die Scientific Community fungiert sowohl in der normalen als auch in der revolutionären Phase als Argumentations- und Handlungssubjekt"* (Engels 1992b, S.1518).

⁶² Eine deskriptive und somatische Vorstellung von Trunksucht als Krankheit kann man allenfalls bei Brühl-Cramer finden, der die Trunksucht als physisches Übel beschrieb.

3. Welches Krankheitsverständnis und welche Krankheitslehre hat sich durchgesetzt? In der Literatur wird davon ausgegangen, daß neue Theorien und neues Wissen eine alte, konventionelle Sichtweise abgelöst haben.
4. Das Ergebnis des Wandels: welches Alkoholwissen hat sich schließlich durchgesetzt und ist das damalige Verständnis auch heute noch relevant? Wie wird der Alkoholkonsument heute beschrieben?

(1) Die Terminologie eines Paradigmenwechsels ist stark an die Wissenschaftstheorie von Kuhn gebunden, dessen Kriterien für reife Wissenschaften und eine wissenschaftliche Revolution sicher nicht auf die damalige Alkoholismusforschung anwendbar sind⁶³. Die Verwendung des Begriffes *Paradigma* und die Analyse der Suchtgeschichte nach Kuhn bleibt so angreifbar. Hecht erklärt sich mit der Verwendung des Paradigmenbegriffes innerhalb der Medizin generell nicht einverstanden und begründet dies damit, daß die entscheidenden Fortschritte in der Medizin nicht aus der Medizin selbst entsprungen sind, sondern aus ihren Basisdisziplinen (z.B. Biologie) hervorgebracht wurden (Hecht 1997). Warum im Fall der Sucht immer wieder auf den Paradigmenbegriff und ausschließlich auf die Wissenschaftstheorie von Kuhn zurückgegriffen wird, ist aus meiner Sicht nicht ganz verständlich. Der Eintritt der Medizin in eine *revolutionäre Phase* erscheint zweifelhaft, wenn man sich den historischen Kontext vergegenwärtigt

(2). Der historische Überblick konnte zeigen, daß die Ärzte, die mit einem *neuen Suchtverständnis* in Zusammenhang gebracht werden, unterschiedlichen medizinischen Schulen angehörten, und obwohl sie nacheinander aufgeführt werden, keinesfalls übereinstimmende Thesen über die Alkoholwirkung und die Rolle des Trinkers besaßen⁶⁴. Die Vielfalt der medizinischen Schulen und die unterschiedlichen Meinungen zum Alkoholkonsum legen es vielmehr nahe von einer im Kuhnschen Sinne vorparadigmatischen Phase zu sprechen.

Auch das Wissen über die Wirkungen des Alkohols und seine Folgen kann nicht durchgängig als *neu* bezeichnet werden. Porter merkt beispielsweise an, daß das Wissen über Alkohol bei Trotter nicht neu war, obwohl Trotter es als neue Erkenntnis vorstellte. Nach Porter schrieben auch andere schottische Ärzte über das Trinken und den Rausch als Geisteskrankheit, die Trotter jedoch in seinem Werk nicht erwähnte (Porter 1988). Ob sich das moralische Paradigma des Trinkers um 1800 in einer Krise befand, wie Kuhn sie definiert, ist deshalb fraglich⁶⁵. Im 18. Jahrhundert gab es kein einheitliches Paradigma, das Alkoholwirkungen und Konsummuster beschrieb und erklärte. Zudem läßt sich das Wissen über Alkohol keiner spezifischen Disziplin oder *Scientific Community* zuweisen. Der Alkoholkonsum und seine Folgen war Gegenstand der Theologie, Chemie und Medizin sowie des Alltagswissens.

⁶³ Bei Kuhn legen die Kriterien, die er an eine reife Wissenschaft anlegt, den Schluß nahe, daß er von Wissenschaften wie die der Chemie oder Physik spricht, die Psychiatrie und Medizin befand sich im 18. Jahrhundert nach Kuhnschen Vorstellungen allenfalls in einem vorwissenschaftlichen Stadium.

⁶⁴ Orientiert man sich an Fleck so erscheint es fragwürdig, ob sich Ideen immer nur als Denkprozesse einer einzelnen Person verstehen lassen, oder ob sie wie Fleck es postuliert, nicht auch abhängig von den Zeitströmungen und dem Denkkollektiv. d.h. einer Gruppe von miteinander kommunizierenden Wissenschaftlern sind (Fleck 1983).

⁶⁵ Mit dem bisher gesagten, könnte man höchstens vermuten, daß sich die gesamte Medizin mit den verschiedenen Schulen sowie der neuen gesellschaftlichen Rolle im Umbruch befand.

Die Denkweise *Sucht ist Krankheit* wurde durch die unterschiedlichen Krankheitslehren, die im 17. Jahrhundert aufkamen, vorbereitet. Vor allem die Symptomlehre von Sydenham könnte dazu beigetragen haben, daß die Folgeerscheinungen von starkem Alkoholkonsum zu Symptomkomplexen geordnet und als Krankheitsbild gedeutet wurden. Die Fokussierung auf die Substanz wird als neues Element eines medizinischen Interesses an der Ursachen-Wirkungsbeziehung gedeutet. Es läßt sich jedoch zeigen, daß die Problematisierung der Substanz selbst schon zu Zeiten der Reformation als neue Argumentationsstruktur eingebracht worden ist (Spode 1993). Die verschiedenen medizinischen Denkschulen um 1800 schienen miteinander zu konkurrieren und verhalfen den Substanzen Alkohol und Opium möglicherweise zu einer *erneuten* Aufmerksamkeit.

(3) Wiesemann mißt vor allem dem Konzept des Brownianismus eine bedeutende Rolle innerhalb der Medizin, aber auch der Suchtgeschichte bei. Mit einer zunehmenden Popularität der Brownianer, die von Naturphilosophen und Romantikern unterstützt wurden, gerieten die konventionellen Behandlungsmethoden unter Beschuß (Wiesemann 2000). Die alternativen Heilmethoden des Brownianismus, die Opium und Alkohol als Therapiemethode vorsahen, wurden deshalb wiederum von seinen Gegnern angegriffen. Diese betonten die potentiellen Gefahren und die Schädlichkeit dieser Substanzen und benutzten die Arzneimittel Branntwein und Opium dazu, die herkömmliche Krankheitslehre und Arzneimittellehre ⁶⁶ zu verteidigen. Man kann nur darüber mutmaßen, ob das Aufzeigen nachteiliger Nebenwirkungen von Alkohol und Opiaten dazu diente, die unspezifische Gegentheorie von Brown, anhand seiner *gefährlichen* Behandlungsweisen mit Opium und Alkohol, zu torpedieren. Das würde dann jedoch bedeuten, daß sich nicht die neue, sondern die bereits etablierte Idee in der Medizinlehre der damaligen Zeit durchsetzen konnte. Betrachtet man den medizinischen Diskurs aus dieser möglichen Perspektive, erscheint die Idee der Gefährlichkeit der Drogen und dessen krankmachenden Wirkungen weniger neu und revolutionär. Gegen die Annahme einer wissenschaftlichen Revolution in Bezug auf medizinische Krankheitskonzepte schreibt Rotschuh

"Aber es bestanden in der Regel zur gleichen Zeit mehrere konkurrierende Konzepte nebeneinander. Das ist in der Medizin bis heute möglich. Denn waren solche Konzepte und Alternativ-Konzepte auch logisch schlüssig und anwendungsfähig, so waren ihre Grundannahmen in der Regel gar nicht bestätigungsfähig bzw. nicht mit zwingenden Argumenten widerlegbar" (Rotschuh 1977, S. 85).

Rotschuhs Anmerkung enthält einen Aspekt, der sich mit der Kuhnschen Idee einer *normalen Phase der Wissenschaft* nicht vereinbaren läßt. Seine Anmerkung impliziert, daß es in der Medizin nicht immer möglich ist, Konzepte durch Fakten zu bestätigen oder zu widerlegen und es durchaus denkbar ist, daß sich verschiedene Ideen in der Praxis bewähren können⁶⁷. Der Zustand *der Krise oder Anomalie* wird

⁶⁶ Man denke an die aktuelle Diskussion um den medizinischen Einsatz von Cannabioden in der Schmerztherapie.

⁶⁷ Auch für Fleck ist die Auffassung einer Krankheit zu einer bestimmten Zeit kein einheitliches Phänomen. Die Folge verschiedener Ideen manifestiert sich für Fleck in [...] "*der Inkommensurabilität der Ideen, sie ergibt sich aus der jedes Mal anderen Weise die Krankheitsphänomene zu fassen und führt dazu, daß es unmöglich ist, sie einheitlich zu beschreiben*" (Fleck 1927, 1983, S 43).

damit zur Regel statt zur Ausnahme und kann durchaus auch als ein positiver Zustand betrachtet werden.

Die medizinischen Konzepte sind jedoch auch von dem Krankheitsverständnis der jeweiligen Zeit abhängig und nehmen eine Schlüsselrolle innerhalb der Diskussion um das Phänomen der Sucht ein. Die Zuordnung von menschlichen Zuständen oder Prozessen zu einer Krankheit wird von dem Verständnis über Krankheit per se bestimmt. Für Bacon ist die Entscheidung, *"ob Alkohol eine Krankheit sei, nicht allein davon abhängig wie Alkoholismus definiert oder bewertet wird, sondern ebenso sehr davon, wie Krankheit selbst definiert wird"* (Bacon in: Scheerer, Vogt 1989, S. 90). Krankheit kann dabei normativ und unter moralischen Gesichtspunkten betrachtet werden und muß nicht notwendigerweise als Gegensatz zu einem moralischen Paradigma von Trunksucht verstanden werden⁶⁸. Ob eine Krankheit als Willenseinschränkung, als Ausdruck von Fehlverhalten, als Sünde, oder als organische Störung interpretiert wird, erscheint auch von essentieller Bedeutung dafür zu sein, was man unter Alkoholkrankheit versteht. Ob man an eine Krankheit selbst verschuldet hat, oder ob man zum Opfer eines Krankheitsbefalles wurde, legt auch die Rolle des Kranken und in diesem Kontext des Süchtigen fest. Geht man von einem somatischen und naturwissenschaftlichen Krankheitsbegriff aus, könnte man tatsächlich von einer veränderten Perspektive sprechen, die eine moralisch-normative Ansicht durch eine statistische oder biologische Norm abgelöst hat. Spricht man jedoch von einer Krankheit des Willens und der Vernunft, nähert man sich einen psychiatrischen Krankheitsbegriff an, von dem bis heute umstritten ist, ob er sich als rein deskriptiv beschreiben läßt oder ob dieser von sozial erwünschten Sollwerten ausgeht, wie einige der hier aufgeführten Zitate und Ansichten vermuten lassen. Es erscheint so fragwürdig, ob die Wechselwirkungen zwischen sozialer Bewertung und Medizin zugunsten eines positivistischen Krankheitsverständnisses aufgegeben worden sind. Auch Wiesemann erwähnt die "neue Krankheit" der Trunksucht auf folgende Weise:

"Der britische Arzt Trotter hat die Neigung zum Trunk von einer Angelegenheit der Moral zu einer Krankheit des Willens umgedeutet und damit zu einem medizinischen Problem gemacht" (Wiesemann 2000, S. 175).

Hier wird der zentrale Aspekt einer von vielen historischen Autoren geäußerten Krankheitsvorstellung angesprochen. Die Verbindung von Willensfreiheit und persönlicher Autonomie mit einem krankhaften Zustand hat vielleicht gerade der Substanz des Alkohols zu einer "Medikalisierung" verholfen. Das Verständnis von Krankheit, das den Verlust oder die Beeinträchtigung eines freien und rationalen Willens miteinschließt, kann auch als moralisches Problem verstanden werden. So ist es fraglich, ob die Krankheit des Willens nicht doch auch ein Gegenstand der Moral und der Ethik geblieben ist. Gerade die Verquickung von freiem Willen mit einem psychischen Krankheitszustand führten zu einem Konzept, das die in der Zeit relevanten Aspekte einer Alkoholbewertung in sich aufnehmen konnte und das Verhalten der Trinker möglicherweise verständlicher erscheinen ließ. Mit der Betonung des Krankheitscharakters wurde die Problemperspektive umgelenkt (Peele 1985). Das "Etikett" der Krankheit eröffnete eine neue Betrachtungsweise. Andererseits muß die Umlenkung auf eine medizinische Perspektive nicht

⁶⁸ Das Krankheitsparadigma wird aus heutiger Sicht in der Medizingeschichte als Fortschritt betrachtet und daher als *besser* verstanden, dabei ist die Wertung des Besseren meistens an die Folgen einer solchen Medikalisierung gebunden, die als positive betrachtet werden.

notwendigerweise zu einer vollständigen Ablösung oder Verwerfung von moralischen Argumenten geführt haben. Auch Schaler spricht von einer *Mischung aus Moral und Medizin*, der im 19. Jahrhundert zu dominieren scheint (Schaler 2000, S. 49).

(4) Die historischen wie auch aktuellen Betrachtungen der Suchthematik legen die Vermutung nahe, daß die einzelnen Denkweisen, die moralische und die medizinische, nicht unbedingt abgelöst voneinander zu betrachten sind, sondern daß beide Interpretationsmöglichkeiten miteinander kombiniert oder ineinander integriert werden konnten. Damit konnte möglicherweise die Erklärung des übermäßigen Alkoholkonsums, und die als Problem verstandenen Verhaltensänderungen auf spezifische Weise erweitert und an soziale und wissenschaftliche Veränderungen angepaßt werden⁶⁹. Schaler sieht in dem angeblich neuen Konzept lediglich eine Vermischung von moralischen und medizinischen Elementen, die die Mäßigkeit zur Gesundheit, und die Unmäßigkeit zur Krankheit stilisiert habe (Schaler 2000, S. 51). Im Zusammenhang mit den Ausführungen von Rush zur Trunkenheit stellt Schaler fest:

"These were moral judgements and proclamations disguised in medical language. As Szasz has noted, Rush did not recognize that drinking was a medical problem, he defined it as one" (Schaler 2000, S. 50).

Levine merkt dazu an

"the view of temperance advocates was not purely medical, to them drunkenness was both a sin and a disease" (Levine 1978, S. 157).

Für Levine ist das *neue* Modell daher eher eine Kombination aus Krankheit und moralischer Betrachtungsweise. Die Verbindung von Alkohol mit der Degenerationstheorie zeigt zudem eine weitere Periode auf, in der der Krankheitsbegriff auf moralisierende Art und Weise auf die Trunksüchtigen angewandt und mit Adjektiven wie *minderwertig*, *heiratsunwürdig*, *abnormal*, *entartet* oder *verweichlicht* assoziiert wurde. Die Vererbbarkeit solcher Eigenschaften entlastete den Trinker zwar von der moralischen Schuldzuweisung, andererseits verursachte es, wie Spode selbst anmerkt geradezu die moralische Verurteilung und Ausgrenzung der Betroffenen (Spode 1993). Valverde bezeichnet die WHO-Definition von Sucht aus den 50er Jahren, in diesem Zusammenhang als Hybrid aus Laster und Krankheit. Auch heute noch lassen sich sowohl in der Gesellschaft, als auch bei professionellen Helfern des Suchthilfesystems, neben biomedizinischen auch moralische und subjektive Vorstellungen zur Sucht finden. Auch in den aktuell geführten Diskussionen spielt die Schuldfrage, die Frage nach den moralischen Hintergründen und der *Freiwilligkeit*, eine entscheidende Rolle innerhalb der Bewertung von Suchtkranken. Die Frage nach möglichen Autonomiegraden, dem Krankheitswert und der moralischen Verantwortung seitens der Betroffenen für ihre Krankheit werden im Kontext der Sucht auch heute noch gestellt. Es läßt sich also vermuten, daß das moralische Modell nicht abgelöst, sondern lediglich mit neuen Krankheitslehren und den daraus ableitbaren Krankheitsbegriffen verbunden, oder in Einklang gebracht wurde. Eine andere Möglichkeit wäre, daß das Krankheitsverständnis der entsprechenden Zeit geprägt war von moralisch-religiösen Vorstellungen und den damit einhergehenden Interpretationen der *Alkoholkrankheit*. Ein Wechsel in der medizinischen Denkweise kann nur für bestimmte Ärzte postuliert werden; nämlich die, die der Suchtkrankheit eine somatische und deskriptive

⁶⁹ Alternativ dazu könnte man auch vermuten, daß die beiden Konzepte immer noch nebeneinander bestehen.

Vorstellung von Krankheit zugrunde legten. Dies läßt sich jedoch auf Brühl-Cramer begrenzen.

4.3.2. Alternative Interpretationsmöglichkeiten

4.3.2.1. Fleck und Lakatos

Die Idee einer Kombination bzw. Integration von Wissen aus unterschiedlichen Gegenstandsbereichen und Zeiten läßt sich nicht unbedingt mit einem revolutionären Paradigmenwechsel, wie Kuhn ihn postuliert, beschreiben, sondern kann möglicherweise besser mittels anderer wissenschaftstheoretischen Analyseinstrumentarien, wie die von Imre Lakatos beschriebenen *Forschungsprogramme*, oder die Idee des Denkstils bei Fleck, beschrieben werden (Lakatos 1982). Bei dem Wissenschaftstheoretiker Lakatos findet sich beispielsweise keine totale Verwerfung des älteren, oder andersartigen Wissen, sondern eine neue Theorie T' enthält immer auch den nicht widerlegten Teil einer älteren Theorie T. Der Vorteil von T' liegt in der Formulierung von neuen Vorhersagen und der Möglichkeit andere, verständlichere Erklärungsschemata anbieten zu können. Sicher ist auch die Theorie der Forschungsprogramme innerhalb der wissenschaftlichen Theorien auf die Geschichte des wissenschaftlichen Suchtverständnisses nur bedingt, d.h. begrenzt, anwendbar⁷⁰. Dennoch erscheint mir die Idee einer Integration von Anteilen, der früher auftretenden, moralischen Bewertung von Alkohol und dem *neuen* biologisch-medizinischen Erklärungsschema durchaus denkbar und könnte vielleicht auch den zweideutigen und oft widersprüchlichen Umgang mit den Begriffen der Sucht und süchtigen Menschen erklären helfen. Eine andere und für das Suchtverständnis sehr interessante Variante bietet die 1935 von Ludwik Fleck formulierte Erkenntnistheorie, als Wissenschaft über Denkstile und Denkkollektive an. Wie bereits in Kapitel 2. erwähnt, verstand Fleck unter einem Denkstil

"das Ergebnis theoretischer und praktischer Ausbildung der gegebenen Person und indem er von Lehrer auf Schüler übergeht, stellt er einen gewissen traditionellen Wert dar, der einer spezifischen geschichtlichen Entwicklung und spezifischer soziologischen Gesetze unterliegt" (Fleck 1935, 1983, S. 68).

Ein Denkstil ist in diesem Sinne also nicht von einer objektiven Sicht aus zu betrachten. Immer wieder und wieder, schreibt Fleck, ist es notwendig, den Blickwinkel zu wechseln und von seinem Standpunkt zurückzutreten (Fleck 1927, 1983, S. 42). Der Denkstil ist vielmehr ein Konstrukt, das von nicht empirischen Elementen mitbestimmt wird. Diese nicht empirischen Elemente bezeichnet Fleck auch als geistige Produkte, oder eben als Denkstile. In der Geschichte der Sucht, so versuchte ich zu zeigen, fließen in die Definition dessen, was wir unter Sucht verstehen und verstanden haben, ebenfalls nicht empirische Aspekte ein. Darunter lassen sich beispielsweise das Gedankengut der Reformation, oder aber auch die philosophische Strömung der Aufklärung rechnen. Bei Rush läßt sich sogar eine an das reformatorische Gedankengut angelehnte Sprache finden. Lebensglück und sündhaftes Laster liegen nah beieinander. Nur das unmäßige Trinken führt bei Rush zu einer krankhaften Abweichung, die mit einem moralischen Verfall einhergeht. Die Gedanken von Rush werden so als eine Mischung aus medizinischer- und

⁷⁰ Auch die Theorie von Lakatos trifft, genau wie die von Kuhn eher auf die sogenannten harten Naturwissenschaften zu und weniger auf die Medizin und Psychiatrie.

moralischer Sprache formuliert. Vielleicht könnte man Rush im Fleckschen Sinne eine Koexistenz von zwei Denkstilen, nämlich ein moralisches und ein medizinisches Erklärungsmodell, unterstellen. Vielleicht ließ sich medizinisches Wissen im Mantel einer gängigen Moralsprache auch einfach besser verkaufen und verbreiten? Die Denkstile werden bei Fleck als kollektive Erkenntnisleistung gedacht.

"Wissenschaftliche Arbeit ist immer auch Kollektivarbeit. Wissenschaftliche Motive entstammen Kollektivvorstellungen. Kollektive Erfahrungen können so auch als Basis von wissenschaftlichen Entdeckungen angeführt werden" (Fleck 1980, S. 75).

Dieser Gedankengang induziert die Betrachtung des Gesamtgeschehens und der Wechselwirkungen von Forschungstätigkeiten und schenkt der Fokussierung auf einzelne Ärzte, als isolierte Pioniere, wenig Bedeutung. Fleck wendet sich damit vehement gegen die Idee, einzelne geniale Forscher könnten solche Erkenntnisleistungen allein erbringen. Angesichts der hier postulierten Außeneinflüsse und des Gedankenaustausches der Ärzte untereinander erscheint die Perspektive einer übergreifenden Betrachtung, mit all ihren Wechselwirkungen, als interessante Alternative bei der Beschreibung einer Problematisierung von Alkohol und seinen Konsumenten. *"Durch den Austausch in einer Gesellschaft werden Ideen verändert, umgeformt, weiterentwickelt, mit anderen Ideen verknüpft oder abgeschwächt"* (Fleck 1980, S. 58-59).

Fleck merkt zudem an, daß bestimmte *Vor- bzw. Präideen* über einen längeren Zeitraum hinweg überleben und *Altes* und *Neues* miteinander verschmilzt⁷¹ (Fleck 1983, S. 20). Das bedeutet, daß nicht unbedingt von einem revolutionärem Wechsel ausgegangen werden muß. Für Fleck beispielsweise sind die Ideen in den Wissenschaften kontinuierliche Entwicklungen. Zudem läßt die Wissenschaftstheorie von Fleck, wie auch die von Lakatos eine Verbindung von neuen Denkstilen zu den historisch beschreibbaren zu und macht sie vergleichbar. Die einzelnen Denkstile relativieren dabei unsere eigene Perspektive und weisen auf ein Problem hin, das ich kurz *Problem der Perspektivität* nenne, welches unsere Herangehensweise an historische Quellen mit *den Augen unserer Zeit* in Frage stellt; oder, wie Fleck es ausdrückt, *"gehen wir heute mit unseren wissenschaftlichen Denkstilen an die Lektüre alter wissenschaftliche Schriften heran, unterstellen wir den Worten unwillkürlich die heutigen Inhalte"* (Fleck 1983, S.100). Dieses Problem läßt sich vielleicht am Besten am Krankheits- oder Freiheitsbegriff im historischen wie aktuellen Suchtdiskurs verdeutlichen. Das perspektivische Problem wird hier selbstkritisch angewandt. Insofern wird die hier vorgestellte Sichtweise und Interpretation der Daten nur als alternative Betrachtungsweise und keineswegs als absolute oder bessere Interpretation angesehen und zur Diskussion gestellt. Die historische Betrachtung von Wissenschaft, wie sie Lakatos oder Fleck durchführen, stellt in dieser Arbeit die bevorzugte Sichtweise zur Historizität der Sucht und des Krankheitsbegriffes dar. Der Begriff des Paradigmas wurde in dieser Arbeit deshalb zugunsten des Fleckschen Denkstils fallen gelassen. Eine weitere Möglichkeit zur Betrachtung historischer Rekonstruktion bieten die Überlegungen zur narrativen Erzählstruktur an.

⁷¹ Engels schreibt im Zusammenhang der historischen Dimension von Flecks Wissenschaftstheorie: *In Denkstile gehen somit Elemente unterschiedlichen Alters ein, die nicht immer zueinander passen und möglicherweise sogar einander widersprechen* (Engels 1995, S. 329).

4.3.2.2. Sucht als Erzählung einer Geschichte des medizinischen Erfolgs

Die Geschichte der Sucht kann als Geschichte mit narrativer Struktur angesehen werden. Die Eingangsperspektive ist unsere heutige Vorstellung von Suchtkranken und unser heutiges Wissen über Alkohol und seine Wirkungen. Die Texte, die unseren Texten und Erzählungen ähneln, werden als medizinischer Fortschritt der damaligen Zeit gewertet, wobei wir uns die Textstellen aussuchen, die sich am besten mit den von uns bekannten Suchtprozessen und -theorien decken. Die Geschichte der Problematisierung des Alkoholkonsums in der Medizin im 19. Jahrhundert ist eine Darstellung von ärztlichen Beobachtungen und Publikationen, denen eine große Bedeutung zugeschrieben wird. Sie sollen den Leser von den aktuellen Definitionsversuchen *Sucht ist Krankheit* überzeugen, indem sie den Denkstil historisch erklären; die Geschichte hat damit Begründungs- und Überzeugungsfunktion. Im Fall der Sucht sind es die Pioniere der modernen Suchtforschung, wie sie die Ärzte Hufeland, Trotter, Rush und Brühl-Cramer repräsentieren. Sie sind die Helden der medizinhistorischen Auseinandersetzung mit Sucht, Alkohol und Opium, weil sie den Krankheitswert der Sucht erkannt haben. Die Erzählung beschreibt die Entdeckungsgeschichte der Trunksucht und benutzt die Autorität der berühmten Ärzte, die schon damals als angesehene Koryphäen ihres Faches galten, als überzeugende Argumente. So wird beispielsweise darauf verwiesen, daß Hufeland Hofarzt und Leibarzt von Goethe war. Eine lineare Darstellung der Geschichte vermittelt zudem den Eindruck eines progressiven Prozesses, an dessen Ende unsere heutige Krankheitsdefinition von Sucht steht. Es gab jedoch auch andere Ärzte, wie beispielsweise Brown, dessen Arzneimittellehre von der Verwendung von Alkohol, Opium und anderen Narkotika und Stimulanzien gekennzeichnet war, sowie Ärzte, die auf erzieherische und moralisierende Weise mit dem Problem der Alkoholisierung der Bevölkerung umgingen. Diese werden jedoch innerhalb der Beschreibung der Suchtgeschichte allenfalls als rückschrittliche Kontrahenten unserer Helden erwähnt.

Die Erzählstruktur folgt nach Haker bestimmten Wertungsgesichtspunkten, die von der Perspektive des Erzählers und der jeweiligen Gegenwart abhängig sind (Haker 2000). Die Problematisierung des Alkohols im medizinhistorischen Kontext beschreibt nicht nur, sondern verweist auch auf Werturteile, die nicht explizit angesprochen werden, da sie vom Autor möglicherweise unbewußt anerkannt wurden, oder weil versucht wird eine falsche Neutralisierungstendenz in die Erzählperspektive einzubringen, um den Leser von der Sicht und Bewertung des Autors zu überzeugen. So fließen in die Erzählperspektive zweifellos heutige Krankheitsverständnisse und die aktuelle sozialpolitische Situation ein, um zunächst eine Verbindung zur Gegenwart herstellen zu können.

"Die vom Erzähler entwickelte Strategie der Überzeugung will dem Leser eine Sicht der Welt aufzwingen, die niemals ethisch neutral ist, sondern vielmehr implizit oder explizit eine neue Bewertung der Welt und des Lesers selbst induziert." (Haker 2000, S. 49).

So reiht sich die Geschichte der Sucht möglicherweise in eine gewisse Denktradition ein, die den Menschen im Sinne der Aufklärung als vernunftbegabten Menschen versteht, welcher aber durchaus Interessen entwickeln kann, die für ihn selbst und für andere schädlich sind (in Anlehnung an Haker 2000). Der moderne Liberalismus fokussiert dabei stärker auf das Individuum und dessen Rechte, die nicht mehr von einer Moral bestimmt sein sollen, sondern durch die Toleranz einer pluralen

Gesellschaftsordnung geprägt werden. Die Interpretation muß demnach auch auf das dahinterstehende Wertsystem des Autors und seine Ziele hin befragt werden. Dazu gehört es auch, Begriffe kontextspezifisch zu reflektieren und seine eigene Autoren- und Leserposition zu überdenken. Die Wertungsebene, die hierbei erwähnt wird, soll im weiteren immer mit zur Diskussion stehen und auch innerhalb aktueller Denkstile zur Sucht diskutiert werden können.

4.4. Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Ablösung eines moralischen Verständnisses der Sucht durch ein medizinisches Krankheitsverständnis der Sucht nur insofern stattgefunden hat, als man von einem rein deskriptiven Krankheitsverständnis der Sucht ausgeht, das den Zustand einer Sucht als somatische Funktionsstörung versteht. Die Ausführungen von z.B. Hufeland, Rush, oder Heinroth legen jedoch nahe, daß mindestens einige *Pioniere der Suchtmedizin* von einem normativen Krankheitsverständnis ausgegangen sind, das pharmakologisches und physiologisches Wissen sowie soziale Normen und sittliches Handeln in sich vereinigte. Dies muß nicht notwendigerweise als rückschrittlich angesehen werden. Siegler und Osmond behaupten zum Beispiel, daß ein Modell aus Moral und Medizin am geeignetsten für die Beschreibung von Sucht und Mißbrauch sein könnte (Siegler, Osmond 1974). Der Vorteil, so die Autoren, besteht darin, daß das Modell nicht auf eine rein wissenschaftliche, faktische Ebene zurückgreift, sondern den Rekurs auf bestimmte Zielvorstellungen⁷² (Wertvorstellungen) in der Therapie zuläßt. Siegler und Osmond sprechen deshalb bewußt nicht von einem Krankheitsverständnis der Sucht, sondern von einem medizinischen Modell oder einer medizinischen Interpretation von Sucht (Siegler, Osmond 1974). Die Wiederentdeckung einer normativ-moralischen Ebene soll jedoch nicht mit einer Zeigefingermentalität verwechselt werden, die den Drogenabhängigen als lasterhaften Kranken darstellt und ihn gesellschaftlich abwertet. Die *Neutralisierungstendenz* hat jedoch zur Folge, daß eine Reflexion über Wertungen nicht mehr zugelassen wird und daß Begriffe wie Krankheit, Verlangen und Wille, wie ja in diesem Kapitel zu sehen war, nicht scharf definiert werden, sondern als interpretationsbedürftige, sprachliche Konzepte im Raum stehen. Durch die Einengung der Sucht auf ein medizinisch-pragmatisches Verständnis geht viel an Erklärungspotential verloren, was wiederum zu Defiziten im Suchtdiskurs führen kann. Der gegebene Diskussionsrahmen erscheint mir daher zu wenig reflektiert und zu eng abgesteckt zu sein, um die entstandenen Probleme und Fragen überhaupt beantworten und auflösen zu können.

Der Begriff des Denkstils wurde in Anlehnung an die Wissenschaftstheorie von Ludwik Fleck bereits eingeführt und wird in dieser Arbeit dazu benutzt, die aktuellen Verständnisweisen zur Sucht und den davon betroffenen Menschen sprachlich zu beschreiben. Bei der Analyse der Definitionen und Theorien zur Sucht, aber gerade auch im Hinblick auf praktische Lösungsvorschläge, ist eine Reflexion der einzelnen Denkstile deshalb unverzichtbar. Der Begriff des Denkstils wird im Sinne von Flecks Definition als eine Denkweise verstanden, die durch geschichtliche und wissenschaftliche Entwicklungen sowie soziale Bedingungen geprägt ist. Jede Disziplin, wie auch jede Person, kann von unterschiedlichen Denkstilen beeinflusst

⁷² Zielvorstellungen spielen vor allem innerhalb der heutigen psychotherapeutischen Behandlung eine große Rolle und werden von Tretter in diesem Zusammenhang auch als Sollwerte bezeichnet, die von Therapeuten und/oder Institutionen festgesetzt werden (Tretter 1997).

werden. Der Begriff eines Denkstils impliziert also die Berücksichtigung von biologischen, psychologischen, soziologischen und historischen Einflüssen, die sich gerade auch bei einer Beschreibung von Sucht aufzeigen lassen. Ein Denkstil lässt sich so nicht nur ausschließlich auf eine Theorie oder eine Person zurückführen. Dieses Verständnis von Erkenntnisbildung schließt eine mögliche Koexistenz von Denkstilen ein. Der Begriff des Denkstils bietet mit den Worten von Fleck die Möglichkeit an, ständig den Blickwinkel zu wechseln und vom eigenen Denkstandpunkt zurücktreten zu können. Die Idee des Denkstils soll auch im nächsten Kapitel dazu dienen, das aktuelle Krankheitsverständnis und alternativen Möglichkeiten einer Suchtdefinition zu beschreiben und miteinander zu vergleichen.

5. Das aktuelle Suchtverständnis

Das Suchtverständnis und die einzelnen Suchtdefinitionen scheinen nicht nur ein komplexes Phänomen zu beschreiben, sondern bieten, wie im historischen Exkurs gezeigt werden konnte, auch eine Orientierung des darauf bezogenen Handelns an. Die Handlungsorientierungen versuchen die Frage, was können wir gegen eine Suchtentwicklung tun und welche Art von Hilfe können wir den betroffenen süchtigen Menschen anbieten, zu beantworten. Dabei benennen sie zuständige Stellen und Akteure sowie Zielvorgaben, die entsprechende Hilfeleistungen näher spezifizieren sollen. Ein Denkstil bietet damit nicht nur eine Erklärungsmöglichkeit zur Sucht an, sondern ist auch Ausdruck einer Strategie zur Bewältigung des so definierten Problems.

Im folgenden Kapitel möchte ich deshalb die aktuellen Denkstile zur Sucht, die in den Definitionen (1) Sucht ist Krankheit, (2) Sucht ist deviantes Verhalten, (3) Sucht ist erlerntes Verhalten und (4) Sucht ist eine alternative Lebensweise bzw ein kulturelles Konstrukt zum Ausdruck gebracht werden, analysieren. Die eben genannten Denkstile repräsentieren dabei nicht unbedingt gegenläufige Verständnisweisen von Sucht, sondern können auch als Ergänzung zum Krankheitsverständnis, oder als spezifische Interpretation von Krankheit aufgefaßt werden. Die einzelnen Denkstile wurden in dieser Arbeit aufgrund (1) ihrer Ursachentheorie, (2) der Definition von Sucht, (3) den Handlungsoptionen sowie (4) aufgrund der damit verbundenen Zielstellungen in der Praxis, voneinander abgegrenzt.

Das historische wie aktuelle Krankheitsverständnis von Sucht bilden jedoch den Ausgangspunkt eines Diskurses über Sucht. Befürworter und Gegner (oder Anhänger anderer Denkstile) beziehen sich dabei auf entsprechende Krankheitsbegriffe. Ich möchte deshalb zunächst auf das heutige Krankheitsverständnis von Sucht eingehen, um dann zu fragen, warum das aktuelle Krankheitsverständnis von Sucht unter Kritik geraten ist und was dem Krankheitsverständnis als Ergänzung oder aber auch als Alternative gegenüber gestellt wird. Da Sucht als psychische Störung definiert wird (z.B. DSMIV, ICD), bezieht sich die Definition *Sucht ist Krankheit* auf den psychischen Krankheitsbegriff in der Medizin, der ausführlicher betrachtet werden soll.

5.1. Was bedeutet psychisch krank?

Die Möglichkeit eines einheitlichen Krankheitsbegriffes in der Psychiatrie ist umstritten. Die allgemeinen Auffassungen über psychische Erkrankungen reichen vom Konzept eines einheitlichen Phänomens, das auf jeweilige spezifische, wenn auch teilweise unbekannte Bedingungen zurückzuführen ist (z.B. organisches Modell), bis hin zur Aberkennung des substantiellen Gehaltes des Phänomens selbst wie z.B. in der Anti-Psychiatrie⁷³ (Bastine 1990). Zunächst ist also zu fragen, wo das Problem eines psychischen Krankheitsbegriffes liegt und ob sich in den verschiedenen Krankheitsauffassungen der Psychiatrie Gemeinsamkeiten finden lassen, die eine psychische Krankheit allgemein beschreibbar machen. Vollmoeller weist in diesem Zusammenhang auf einige Probleme hin, die ein einheitliches

⁷³ Unter Anti-Psychiatrie versteht man einen radikalen Ansatz, der die Definition der psychischen Störung als durch den sozialen Kontext bestimmt auffaßt. In der Anti-Psychiatrie wird davon ausgegangen, daß es ohne die Existenz von Psychiatern und psychiatrischen Kliniken keine Erscheinungsweise von psychischer Erkrankung geben würde (konstruktivistische Sichtweise).

Krankheitsverständnis in der Psychiatrie behindern. Dazu gehören die Medikalisierung von Lebensbereichen und die so entstandene heterogene Gruppe von Kranken (Vollmoeller 2001). Ein wesentliches Problem stellt dabei die Grenzziehung zwischen noch gesundem und bereits krankem psychischen Erleben dar. Eine Grenzziehung benötigt zunächst allgemeine Kriterien, die es ermöglichen, psychische Normalität erkennen und auf den Einzelfall anwenden zu können. Zudem besteht die Möglichkeit einer mißbräuchlichen Verwendung des psychiatrischen Krankheitsbegriffes, der auf unliebsame menschliche Eigenschaften und Lebensweisen übertragen werden kann (Vollmoeller 2001).

Um abweichendes (deviantes) Verhalten als Krankheit definieren zu können, müssen die Betroffenen nach Comer entweder einen Leidensdruck verspüren, in ihren Fähigkeiten und Lebensoptionen beeinträchtigt oder beschränkt sein, oder eine Gefährdung für Dritte bzw. für ihr direktes Umfeld oder die Gesellschaft darstellen (Comer 1995). Damit benennt Comer Merkmale von psychischer Krankheit, die sich innerhalb aller Krankheitsauffassungen in der heutigen Psychiatrie wieder finden lassen. Comer setzt Vollmoellers Skepsis also mögliche Gemeinsamkeiten entgegen. Allen gemein, so Comer, ist die Betonung von vier Merkmalen (a) Devianz, (b) Leidensdruck, (c) Beeinträchtigung und (d) Gefährdung (Comer 1995). Die Abweichung wird dabei als Abweichung von einer Verhaltensnorm beschrieben.

Der Begriff der *Norm* kann in diesem Kontext auf unterschiedliche Verhaltensmaßstäbe rekurren. Unter *Norm* kann (1) eine *statistische Norm* (1), eines biologischen oder psychologischen Durchschnittswertes verstanden werden; eine Norm läßt sich aber auch als (2) *soziale Norm* definieren, die an Vorstellungen der Gesellschaft, über das, was als angemessen bzw. *normal* bezeichnet wird, geknüpft ist. Eine soziale Norm kann sich in Verhaltenskodex, Regeln und Gesetzen widerspiegeln, die diese Vorstellungen in einer Gesellschaft umsetzen. Der Begriff der Verhaltensnorm kann andererseits durch eine (3) *Idealnorn* charakterisiert werden, die wiederum auf das *Idealbild* eines psychisch und physisch gesunden Menschen zurückgreift. Baumann und Perrez führen interessanterweise noch eine weitere Bedeutung des Normbegriffes in der Psychiatrie ein und verweisen auf eine (4) *intraindividuelle Norm*. Diese, so Baumann und Perrez beschreibt das frühere oder typische Verhalten einer Person über ein zeitliches Kontinuum, das dem als abnormal bezeichneten Verhalten individuell gegenübergestellt werden kann (Baumann, Perrez 1998). Hier fungiert die Person und ihre Biographie selbst als Maßstab für das mögliche veränderte Verhalten⁷⁴. Der psychiatrische Krankheitsbegriff weist eine gewisse Abhängigkeit von Normen auf, die durchaus an moralisch-normative Vorstellungen anknüpfen können, die einen Idealzustand, ein So-Seinsollen beschreiben. Ein statistischer Wert ist zunächst lediglich eine neutrale Abweichung im Verhalten, wenn dieses jedoch als Krankheit und als veränderungsbedürftig erkannt wird, dann liegt der Abweichung ein Normbegriff zugrunde, der sich im Sinne von (2)- (4) verstehen läßt.

Kendell weist darauf hin, daß das größte Problem in der Frage besteht, ob Krankheit ein normatives Konzept ist, das auf Werturteilen beruht, oder ob es sich um ein wertfreies, biomedizinisches Konzept handelt; Kendell fragt damit, ob der

⁷⁴ Dennoch muß auch hier eine Bewertung darüber stattfinden, ob sich das individuelle Verhalten *zum Guten* oder *zum Schlechten* für die Person entwickelt hat. Zudem ist es notwendig, das frühere Verhalten über die Beschreibung von Dritten, also von außen, zu ermitteln.

Krankheitsbegriff als biomedizinischer oder als soziopolitischer Begriff verstanden werden muß (Kendell, in Wakefield 1996, S. 65). Dabei trennt der Autor das *normative Konzept* von einem *biomedizinischen* ab, und bezieht sich damit auf die Vorstellung einer wertfreien biomedizinischen Wissenschaft, wie sie durch das Wertfreiheitspostulat von Max Weber konstituiert wurde (Weber 1988). Doch ist der psychiatrische Krankheitsbegriff ein biomedizinischer und wertfreier⁷⁵ Begriff?

Für Engelhardt unterliegen den Begriffen von Gesundheit und Krankheit generell *soziale Werturteile*, die nur im entsprechenden soziokulturellen Kontext verstanden werden können (Engelhardt in: Lanzerath, Honnefelder 1998). Es bleibt also zu fragen, ob sich ein biomedizinisches Krankheitsverständnis überhaupt von einem soziopolitischen Krankheitsbegriff abgrenzen läßt. Gerade im Bereich einer praxisorientierten Suchthilfe, die zwischen mehreren Disziplinen, wie z.B. der Medizin und den Sozialwissenschaften steht, überschneiden sich möglicherweise normative und deskriptive Konzepte von Krankheit. Diese Feststellung scheint zunächst trivial zu sein. Doch gerade in der Medizin läßt sich innerhalb der Diskussion um das Suchtverständnis eine Neutralisierungstendenz ausmachen, die den Verweis auf Normen und moralische Urteile im Zusammenhang mit dem Verständnis von Sucht zurückweist. Die Medikalisierung der Sucht wurde wie bereits in Kapitel 4. dargestellt, als Möglichkeit wahrgenommen, Sucht von moralischen Urteilen zu befreien, naturwissenschaftlich erklären zu können, und sie damit therapierbar zu machen. Es ist deshalb zu fragen, welche Krankheitsauffassungen innerhalb der aktuellen Suchtdiskussion eine Rolle spielen⁷⁶.

Die Definition von Krankheit und Gesundheit spielt eine essentielle Rolle im Verständnis von Sucht und der Umsetzung von Interventionsmaßnahmen. Den verwendeten Krankheitsbegriffen wird jedoch im Zusammenhang mit einer möglichen Verständnisweise von Sucht zu wenig Beachtung geschenkt.

5.2. Sucht ist stets Krankheit

"We are dealing here with an illness. We know it is an illness, because it is predictable, it is progressive and if untreated alcoholism is 100% fatal" (Henderson 1984, S. 118-119).

Das Krankheitsmodell der Sucht wurde in den 20-iger Jahren des 20. Jahrhunderts durch den Biometriker Jellinek wiederbelebt⁷⁷. Für Jellinek gab es sowohl kranke als auch nicht kranke Alkoholiker. Die krankhaften Formen zeichneten sich laut Jellinek dadurch aus, daß sich ein umgestellter Zellstoffwechsel, Gewebetoleranz, Entzugssymptome, das *Craving* und die *Unfähigkeit zur phasenweise Abstinenz* feststellen ließ. Der Denkstil der Krankheit wird seitdem noch häufiger als Erklärung und als Leitfigur für die Hypothesenbildung in der Erforschung der Sucht verwendet (Baumann, Perrez, Huber 1998). Die bereits vorgestellten biologischen und biopsychologischen Theorien und Erkenntnisse können als Unterstützung eines Krankheitsmodells für Sucht herangezogen werden. Für Gold

⁷⁵ Unter einem außermoralischen Wert versteht Frankena eine Bewertung von Sachverhalten und Dingen, die gut im Sinne von nützlich, funktionsfähig, zweckmäßig, etc. sind (Frankena 1972).

⁷⁶ Dies erscheint mir deshalb wichtig, da die Definition von Sucht als Krankheit oft als eine moralisch-normativ neutrale Verständnisweise dieses komplexen Problems ausgewiesen wird.

⁷⁷ Das bedeutet, es wurde wieder stärker betont und neu definiert.

spielt dabei vor allem die Etablierung einer genetischen Basis für die Sucht eine essentielle Rolle für die Anerkennung von Sucht als Krankheit (Gold in: Reich 1995). Aber auch die neurowissenschaftlichen Theorien mit der Beschreibung des Belohnungssystems, der endogenen Opiate und der psychischen Abhängigkeit unterstützen eine Klassifikation von Sucht als Krankheit. Das deutet darauf hin, daß Sucht in aktuellen Krankheitsdarstellungen aufgrund neuerer biologischer Erkenntnisse als organische Erkrankung betrachtet und als solche behandelt wird.

Dennoch scheint der Krankheitsbegriff der Sucht sehr facettenreich zu sein. Es lassen sich in medizinischen Lehrbüchern zur Sucht verschiedene Aussagen finden, die sich unterschiedlichen Krankheitsbegriffen zuordnen lassen. Seeburger weist ebenfalls darauf hin, daß sich innerhalb des Krankheitsverständnisses von Sucht mehrere unterschiedliche Krankheitskonzepte voneinander abtrennen lassen, die sich teilweise auch widersprechen. Seeburger spricht deshalb auch im Plural von den *disease concepts of addiction* (Seeburger 1995). Das Krankheitsverständnis von Sucht stellt aus dieser Sicht keinen einheitlichen Denkstil dar. Vielleicht kommt es im Kontext der Suchtkrankheit gerade deshalb zu widersprüchlichen Aussagen, die zur Verwirrung und Mißverständnissen beitragen und sich hemmend auf Hilfeleistungen in der Praxis auswirken. Im folgenden werden die Verständnisweisen und Aussagen zur Suchtkrankheit näher erörtert. Sucht wird aus unterschiedlichen Perspektiven heraus als Krankheit beschrieben, die sich im Hinblick

(1) auf ihre Gemeinsamkeiten, (2) auf die damit verbundenen normativen Maßstäbe und (3) auf ihre Auswirkung im Suchthilfesystem hin untersuchen lassen. Sucht wird dabei:

- a) von den Betroffenen oder vom Umfeld der Betroffenen als Krankheit empfunden (*soziale, oder subjektive Bewertung*);
- b) aus juristischer Sicht als ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand bzw. eine Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers beschrieben, der geheilt, d.h. beseitigt oder gelindert werden kann und soll *rechtliche Bewertung* (Scheerer, Vogt 1989, S. 26);
- c) auf präexistierende biochemische Körperzuständen, z.B. genetische Disposition, biochemische Unterschiede im ZNS (z.B. im Belohnungssystem), und damit funktionale bzw. organische Störungen zurückgeführt (*biologische Beschreibung*);
- d) durch ein biopsychosoziales Bedingungsgefüge repräsentiert und stellt damit eine Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt dar (*systemische Sichtweise*);
- e) als ein Konsumzwang beschrieben, der in einer Einschränkung von Wahlmöglichkeiten (Freiheitsverlust) und Lebensoptionen resultiert; diese Beeinträchtigung wird als Krankheit gewertet. Die Auswirkungen der Sucht auf apriori gesetzte, menschliche Eigenschaften stellen eine Krankheit des Willens dar;
- f) süchtige Menschen benötigen Hilfe und sind in diesem Sinne behandlungsbedürftig (*pragmatische und operationalisierte Krankheitsauffassung*).

Es spielt zudem eine Rolle, von welcher Suchtform die Rede ist. Die Krankheitsdeutung fällt wesentlich eindeutiger aus, wenn es sich um Heroin- oder Alkoholsucht handelt; dagegen finden sich im Zusammenhang mit z.B. Nikotinsucht,

oder Medikamentenabhängigkeit weniger starke Krankheitskonzeptionen. Die oben erwähnten Aussagen (a.-f.) zur Suchtkrankheit verweisen auf unterschiedliche Grundeinstellungen und lassen sich allgemein den nachstehenden Verständnisweisen von Krankheit⁷⁸ zuordnen:

- einem subjektiven Krankheitsverständnis von Sucht
- einem medizinisch-naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis von Sucht
- ein juristisches Verständnis von Suchtkrankheit (Rechtsgrundlage)
- einem systemischen oder holistischen Krankheitsverständnis von Sucht (als Interaktion mit der Umwelt)
- einem pragmatischen Krankheitsverständnis von Sucht (handlungsbezogen)

Dabei gibt es, wie von Comer bereits in Bezug auf den psychiatrischen Krankheitsbegriff angemerkt, Gemeinsamkeiten in der Beschreibung von Sucht als psychische Krankheit. Für Degkwitz stellt die Annahme einer Automatisierung im Suchtgeschehen (siehe e.), die man willentlich nicht mehr ausschalten kann, die Gemeinsamkeit von all den genannten Krankheitsauffassungen dar (Comer in: Götz 1998). Degkwitz bezieht sich dabei auf den von Jellinek eingeführten Begriff des Kontrollverlustes. Bereits im 18. Jahrhundert wurde die Willenskrankheit der Sucht als ein Zwang oder eine Besessenheit der Seele beschrieben, die rationale Handlungen zu unterlaufen scheint. Das Konzept von einem Autonomie- oder Freiheitsverlust⁷⁹ liegt der Konzeptualisierung einer Suchtkrankheit⁸⁰ als essentielle Annahme einer psychischen Störung zugrunde. Interessant sind, wie später gezeigt werden soll, die Auswirkungen, die diese Annahme auf das Selbstverständnis wie auch auf gesellschaftliche und medizinische Reaktionsweisen hat⁸¹.

Im folgenden sollen zunächst die einzelnen Krankheitsauffassungen von Sucht näher betrachtet und diskutiert werden.

⁷⁸ Die Gründe, die für die Rechtfertigung einer Krankheit angeführt werden, können sich auf Ursachen, die Verlaufsform einer Sucht oder aber auf die Bewertung dieser beziehen. Es wäre sicher hilfreich, die Ursachen, die Verlaufsform und die Bewertung einer Sucht getrennt voneinander darzustellen, um ein analytisches Verständnis über die Sucht als Krankheit zu gewinnen. Diese Trennung könnte möglicherweise auch dazu beitragen, Unklarheiten und Mißverständnisse in Bezug auf Krankheit als einen möglichen Denkstil vermeiden zu helfen.

⁷⁹ Damit ist noch nicht festgelegt, ob lediglich ein gradueller oder vollständiger Freiheitsverlust eintritt. Der Begriff der Freiheit wird hier zunächst vernachlässigt, da er in Kap. 8 ausführlich und in Zusammenhang mit der Suchttypologie von Frankfurt erörtert wird. Siehe dazu auch Glossar.

⁸⁰ Der Mensch wird gedacht als verantwortliches, prinzipiell in Sorge stehendes, aber auch freies Individuum, welches auf verschiedene Arten für sich und für andere existieren kann. Weder bewußt thematisiert, noch beantwortet wird aber in der Regel die Frage, wie sich diese Konzeption philosophisch begründet, wie vor allem der Freiheitsgedanke im Zusammenhang mit der menschlichen Natur in eine Krankheits- oder Gesundheitsdefinition eingeführt wird (Hoff 1990, S. 101).

⁸¹ Dazu gehört vor allem die Erörterung über die Entscheidungskompetenzen und den Grad der Einschränkung der bei süchtig geworden Menschen vorliegt. Die verbleibenden Kompetenzen bestimmen das Arzt- Patientenverhältnis und die dem Patienten entgegengebrachte Fürsorge, die sich nach einer Aussage von Finzen zwischen Freiheitsberaubung und unterlassener Hilfeleistung hin und her bewegt (Finzen in: Pöldinger, Wagner 1991). Finzen spricht damit ein ethisches Problem innerhalb der Psychiatrie an (siehe dazu auch Kap. 6 u. 7).

5.2.1. Das subjektive Krankheitsverständnis der Sucht

Der subjektive Krankheitsbegriff bezieht sich auf der praktischen Ebene auf den Kranken selbst, nämlich auf das subjektive Befinden einer Person, d.h. seine individuelle Erlebnisweise von Krankheit⁸². Schon zu Zeiten Jellineks herrschte so Harding ein durch die AA (Anonymen Alkoholiker) geprägtes subjektives Krankheitsverständnis vor, das, so Harding, auch erklärt, warum Sucht damals als Krankheit akzeptiert wurde, ohne daß man die genauen Ursachen dafür kannte (Harding 1988). Krankheit wurde von Jellinek als subjektiver Zustand verstanden, der sich einer individuellen Erfahrung manifestierte, die er als existent betrachtete, gleichgültig, welche Ursachen dafür verantwortlich waren (Harding 1988). Doch gerade die subjektiven Aussagen vieler als süchtig klassifizierten Menschen lassen sich gerade *nicht* mit der äußeren Beurteilung ihres Zustandes vereinbaren. Die Diskrepanz zwischen medizinischem Wissen und der empfundenen Normalität seitens der Betroffenen wird als Verlust einer Selbsteinschätzung gedeutet und führt zu einer Interpretation, die diese *Fehleinschätzung* als psychische Störung und damit als Krankheit definiert. Bedeutend erscheint dabei zu sein, ob man die Fehleinschätzung als Fehlleistung oder aber als Täuschung oder Lüge deutet. Sucht könnte im Sinne der ersten Interpretation die subjektive Wahrnehmung unterlaufen und trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigungen von den Betroffenen als normaler und gesunder Zustand wahrgenommen werden. Wiesemann spricht hier auch von der "*heimlichen Krankheit Sucht*", die durch die Möglichkeit, eine Art von "*kranker Normalität*" (Wiesemann 2000, S.52) zu entwickeln, gekennzeichnet ist. Das würde bedeuten, daß Sucht den Weg versperrt, sich selbst und seinen Zustand erkennen zu können.

Paul weist darauf hin, daß das subjektive Krankheitsempfinden als ein evolutionär entstandenes Warnsystem zur Wiederherstellung der Körperfunktionen verstanden werden kann (Paul 1999). Wenn sich jedoch im Laufe der Evolution kein Warnsystem für eine bestimmte Erkrankung entwickeln konnte, wie z.B. bei sog. Zivilisationskrankheiten, bleibt möglicherweise auch die als Schmerz oder Leid empfundene Krankheitswahrnehmung aus. Sucht könnte in diesem Sinne eine Zivilisationskrankheit darstellen, gegen die der Körper kein eigenes Warn- oder Schutzsystem entwickelt hat⁸³.

Das würde aber auch bedeuten, daß die Eigen- oder Selbsteinschätzung in diesem Zusammenhang ein unpassendes Kriterium für die Definition einer Krankheit wäre und es deshalb auch überhaupt keine Krankheitseinsicht der Betroffenen geben könnte. Es müßte vielmehr an der Eigenwahrnehmung gearbeitet werden, die sich sicher nicht nur durch bloße Überzeugungsarbeit wiederherstellen läßt. Andererseits wird die beschriebene Diskrepanz zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung als Leugnung und Sturheit interpretiert, d.h. als ein Beharren auf einer Normalität, an die der Betroffene längst nicht mehr selbst glauben kann. In

⁸² Lux (1999) unterscheidet zwischen der Krankheit, die meistens als objektive oder faktische Wirklichkeit angenommen wird und dem Kranksein, das sich als persönliche und kulturbedingte Erfahrung verstehen läßt.

⁸³ Die Erklärung von Paul bietet damit eine Interpretationsart der unterschiedlichen Eigen- und Fremdwahrnehmung an und induziert damit ein anderes Verständnis der Betroffenen selbst. Die fehlende Eigenwahrnehmung eines Unwohlseins stellt eine Erklärung für die Abwehrhaltung der Betroffenen dar, die man in der Medizin auch als Leugnung der Krankheit etc. bezeichnet. Die Selbsteinschätzung wäre aber in diesem Fall keine Leugnung, sondern die Wiedergabe des tatsächlich empfundenen Zustandes, wie er bei anderen Zivilisationserkrankungen vorkommt. Der Vorwurf des Lügens oder der krankhaften Verneinung einer Krankheitszustandes müßte innerhalb dieser Interpretationsweise konsequenterweise aufgegeben werden.

diesem Fall unterstellt man eine Lebenslüge, die zugunsten des Konsums aufrechterhalten wird. Als Reaktion wird deshalb zunächst eine Krankheitseinsicht, d.h. ein Zugeständnis seitens der Betroffenen eingefordert.

Beide Verständnisweisen eröffnen eine ganz bestimmte Interpretationsweise von Sucht, bei der dem eigentlichen Kriterium der Subjektivität nur insofern Bedeutung zukommt, als daß es eine Erklärung für die unstimmgigen Selbstaussagen von süchtigen Menschen liefern soll. Die so definierte Fehlwahrnehmung kann zudem dazu benutzt werden, eine objektive Außenperspektive einzuführen und äußere Eingriffsmöglichkeiten rechtfertigen zu können. Die "innere Wirklichkeit" wird als kranke Wirklichkeit behandelt und einer äußeren Fürsorge unterstellt. Damit verliert die Eigenwahrnehmung an Realität; es wird jedoch gleichzeitig vorausgesetzt, daß es eine objektive und für alle gültige Realität geben kann, die zudem von außen erkennbar ist. Dem subjektiven Erleben des süchtigen Menschen wird erst dann wieder Beachtung geschenkt, wenn sich seine subjektive Einschätzung an die seiner unmittelbaren Umwelt angepaßt hat⁸⁴. Damit kommt vor allem der Einsichts- und Anpassungsfähigkeit eine besondere Bedeutung innerhalb dieses Krankheitsverständnisses zu. Die Umwelt (außenstehende Akteure) nimmt gleichzeitig eine scheinbar objektive, aber auch bewertende Perspektive im Krankheits-, wie auch Heilungsprozeß der Betroffenen ein. Das Verhalten und die Wertung "von außen" und nicht die subjektive Erlebnisweise und Selbsteinschätzung werden so zum eigentlichen Maßstab eines *subjektiven Krankheitsbegriffes*.

5.2.2. Das naturwissenschaftliche Krankheitsverständnis von Sucht

Das medizinisch-naturwissenschaftliche Krankheitsverständnis betont ebenfalls die objektive Ebene der Sucht. Durch eine Klärung der spezifischen Symptomatik wird versucht, mögliche organische Ursachen für eine Suchtentwicklung *aufzudecken*. Eine klassische Auffassung von Krankheit ist nach Jakob eine durch die biologische Organisation bedingte und daher bei allen Lebewesen mögliche Störung der Prozesse im Organismus, was auch als somatische Interpretation von Krankheit bezeichnet werden kann (Jacob 1995). Das somatische Krankheitskonzept geht von einer Funktionsstörung im Körper aus, die von einer durchschnittlichen Körperfunktion abweicht⁸⁵. Wie in Kapitel 4. dargestellt, ist die Konzeptualisierung von Sucht als *brain disease* nicht neu, sondern wurde bereits in der naturwissenschaftlich orientierten Psychiatrie des 19. Jahrhunderts vertreten. Im biomedizinischen Sinne kann Sucht als Störung physiologischer Interaktionsprozesse im Gehirn interpretiert werden. Das Belohnungssystem bildet ein organisches Substrat für die Wirkung der Droge auf das Gehirn. Für Wiesemann ist das aktuelle Krankheitsverständnis von Sucht durch eine Spezifitätstheorie geprägt (Wiesemann 2000). Sucht wird innerhalb einer spezifischen Konzeptualisierung als organische Krankheit interpretiert, die auf funktionelle Ursachen des zentralen Nervensystem (ZNS) zurückzuführen ist. Das Gehirn ist sozusagen *reparaturbedürftig*, da es nicht so funktioniert, wie es der

⁸⁴ Damit kann der Begriff der Gesundheit selbst als Anpassungsfähigkeit verstanden werden, die ein Anpassen der Eigenwahrnehmung an die Fremdwahrnehmung einschließt.

⁸⁵ Wakefield beschreibt den funktionalistischen Krankheitsbegriff als in der Evolutionsbiologie begründeter Begriff, der ein Funktionsverlust eines internen Mechanismus beschreibt, welcher für die Ausführung einer natürlichen Funktion des Körpers vorgesehen war (Wakefield 1996).

durchschnittlichen und statistischen Funktion eines menschlichen Gehirns entspricht. Die Aufgabe der Medizin besteht demnach in einer *Reperaturleistung*. Dieses Krankheitsverständnis von Sucht basiert, wie das Krankheitsverständnis von Boorse, auf der Annahme einer wertfreien und objektivierbaren Beschreibungsebene von Krankheit, die sich als biologische Dysfunktionen darstellen läßt (in Lanzerarth und Honnefelder 1998). So kann ein Funktionsfehler als Abweichung vom Durchschnitt (Gaußsche Normalverteilung von Merkmalen) oder als Abweichung von einer erwarteten Leistung und Fähigkeit des Menschen verstanden werden. Das Verhalten oder die jeweilige Fähigkeit wird als biologisch normal, d.h. als natürliche und angeborene Funktionsweise gedeutet. Dieser Vorstellung liegt ein biologisch ausgewiesener Normalzustand zugrunde.

Leist⁸⁶ weist richtigerweise drauf hin, daß Sucht immer in Beziehung zu einem Normalzustand begriffen wird (Leist 1999). Dieser Normalzustand wird meistens soziologisch oder aber, wie hier, naturalistisch ausgewiesen, indem auf einen natürlichen Zustand zurückgegriffen wird, der biologisch oder medizinisch festgelegt ist und als Ausgangswert dient. Hier ist, so Leist, Vorsicht geboten, da ein Rekurs auf den biologisch natürlichen Zustand als naturalistischer Fehlschluß⁸⁷ gewertet werden kann und damit normativ mit einer anderer Begründungsstrategie verteidigt werden müßte. Laut Hoff rekurriert jeder Krankheitsbegriff dieser Art auf ein teleologisches Konzept, mit dem bestimmte Ziele und Zwecke der menschlichen Funktionsweisen festgesetzt werden (Hoff 1990). Mit der Bewertung einer Funktion wird aber, laut Autor, das Gebiet der materialistisch-empiristischen Erkenntnistheorie verlassen, auf die sich der naturwissenschaftlich-somatische Krankheitsbegriff gerade beziehen will.

Die Frage, die sich daran anschließt, ist, ob sich Sucht im Sinne eines deskriptiven oder somatischen Krankheitsbegriff tatsächlich ausreichend beschreiben und analog zu organischen Erkrankungen, verstehen läßt.

5.2.3. Der juristische Begriff der Suchtkrankheit

Rechtlich gesehen, wird Sucht im Sinne des Sozialgesetzbuches als psychische Erkrankung anerkannt, ohne das eine Begriffsbestimmung von Krankheit im Gesetzestext vorgenommen wird. In der juristischen Auseinandersetzung stellt vielmehr die Gesundheit ein vom Staat zu schützendes Grundgut dar. Toulmin beschreibt Gesundheit auch als *selbstverständliches Gut*

"Das Funktionieren, das gesunde Funktionieren ist ein selbstverständliches Gut, wenn nicht eine tatsächliche Vorbedingung für jedes andere Gut."(Toulmin 1978, S. 56)⁸⁸

⁸⁶ Tagungsmitschnitt der Tagung *"Recht auf Rausch, Selbstverlust durch Sucht"* vom 03.-05.06.1999 in Halle

⁸⁷ Unter einem naturalistischen Fehlschluß versteht man nach Moore, *die Definition des Prädikates >gut< durch die Angabe natürlicher Eigenschaften mit dem damit verknüpften Anspruch, aus einer derartigen Definition normative Schlußfolgerungen ableiten zu können.* (Engels 1993, S. 247-248).

⁸⁸ Diese Art von Interpretation erscheint fragwürdig, da sie jedem *nicht gesund funktionierenden Menschen* die Möglichkeit für andere Güter und Wertsetzungen verwehrt und zudem nicht klar wird, was man unter *gesund funktionierenden Menschen* im Einzelnen zu verstehen hat.

Diese normative Vorstellung von Gesundheit impliziert damit immer auch eine Pflicht zum Schutz und Erhalt dieses Gutes. Der Anspruch auf Hilfe für Kranke ist deshalb unter anderem an Pflichten gebunden, die sich beispielsweise als Aufforderung zur Kooperation, als Beitrag zur eigenen Genese, sowie als Förderung der eigenen Gesundheit verstehen lassen. Diese Mitwirkungspflichten können bei Nichteinhaltung zu einer ganzen oder teilweise entzogenen Leistung des Sozialversicherungsträgers führen. Nach § 4 RehaAnglG und § 9 SGB IV besteht eine allgemeine Mitwirkungspflicht bei z.B. ambulanten Entwöhnungsmaßnahmen (Schuler, 1999).

Andererseits beinhaltet das juristische Krankheitsverständnis von Sucht auch den von Degkwitz als gemeinsames Suchtkriterium identifizierten Verlust von Freiheit (Degkwitz 1998). Sucht ist in diesem Sinne gerade als Krankheit zu verstehen, weil sie Lebensoptionen einschränkt und zumindestens von außen betrachtet als Behinderung empfunden werden kann. Das wesentliche, versicherungsrechtliche Kriterium einer Sucht (Bundessozialgericht), ist der Verlust der Selbstkontrolle bzw. die zwanghafte Abhängigkeit, die sich letztlich im Nicht-Aufhören-Können manifestiert (BSGE, Vollmoeller 2001). Insofern verweist dieser Krankheitsbegriff auf die den Gesetzen zugrundeliegenden Vorstellungen eines gesunden und selbstbestimmten Daseins, das wiederum als Grundlage für die Nutzung von den zur Verfügung stehenden Gütern und als Voraussetzung für Entfaltung und Leistungsfähigkeit angesehen wird. Gesundheit bedeutet in diesem Kontext, die Möglichkeit zwischen den in einem gewissen Rahmen zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen wählen zu können und diese optimal auszuschöpfen, solange sie die Freiheit und Entfaltung Anderer nicht behindern. Gleichzeitig stehen aber auch Begriffe wie 'Schuld - und Verantwortungsfähigkeit' zur Disposition. Der Verbindung von Krankheit mit einer individuellen Schuld kommt vor allem im Zusammenhang mit als riskant eingeschätzten Verhaltensweisen, und den knappen Ressourcen im Gesundheitssystem eine soziopolitische Bedeutung zu. Fragen wie z.B. "Sollte man Raucher kostenfrei behandeln"? "Sind Unfälle durch das Betreiben riskanter Sportarten selbst zu tragen"? "Kann man eine finanzielle Eigenbeteiligung abverlangen, wenn der Schutz der eigenen Gesundheit bewußt aufs Spiel gesetzt wurde"? verdeutlichen diesen Sachverhalt. Mit einer Assoziation von Schuld und Krankheit wird aber auch ein moralisches Urteil über die so Erkrankten gefällt, das vor allem auf die gesellschaftlich bereitgestellten Solidarleistungen Einfluß nimmt.

5.2.4. Suchtkrankheit als Interaktion mit der Umwelt - ein systemorientiertes Krankheitsverständnis von Sucht?

Die Krankheit Sucht kann als Interaktion eines Menschen mit seiner Umwelt definiert werden, die einerseits verursachend für eine Erkrankung sein kann, und andererseits die Interaktionsmöglichkeiten und die Reaktionsweisen der sozialen Umwelt verändern kann. Die Betonung der Wechselwirkungen von Mensch, Umwelt und Droge in einer bestimmten Zeitspanne stellt eine Art von holistischem Ansatz dar, wie er beispielsweise auch von Macklin vertreten wird, die sich mit ihrem *holistic framework* von Krankheit gegen den Reduktionismus des naturwissenschaftlich-somatischen Krankheitsverständnisses und einseitige, monokausale Krankheitsmodelle wendet (Macklin 1978).

An Stelle einer rein reduktionistischen Betrachtung einzelner Körperteile und spezifischer Krankheitsbilder wird der Süchtige wieder In-Beziehung-zu-etwas gesetzt. Suchtkrankheit wird so in einen physio-psycho-sozialen Kontext gesetzt.

Auch Feuerlein kritisiert ein zu reduktionistisches Verständnis von Sucht und fordert dagegen ein umfassendes biopsychosoziales Krankheitsmodell ein, das nach Feuerlein den betroffenen Menschen wesentlich *gerechter* werden kann (Feuerlein 1998). Die Idee eines biopsychosozialen Verständnisses von Sucht kann auch als Ergebnis der systemischen Theorie in der Soziologie und Biologie verstanden werden. Krankheit wird dabei als ein aus dem Gleichgewicht geratenes System interpretiert, das durch unterschiedliche Reize in seinem Gleichgewicht gestört werden kann. Der Vorteil eines solchen Verständnisses von Suchtkrankheit ist die mögliche Integration von verschiedenen Faktoren, die gleichermaßen zu einer Erkrankung führen können. Die Krankheitsauffassung kann so wesentlich komplexere Wirkungen und Folgeerscheinungen erklären. Die Suchtkrankheit stellt aus dieser Sicht ein multifaktorielles Bedingungsgefüge⁸⁹ dar, das sich durch die Aufzählung einer Vielzahl von Faktoren⁹⁰ beschreiben läßt. Unterschiedliche Hypothesen und Perspektiven können in das *holistic framework* integriert werden.

Klein merkt an, daß im Gegensatz zu den homogenen Krankheitskonzepten neue Modelle, die Abhängigkeit als multiples Syndrom konzeptualisieren, erst in den 70er Jahren an Bedeutung gewonnen haben (Klein 1992). Zentraler Inhalt dieser Modelle, so Klein, ist es, daß sich interindividuell recht unterschiedliche Profile von Symptomausprägungen, Verhaltensweisen, Motiven und sonstigen Bedingungen finden lassen, die jedoch alle zu einem Syndrom zusammengefaßt werden können. Sucht kann, nach Hecht, deshalb als kompliziertes Ursache⁹¹-Wirkungsgefüge betrachtet werden.

"Die mitwirkenden Faktoren im Rahmen eines Bedingungskomplexes können zwar noch beschrieben werden, es bleibt jedoch offen, welche dieser Bedingungen als Ursache des Krankheitsgeschehens anzusehen ist" (Hecht 1997, S. 163-164).

Das multifaktorielle Verständnis von Suchterkrankung soll ein monokausales Krankheitsverständnis ablösen und versuchen, verschiedene Verursachungstheorien miteinander zu verbinden, die wiederum zu einem unterschiedlichen Erscheinungsbild des so Erkrankten führen können. Die unspezifische und offene Krankheitsauffassung kann andererseits aber auch als Reaktion auf ein undurchsichtiges und ambivalentes Phänomen verstanden werden, das durch eine unspezifische Ursachenanalyse nun noch komplexer erscheint, als es ohnehin schon ist.

Für Wiesemann ist die Idee der multifaktoriellen Verursachung und einer Krankheitstheorie, die mehrere Theorien aus unterschiedlichen Disziplinen in sich vereinigen kann, *"nichts anderes als eine Erweiterung des spezifischen Ursache-Wirkungsmodells aus der klassischen Medizin"* (Wiesemann 2000, S.180). Die Medizin favorisiert dabei die Idee der multifaktoriellen Verursachung der Sucht, die jedoch als Spezialfall der spezifischen Verursachung verstanden wird und so, laut Wiesemann, einen Versuch darstellt, das Konzept der Suchtkrankheit über die entstandenen Schwierigkeiten der letzten Jahrzehnte hinwegzuretten. Auch wenn man diese Ansicht nicht teilt und das Modell der multifaktoriellen Verursachung als

⁸⁹ Hecht weist in Anlehnung an Alquist darauf hin, daß viele Autoren den Begriff benutzen, ohne zu erklären, was sie unter einer multifaktoriellen Pathogenese verstehen (Hecht 1997, S. 158).

⁹⁰ Ein Faktor ist ein Ereignis, das zu einer definierten Wirkung führt (Hecht 1997, S. 159). Ein Faktor kann auch als mitbestimmender und zu berücksichtigender Gesichtspunkt verstanden werden.

⁹¹ Ein Ergebnis, bei der die Wirkung mit Notwendigkeit eintritt.

gelungene Integration der verschiedenen theoretischen Ansätze in ein neues und interdisziplinäres Suchtverständnis betrachtet, bleibt doch zu fragen, was sich mit dem Modell in der Praxis anfangen läßt, welche Handlungsvorschläge es formulieren kann und wie sich eine biopsychosoziale Theorien der Suchtkrankheit auf das Suchthilfesystem und auf die Betroffenen auswirkt. Die Einschätzung der Suchtkrankheit als multifaktorielles Bedingungsgefüge stellt in gewissem Sinne eine Risikoevaluation dar, die sich aus einem komplexen Bedingungsgefüge unterschiedlicher Faktoren zusammensetzt (siehe auch Abb. 3). Das Modell der multifaktoriellen Verursachung scheint damit stärker auf Präventionsmaßnahmen ausgerichtet zu sein, deren Ziel die Verhinderung von Suchtentwicklungen und die Benennung von Risikofaktoren und anfälligen Personen ist. Die Gefahr einer Suchterkrankung wird damit scheinbar berechenbar.

Ein solches Risikokzept, das der Präventionsforschung zugrunde liegen mag, kann damit aber auch zur Entwicklung von Gesundheits- und Krankheitsbegriffen führen, die die individuelle, oder die soziale Verantwortung, zur Voraussetzung für die Konzeptualisierung von Gesundheit und Krankheit werden lassen⁹². Damit liegt dem Risikokzept aber auch *"ein Begriff von Gesundheit zugrunde, der diese als Norm versteht, die wenn diese Norm verinnerlicht wird dem Menschen die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung und Disziplin abverlangt"* (Kühn 1993, S.26). Krankheits- und Gesundheitsbegriffe implizieren damit eine ethisch-moralische Verantwortung gegenüber der eigenen Gesundheit und einer staatlich zu schützenden Volksgesundheit (in Anlehnung an Heimbach-Steins, Furger 1995).

Die Suchtkrankheit als multikausales Bedingungsgefüge, das sich aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bestimmen läßt, beschreibt außerdem ein Problem, das weit über den medizinischen Kontext hinausgeht und auf situative und soziale Faktoren und Lösungen verweist. Das bedeutet aber auch, daß der Arzt bzw. die Medizin hier als Lösungsperspektive für eine große Bandbreite von verschiedenen Problemstellungen eingesetzt wird und der Ansatz möglicherweise zu einer Überforderung der medizinischen Praxis und der Therapiemöglichkeiten führt. Eine Ausweitung der Praxis auf andere Disziplinen und auf entsprechende politische Maßnahmen spiegelt sich zwar bedingt in der Pluralität des Suchthilfesystems wider, erfordert aber andererseits eine Zusammenarbeit und einheitliche Leitideen, die derzeit in der Suchthilfe noch nicht ersichtlich sind.

5.2.5. Das pragmatische Krankheitsverständnis von Sucht

In den letzten Jahren entstand möglicherweise aus der Uneinigkeit über ein allgemeingültiges Krankheitskonzeptes heraus, ein rein pragmatischer und operationalisierter Begriff von Suchtkrankheit (Wulff 1999). Mit diesem wurde die Bindung der Krankheitseinheiten an ihre entsprechenden Krankheitsätiologien weitgehend verworfen. Diagnostische Einheiten wurden nach internationaler Übereinkunft festgelegt, so auch im Fall der Sucht, durch die Festsetzung von Kriterien im ICD oder im DSM. Valverde bezeichnet den pragmatischen, auf *Harm-Reduction* ausgelegten Krankheitsbegriff der Sucht auch als postmoralisches Modell, weil es sich den eigentlich zentralen Themen nach der Autonomie und Verantwortung entzieht und lediglich auf der Übereinkunft einer Gruppe von Fachleuten beruht

⁹² Kühn (1993) spricht hier auch von einem *Healthismus*, einer Einstellung, die von einer gewissen Eigenverantwortlichkeit gegenüber der eigenen Gesundheit ausgeht. Man könnte den Begriff des "Healthismus" sicher auch mit Gesundheitsbewußtsein übersetzen, das zu einer möglichen Variable für den individuellen Gesundheitszustand wird.

(Valverde 1998). Dieser Krankheitsbegriff ist, wie Rohan es ausdrückt, als eine Art von *working label* für die klinische Praxis zu betrachten (Rohan in: Klein 1992, S. 13). Der Begriff von Krankheit wird hier nicht mehr ontologisch, sondern rein handlungsanleitend verstanden. Der *Working Label* dient als Grundlage von Interventionen zur Veränderung bzw. Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes von süchtigen Menschen, d.h. in diesem Sinne hilfsbedürftigen Menschen. Der Krankheitsbegriff wird also lediglich zur Begründung und rechtlichen Legitimation von Behandlungsverfahren benutzt.

Andererseits ist ein pragmatisches Krankheitsverständnis der Sucht an Definitionen von Hilfs- und Behandlungsbedürftigkeit gebunden, von denen ausgehend Therapiemaßnahmen erst gerechtfertigt und bestimmt werden können. Der Krankheitsbegriff rekurriert damit auf Definitionen und Kriterien, die nicht näher ausgewiesen werden.

Lanzerath und Honnfelder sehen in einem pragmatischen Krankheitsbegriff, der ärztliches Handeln an einem klinisch hilfsbedürftigen Kranken ausrichtet, einen Krankheitsbegriff der zur ethisch-normativen Größe wird und ärztliches Handeln spezifiziert, legitimiert und limitiert (Lanzerath, Honnfelder 1998). Die Diagnosekriterien der angesprochenen psychiatrischen Klassifikationssysteme (DSM, ICD) verfolgen das Ziel, psychisch normales Verhalten von gestörtem Verhalten abzugrenzen. Ein Problem des pragmatischen Krankheitsbegriffes besteht insofern im Rekurs auf nicht ausgewiesene Konzepte von Hilfsbedürftigkeit, zwanghaftem Verhalten oder Kontrollverlust etc. Daraus folgt, daß die Reichweite eines solchen Krankheitsbegriffes begrenzt bleiben muß.

Es läßt sich deshalb zu Recht fragen, ob ein operationalisierter und pragmatischer Krankheitsbegriff ausreicht, um beispielsweise Zwangsmaßnahmen oder Zwangseinweisungen rechtfertigen zu können.

Bevor eine Diskussion des Krankheitskonzeptes bzw. der Krankheitskonzepte der Sucht erfolgt, soll zunächst auf die Kritik eingegangen werden, die der Vorstellung *Sucht ist Krankheit* von Vertreter anderer Denkstile, oder der *Anti-Psychiatrie* entgegengebracht wird.

5.3. Die Kritik am Krankheitskonzept

Das Krankheitskonzept der Sucht wird von verschiedenen Seiten und Disziplinen angegriffen. Die Gründe, dafür liegen teilweise in dem Anspruch, der sich aus dem Krankheitskonzept ergibt und andererseits in den Annahmen und Voraussetzungen, die mit dem/den Krankheitskonzept(en) verknüpft werden. Durch die zugewiesene Krankenrolle beschränken sich Interventionen in der Suchthilfe auf den medizinischen Bereich, um genauer zu sein auf die Psychiatrie. Diese Art von Medikalisierung hat Konsequenzen für das Selbstverständnis der Süchtigen, die soziale Wahrnehmung und auch für nicht süchtige Konsumenten von Drogen, deren Akzeptanz mit der Gefährlichkeit zu erkranken bzw. sich selbst zu gefährden, fällt. Die Kritik kann also einerseits als Akzeptanzbeschaffung für einen liberaleren Umgang mit Drogen und dem Genuß, oder aber auch als Öffnung des Suchthilfesystems für neue bzw. alternative Angebote für süchtige Menschen angesehen werden. Letzteres wird meistens deshalb eingefordert, um auf die teilweise sehr unterschiedlichen und individuellen Fälle von Sucht besser reagieren zu können⁹³.

⁹³ Neue Hilfsangebote und eine Umorientierung im Umgang mit Drogen und betroffenen Süchtigen eröffnen andererseits auch einen neuen Markt für zusätzliche Helfer, die sozialen Kassen werden

Gleichzeitig steht die Kritik am Krankheitskonzept der Sucht für eine umfassende Diskussion um die Zulässigkeit einer Zuordnung von auffälligen Verhaltensweisen zu einer Krankheit. Die Kritikpunkte sollen im folgenden näher erläutert werden.

Das Konzept *Sucht ist Krankheit* wird kritisiert,

- weil es zu reduktionistisch und verkürzt erscheint,
- weil einzelne Aspekte der oben aufgeführten "Krankheitskriterien" der Sucht bestritten oder nur als eingeschränkt gültig betrachtet werden. Dazu gehören
 - Theorien über das *Craving*
 - die Beeinträchtigung von intellektuellen Fähigkeiten und der Wahlfreiheit⁹⁴
 - einzelne Therapieziele (z.B. Abstinenzziel)
- weil es sich nicht mit den Erfahrungen oder dem Selbstverständnis der Betroffenen selbst deckt,
- weil es das Selbstbild bzw. das Bild von süchtigen Menschen auf eine bestimmte (schlechte?) Weise verändert,
- weil es eine unzulässige Medikalisierung von privaten Lebensbereichen⁹⁵ darstellt,
- weil die Notwendigkeit einer Behandlung (Hilfsbedürftigkeit) seitens der Kritiker angezweifelt wird,
- weil es als ungeeignet und zu inflexibel für die Praxis erachtet wird,
- weil es nicht interkulturell gültig ist (Krankheit wird hierbei als kulturabhängige Konzeptualisierung verstanden),
- weil hinter dem Krankheitsverständnis ein normatives Verständnis von psychischen Erlebnisweisen und einem Sollverhalten vermutet wird.

Für die einzelnen Kritikpunkte werden jeweils spezifische Argumente ins Feld geführt. So wird angenommen, daß der deterministische Suchtkreislauf naturwissenschaftlich nicht genügend aufgeklärt ist. Schaler führt beispielsweise die Studien von Alexander et al über das *Craving* bei Ratten an⁹⁶, die statt biologischer

möglicherweise entlastet, zudem könnte ein liberalisierter Handel und die Werbung mit psychoaktiven Substanzen für einige Gruppen erhebliche Profite erzeugen. Diese Aspekte sollen den Kritikern des Krankheitskonzept keineswegs pauschal unterstellt werden, es muß jedoch erwähnt werden, daß hinter einem Diskurs um die Sucht auch andere Interessen als die der Betroffenen und der Gesellschaft stehen können. Wirtschaftliche Interessen sind auch innerhalb des Krankheitskonzeptes zu finden, wenn es, um nur ein Beispiel zu nennen, um die Einführung eines neuen Medikamentes, wie z.B. einer Rückfallprophylaxe, geht.

⁹⁴ Nach Schaler ist die Willensbeeinträchtigung eine *self-fulfilling prophecy* und keine empirische Tatsache (Schaler 2000).

⁹⁵ Das heißt, daß es einen Angriff auf das rechtlich geschützte Privatleben darstellt.

⁹⁶ Als Beispiel verweist Schaler auf die Experimente von Alexander, die unter dem Namen "Rattenpark" bekannt sind, in denen gezeigt wurde, daß Ratten auf Opiate verzichten, wenn sie eine interessante und vielseitige Käfigumgebung (Rattenpark) zum Spielen zur Verfügung haben (Alexander et al 1980). Die isolierten Ratten im Laborkäfig tranken signifikant mehr von der morphinhaltigen Lösung als die Ratten im Rattenpark; die Studie untersuchte zudem das Verhalten der Ratten nach einer Periode, in der beide Gruppen nur die morphinhaltige Lösung zur Verfügung hatten; bei einer erneuten Auswahl von Wasser und morphinhaltiger Lösung griffen lediglich die Ratten im Laborkäfig weiterhin auf die Droge zurück, während die Ratten in der relativ natürlichen Umgebung des Rattenparks der Droge scheinbar widerstehen konnten. Alexander folgerte daraus, daß soziale Kontakte und die Umgebung wesentlichere Prädikatoren für das Konsumverhalten von Opiaten darstellen als andere biologische Faktoren.

Ursachen die Rolle von Umgebungsvariablen für eine Suchtentwicklung herausstreicht (Schaler 2000, S. 33-35). Die biochemischen Befunde der Gehirnforschung könnten so auch Folge und nicht notwendigerweise Ursache einer Sucht sein; nach Meinung der Kontrahenten muß mit biochemischen Befunden und empirischen Beweisen deshalb vorsichtiger umgegangen werden. Präexistierende ungewöhnliche Verhaltensweise oder psychische Störungen eines Individuums, die von der klassischen Psychologie als Ursache für eine Suchtentwicklung angenommen werden, werden nur in einzelnen, spezifischen Fällen, als empirisch haltbar angesehen. Peele wie auch Schaler erwähnen die klinischen Versuche, in denen ehemals Süchtige ihren Konsum wieder zu stabilisieren und zu kontrollieren⁹⁷ lernten, ohne daß ein deterministischer Kontrollverlust oder Konsumzwang erkennbar war (Peele 1985; Schaler 2000).

Von soziologischer Seite wird außerdem auf die unerwünschten Auswirkungen der Krankenrolle hingewiesen, die den Alkoholiker aus seiner normativen Rollenverpflichtung entläßt und ihm damit aus seiner Verantwortlichkeit enthebt. Dies könnte zu einer passiveren Haltung führen, die sich stark kontraproduktiv auf jede Therapiemaßnahme auswirken kann. Die passive Krankenrolle wird kritisch betrachtet, da die Betroffenen unbewußt Eigenschaften und Merkmale einer Sucht übernehmen könnten, obwohl sie dem Einzelnen ursprünglich nicht eigen waren.

Die Vertreter des sozialkognitiven Ansatzes versuchen die praktischen Konsequenzen des Krankheitskonzept, nämlich die Behandlungsnotwendigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit, zu negieren, indem sie aufzeigen, daß die meisten Alkoholiker im vierten Lebensjahrzehnt keine Probleme mehr mit dem Alkohol haben (Feuerlein, Küfner, Soyka 1998). Diese Ergebnisse lassen sich, so die Kritiker, nicht auf die Todeszahlen, oder erfolgreiche Behandlungen zurückführen, sondern auf ein selbständiges Herauswachsen aus der Sucht. Im Kontext der Heroinsucht werden solche Fälle auch als *Maturing-Out* bezeichnet, d.h. ehemals als süchtig klassifizierte Menschen beenden ihren Konsum selbständig, ohne das sie eine traditionelle Behandlungsform durchlaufen haben. Für den im Zusammenhang mit der Kritik am Krankheitskonzept vielzitierten Szasz stellt Sucht dann nur noch eine schlechte Angewohnheit dar. Szasz bezeichnet das Konzept der Suchtkrankheit als epistemologischen Fehler. "*Die Kommunikation von uns mit unserer Umwelt als Ausdruck neurologischen Funktionierens zu interpretieren*", ist für Szasz eine unzulässige Folgerung (Szasz 1972, S.83). Für Fingarette ist Sucht dagegen ein individueller Lebensstil (Fingarette 1988). Innerhalb der Lebensstilthese wird angenommen, daß Alkohol oder Heroin mehr Wert beigemessen wird als der Gesundheit oder den sozialen Kontakten. Szasz und Fingarette kritisieren somit nicht nur einzelne Studien oder Aspekte des Krankheitskonzeptes, sondern sie bestreiten dessen Richtigkeit und setzen alternative Denkstile anstelle des Krankheitsmodells, die Sucht als selbstgewählten Lebensstil, *free choice* oder als *schlechte Angewohnheit* definieren (Schaler 2000). Schaler bezieht seine Kritik am Denkstil der Krankheit hauptsächlich auf ein Krankheitsverständnis, daß dem Süchtigen jegliche Verantwortung und Wahlmöglichkeiten abspricht:

⁹⁷ Im Fall von Alkohol sind das z.B. die Studien von Cohen (1971); Sobell and Sobell (1972); Marlatt (1983). Der Kontrollverlust bei Heroinsucht wird meistens mit den Ergebnissen einer Studie über Vietnamveteranen in Frage gestellt, die zeigt, daß nur 14% der in Vietnam regelmäßig konsumierenden (süchtigen) Veteranen auch in den USA weiterhin Heroin konsumierten (Robins et al 1980).

"The disease model conceives addiction as an involuntary activity, characterized by loss of control. Here behaviour is considered to be caused and determined by forces external to the self. [...] Virtually all the claims that addiction is involuntary stem from disease-model thinking" (Schaler 2000, S. 68).

Als ein entscheidender Kritikpunkt gegen das Krankheitskonzept wird hier also die Vernachlässigung des Autonomieprinzips angeführt. Die liberalen Wertsetzungen, wie z.B. Autonomie und Genuß, kollidieren in der Diskussion um die Handhabung von Drogen immer wieder mit individuell eingeforderten Pflichten und der Verantwortungsübernahme. Die Patientenautonomie spielt zwar auch in der Medizin(ethik) eine bedeutende Rolle; jedoch wird durch die Definition der Sucht als psychiatrische Erkrankung von einem Verlust oder einer Beeinträchtigung der Patientenautonomie ausgegangen. In der klassischen Suchtkrankenhilfe wird deshalb stärker auf fürsorgliche Konzept gesetzt, die von einem medizinisch festgelegten Besten für die Betroffenen ausgehen. Kritiker merken jedoch richtigerweise an, daß nicht reflektiert diskutiert wird, was unter *Bestem* und *Gutem* überhaupt verstanden werden soll.

Für Vaillant ist der Streit um das Krankheitsmodell im Gegensatz zu den bisher erwähnten Autoren, nur eine überflüssige Beschäftigung. Vaillant merkt an, daß der Denkstil der Suchtkrankheit für bestimmte Menschen und in bestimmten Situationen die geeignetste Beschreibung für ihren Zustand sein kann; parallel dazu kann es seiner Meinung nach aber auch Situationen und Menschen geben, auf die das Bild einer Krankheit nicht zutrifft (Vaillant 1983). Er setzt die Problematik des Krankheitskonzeptes deshalb mit dem Welle-Teilchen-Dualismus in der Physik⁹⁸ analog. In der Physik, so Vaillant, werden Wissenschaftler auch nicht gezwungen, sich für eine Option, den Lichtpartikelstrom oder die Wellenform des Lichtes zu entscheiden, sondern die komplementären Modelle werden dazu benutzt, das Verhalten des Lichtes zu jeder Zeit und unter jeder Bedingung vollständig erklären zu können.

Dieser Gedankengang ist interessant da vorhandenen Denkstile zur Sucht nicht als konkurrierende Modelle, sondern vielmehr als komplementäre Denkansätze wahrgenommen werden. Die komplementären Interpretationsweisen sind solange als gültig anzusehen, wie es kein umfassendes Suchtverständnis gibt, das eine befriedigende Erklärung für alle Fragen anbieten kann⁹⁹. Die komplementären Modelle der Sucht müßten dann je nach Situation von Einzelfall zu Einzelfall neu diskutiert werden. Die einzelnen Denkstile würden damit den Anspruch auf

⁹⁸ Der Welle-Teilchen-Dualismus geht auf die Quantentheorie des Lichtes zurück, die von Planck und Einstein entwickelt wurde. Das neue an der Theorie war die Beschreibung des Lichtes als Strahlen von Teilchen, den Photonen. Trotzdem lassen sich manche Eigenschaften des Lichtes immer noch besser durch ein Modell beschreiben, das Licht als Welle auffaßt. Je nachdem, welches Modell zur Erklärung eines gegebenen Sachverhaltes besser geeignet ist, wird Licht entsprechend als Welle oder als Teilchenstrahl aufgefaßt (Welle-Teilchen-Dualismus). Die dualistische Beschreibungsweise weist darauf hin, daß bisher noch kein Modell gefunden wurde, daß alle Eigenschaften des Lichtes in einem einzigen Modell erklären kann. Es wird deshalb auf beide vorhandenen Modelle zurückgegriffen.

⁹⁹ Der Vergleich von Sucht mit dem Welle-Teilchen-Dualismus hinkt insofern, als daß es sich bei den zwei beschriebenen Fällen um andere Untersuchungsgegenstände handelt. Während sich die Physik mit anorganischer Materie befaßt, untersuchen die Medizin, die Biologie und die Sozialwissenschaften den Menschen. Das Kriterium für die Wahl eines Modells läßt sich in der Physik durch Nützlichkeit und Zweckmäßigkeit beschreiben. Doch sind diese Kriterien auf den Kontext der Sucht und den davon betroffenen Menschen übertragbar? Zudem sind die Konsequenzen der jeweiligen Wahl mit zu bedenken.

Allgemeingültigkeit verlieren. Gleichzeitig würde man aber auch Kriterien benötigen, die bestimmen, wann auf welche Auffassung zurückgegriffen werden kann und soll. Im Gegensatz zur Idee einer integrativen Methode oder der Theorie der multifaktoriellen Verursachung besteht die Idee von Vaillant jedoch darin, in jeder Situation flexibel auf eine Theorie oder Erklärungsart zurückgreifen zu können und die damit verbundene Handlungsorientierung für eine Hilfeleistung umzusetzen. Eine Integration oder Berücksichtigung mehrerer Faktoren ist dabei nicht notwendig; vielmehr muß eine Wahl für ein Modell bzw. eine Definition getroffen werden. Wie und anhand welcher Kriterien diese Wahl erfolgen soll, läßt Vaillant offen. Dieser Gedankengang leitet bereits in eine Diskussion der beschriebenen Krankheitsverständnisse und ihrer Implikationen über.

5.4. Diskussion der Krankheitsverständnisse

Wie gezeigt werden konnte, stellt sich das Krankheitsmodell der Sucht als sehr heterogener Denkstil dar. Durch die unterschiedlichen Aspekte einer Suchtentwicklung wird eine Differenzierung des Krankheitsbildes erreicht, was zu einer Förderung von unterschiedlichen Therapiezielen und Handlungsoptionen führt. Dies wird durch die in der Medizin geführte Therapiezieldiskussion und den damit verbundenen unterschiedlichen Zielvorstellungen deutlich. Zur Zeit scheinen zwei Verständnisweisen von Suchtkrankheit favorisiert zu werden. Auf der theoretischen Ebene wird die Idee der multifaktoriellen Verursachung diskutiert, in der Praxis wird dagegen oft der klinisch-pragmatische Begriff bevorzugt.

Beide Krankheitsvorstellungen, die klinisch-pragmatische wie auch die multifaktorielle Verursachungstheorie können als Auseinandersetzung mit einem sehr heterogenen Phänomen und den Schwierigkeiten einer Krankheitseinordnung von Sucht verstanden werden.

Als eine Gemeinsamkeit der diskutierten Krankheitsauffassungen zur Sucht läßt sich die Automatisierung im Suchtgeschehen nennen. Der Verlust von Fähigkeiten oder Eigenschaften, wie die der Freiheit, Selbstbestimmung oder der Selbsteinschätzung kann als gemeinsame Grundlage vieler Suchtdefinitionen formuliert werden. Die Annahme eines Autonomie- und Kontrollverlustes wirkt sich zudem auf die medizinischen und sozialen Reaktionsweisen, wie z.B. die rechtliche Betrachtung oder das Arzt-Patient-Verhältnis, aus. Zweifel an einem Autonomie- und Kontrollverlust, oder Studien zur selbständigen Aufgabe des Konsums, wie sie beispielsweise bei Nikotin-, aber auch bei Heroinsüchtigen verzeichnet werden, versuchen diese zentrale Annahme wieder in Frage zu stellen und induzieren damit auch eine ethische Problematik. Es stellt sich aufgrund des umstrittenen *Freiheitsverlustes* deshalb die Frage, ob Süchtige nicht mindestens teilweise in der Lage dazu sind, an Entscheidungsprozessen mitzuwirken, oder Behandlungsangebote sogar ablehnen dürfen (Recht auf Nichtbehandlung), ohne mit nachteiligen Konsequenzen rechnen zu müssen.

Ein Recht auf Fürsorge und ein Anspruch auf Hilfe ist eine Forderung, die sich aus dem/den Krankheitsverständnis/sen von Sucht entwickelt hat. Krankheit ermöglicht aber auch eine gezielte und bereits festgelegte Reaktionsmöglichkeit, die es erlaubt, in einen unerwünschten Zustand einzugreifen. Es bietet damit eine Möglichkeit zur aktiven Veränderung oder 'Verbesserung' eines als 'schlecht' bewerteten Zustandes wie den der Sucht an. Die einzelnen Krankheitsverständnisse zeigen damit, daß es fast unmöglich erscheint, Suchtkrankheit ohne Rückgriff auf

soziale oder aber auch moralische Normen und Werturteile zu beschreiben. Die Vorstellungen über die psychische Störung Sucht verweisen auf menschliche Eigenschaften und Fähigkeiten, die gesellschaftlich positiv bewertet und als wünschenswert empfunden werden (Wertsetzungen eines Ideals des völlig Gesunden und sich "normal verhaltenden" Menschen). Die so vorausgesetzten Werte beziehen sich meistens nicht auf direkte Handlungen, sondern auf Persönlichkeitsmerkmale von süchtigen Menschen und implizieren damit ein sittliches Ideal vom Sosein und dem Wunsch, bestimmte Eigenschaften besitzen zu wollen und sie auf andere Menschen zu übertragen. Die so gesetzten Werte bilden eine Gegenvorstellung zur Sucht. Die Gegenvorstellung wird durch die in der Gesellschaft bestehenden Wertvorstellungen und Menschenbilder ausgefüllt. Es handelt sich bei solchen Definitionen nach Herzlich und Pierret um normative Begriffe mit teleologischer Funktion, die auf eine bestimmte Weltanschauung ausgerichtet sind (Herzlich, Pierret 1991). Die Bewertungen von Verhalten und Psyche beschreiben damit nicht nur einen Ist-Zustand oder sogenannte Seinsnormen, sondern können auch Sollensnormen implizieren (Bochnik, Gärtner-Huth, Richtberg 1986). Der Krankheitsbegriff wird in diesem Sinne zu einem normativen Krankheitsverständnis, der neben evaluativen Kriterien auch einen Maßstab für einen psychischen Sollzustand aufwirft. Derartige Kriterien spielen vor allem bei der Abgrenzung eines exzessiven Konsums von einem süchtigen Konsum eine essentielle Rolle. Die Diagnose der Suchtkrankheit beinhaltet damit nicht nur eine Beschreibung von Funktionsausfällen oder Merkmalen, sondern schließt die Möglichkeit einer Verbesserung oder Heilung des Zustandes ein und legt damit die Hilfs- und Behandlungsbedürftigkeit der Betroffenen fest. Ein Krankheitsverständnis von Sucht ist somit nur in einem sozial-normativen Kontext zu denken und zu verstehen. Osborne führt die bestehenden Kontroverse, die das Krankheitskonzept der Alkoholsucht umgibt, geradezu auf einen Konflikt zwischen wissenschaftlichen Fakten und moralisch-ethischen Werten zurück.

"Thus much of the controversy of surrounding the disease model arises out of a tacit conflict between scientific and moral agendas, a confounding of facts and values in society's response to alcohol" (Osborne 1995, S. 2430).

Insofern scheint der heutige psychiatrische Krankheitsbegriff von Sucht eine ähnliche Problematik aufzuweisen wie die bereits im historischen Kontext des Suchtverständnisses aufgezeigte Vermischung von biologisch-organischen Krankheitsbeschreibungen auf der Symptomebene mit Wertvorstellungen über die menschliche Freiheit, personaler Autonomie und einer "normalen", d.h. nicht als exzessiv empfundenen Leidenschaft und Genußfähigkeit.

Auch Hope und Fulford merken an, daß die diagnostischen Konzepte der Psychiatrie eine Brücke zwischen Medizin und Moralität schlagen (Hope, Fullford 1994, S. 682). Es fließen in ihr, wie Pritz es ausdrückt, ständig Biologie und Kultur zusammen (Pritz 1992).

Durch eine Zuordnung von Sucht mit Tod, Leiden, Behinderung, Freiheitsverlust und Unmäßigkeit hat sich eine Vorstellung von einem destruktiven Suchtprozeß entwickelt, die mit dem Übel einer Krankheit gleichgesetzt und erklärbar gemacht wurde. Für Gert und Clouser stellen Tod, Schmerz, Behinderung, sowie der Verlust von Freiheit und Genußfähigkeit universell anerkannte Schäden und Leiden dar, die als individuelle oder gesellschaftliche Übel empfunden werden (Gert, Clouser in: Raainon 1999, Kap. 22). Das Verstehen von Sucht als Krankheit, das über eine deskriptive Vorstellung hinausgeht, muß jedoch nicht als Nachteil verstanden oder

als unbrauchbares Konstrukt verworfen werden. Im Gegenteil möglicherweise bedarf es einer Einbettung des Suchtverständnisses in einen umfassenden und offenen Rahmen. Insofern stehen nicht das Krankheitsverständnis von Sucht oder die empirischen Ergebnisse zur Disposition, sondern lediglich die Verwendung von Werturteilen und Normen innerhalb eines Krankheitsverständnisses, die größtenteils unreflektiert und implizit in das Suchtverständnis einfließen. Die dauernde Beteuerung eines neutralen und rationalen, medizinischen Verständnisses von Sucht kann so nicht eingehalten werden. Der Rückgriff auf Normen und Wertvorstellungen sollte transparenter dargestellt werden, um eine Reflexion des dem Suchtverständnisses zugrundeliegenden Prinzipien und Menschenbilder zu ermöglichen und einer öffentlichen Diskussion zugänglich zu machen. Die konsequente Ignoranz der den Denkstilen zugrundeliegenden Werten, oder wie Barthels es ausdrückt, die *Werteabstinenz* und das Fehlen von ausgewiesenen Argumentationsweisen soll hier kritisiert werden und stellt zugleich ein ethisch relevantes Problem dar (Barthels 1991). Dies trifft jedoch nicht nur auf das Verständnis von Sucht als Krankheit zu, sondern auch auf die dem Krankheitskonzept gegenüber gestellten Alternativen. Bevor die ergänzenden und alternativen Denkstile skizziert werden, soll das Krankheitskonzept der derzeitigen Bundesregierung und die damit verbundene Suchtpolitik beleuchtet und auf seine Implikationen für die soziale und medizinische Praxis hin untersucht werden.

5.5. Krankheit als politische Forderung?

In den aktuellen Stellungnahmen der Bundesregierung wird das Krankheitskonzept nicht in Frage gestellt. Der Denkstil der Krankheit hat innerhalb einer politischen Auseinandersetzung in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Die Rotgrüne Regierung strebte nach dem Regierungswechsel eine Erneuerung der Drogenpolitik an. Eine zentrale Veränderung war dabei die Verschiebung der Zuständigkeit für Drogen- und Suchtfragen vom Innenministerium zum Gesundheitsministerium. Der Leitgedanke dafür wurde von der ehemaligen Gesundheitsministerin Andrea Fischer wie folgt formuliert:

"Sucht ist stets Krankheit. Suchtkranke sollen (in Deutschland) nicht mehr verteufelt oder wie Straftäter behandelt werden, sondern erhalten Hilfe. Als erster Schritt in Richtung von neuen Hilfsangeboten sollen Modellversuche stehen, wie z.B. Heroin auf Rezept", nach Schweizer Vorbild. " (www. bmg.de)

Auch die ehemalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung Christa Nickels¹⁰⁰ benannte ähnliche Motive für ihre Arbeit:

"Dem Leitsatz "Sucht ist Krankheit" muß endlich Geltung verschafft werden. Bereits 1968 hat das Bundessozialgericht klargestellt, daß Sucht Krankheit ist. Folglich ist es die Aufgabe einer verantwortungsbewußten Gesundheitspolitik, alle Möglichkeiten zu prüfen, die bei Suchtkranken Überlebenshilfe gewährleisten, eine Verschlimmerung der Suchtkrankheit verhüten und Wege

¹⁰⁰ Die Arbeit entstand zwischen 1999 - 2002 und fällt somit in den in diesem Zeitraum vollzogenen personalen Wechsel im Gesundheitsministerium. Die neue Gesundheitsministerin und Drogenbeauftragten haben jedoch die Stellungnahmen zur Sucht weitgehend von ihren Vorgängerinnen übernommen.

aus der Abhängigkeit heraus erleichtern und ermöglichen können. " (Nickels 1999, S. 9)

Der Krankheitsbegriff in der Politik rekurriert damit auf ein klinisch-pragmatisches Verständnis von Suchtkrankheit. Die Begründung der Aussage 'Sucht ist stets Krankheit' bezieht sich so auf die sich eröffnenden Interventionsmaßnahmen und Reaktionsmöglichkeiten. Die Bezeichnung von Sucht als Krankheit ermöglicht laut Bundesregierung einen rationaleren Umgang mit Sucht und fördert *Harm-Reduction-Programme*¹⁰¹ innerhalb der Suchthilfe. Damit werden beispielsweise Substitutionsprogramme, die umstrittene Forderung nach Heroin auf Rezept oder Konsumräume für Konsumenten von illegalen Drogen eingefordert. Befürworter von *Harm-Reduction-Programmen* benutzen häufig utilitaristische Begründungsstrategien, die sich auf die Regel reduzieren lassen "*the least harm of the least number of people*" (Heather, Wodak, Nadelmann, O' Hare 1992).

Das Programm *Harm Reduction* als Lösungsstrategie im Umgang mit süchtigen Menschen wird nicht nur von Vertretern eines pragmatischen Krankheitsverständnis angestrebt, auch Befürworter anderer Suchtverständnisse setzen auf die *Harm-Reduction-Programme*, da sie die Möglichkeit einräumen, auf die individuellen und sozialen Folgen einer Sucht zu reagieren. Für Witkowski stellt ein pragmatisches Krankheitskonzept auch eine Möglichkeit dar, "*ohne moralische Implikationen und Wertungen auszukommen und lediglich rationale Entscheidungen treffen zu können*" (Witkowski 1983, S. 29).

Wie läßt sich diese Aussage, anhand der in diesem Kapitel gezogenen Folgerungen bewerten, und was steht hinter dem Krankheitsverständnis der Bundesregierung? Die Regierung favorisiert ein relativ pragmatisches Vorgehen, das auf rationalen Entscheidungsfindungen beruht. Doch was genau bedeutet das, und welche Ziele sollen dabei verfolgt werden? Nach Valverde ist das politische Konzept der Suchtkrankheit nur eine *Worthülse*, eine Taktik, die die Entstigmatisierung von Süchtigen zum Ziel hat (Valverde 1989). Im Zweifel für den Angeklagten, d.h. für das Konzept, das als vorsichtiger gilt und weniger harte Konsequenzen mit sich bringt und damit für Krankheit statt Kriminalität. So besitzt die Interpretation von Sucht als Krankheit einen wesentlich humaneren Unterton als die moralische Diskriminierung, und, wie Fischer es ausdrückt, die *Verteufelung* der Süchtigen oder der ideologische Kampf gegen Drogen und Konsumenten. Andererseits wird das Krankheitskonzept von einigen Befürworter nur deshalb anerkannt, um die Finanzierung der Interventionen im Suchthilfesystem zu sichern oder um kostengünstigere Reaktionsmöglichkeiten auf die Sucht zu ermöglichen. So befinden sich mittlerweile viele Ordnungsbehörden und Polizeipräsidenten auf der liberalen Seite und befürworten eine Freigabe von Drogen, da sie die Kosten und den Aufwand, die mit der Kriminalisierung von Konsumenten verbunden sind, als nicht mehr verhältnismäßig betrachten.

Diese Ausführungen deuten darauf hin, daß es sich bei dem politisch-pragmatischen Verständnis nicht unbedingt um ein wertneutrales Krankheitsverständnis handelt. Valverde kritisiert in seinen Ausführungen die in

¹⁰¹ Inciardi und Harrison (2000) definieren Harm-Reduction als einen Versuch zur Verbesserung der Gesundheit sowie von sozialen und ökonomischen Konsequenzen, die von psychoaktiven Substanzen verursacht wurden, ohne notwendigerweise eine Verringerung der Konsummenge dieser Substanzen einzufordern. *Harm-Reduction* beinhaltet nach diesen Autoren mehrere Prinzipien, für die ein Hierarchie der Ziele festgelegt werden muß, um entscheiden zu können welche Bedürfnisse zuerst oder vorrangig befriedigt werden sollen. Diese Festlegung wird jedoch nur selten durchgeführt.

pragmatischen und operationalisierten Krankheitsauffassungen angeführte Scheinneutralität, indem er anmerkt, daß sich jede Bestimmung eines Schadens oder schädlichen Konsums auf kulturelle Wertungen bezieht.

"The will of harm reduction programmes is not value-neutral, rational-choice-will. Cultural Values about work, family, sex and pleasure are clearly constitutive of what counts as self-control or as the better or worse choice" (Valverde 1998, S. 174).

Eine konsequentialistische Folgenabschätzung macht es eben auch notwendig, die Folgen selbst zu bewerten und als positiv, oder negativ in Bezug auf einen Maßstab hin zu definieren. Jegliche Abschätzungen und Abwägungsprozesse stützen sich deshalb auf "Kriterien", anhand derer überhaupt eine Abwägung vorgenommen werden kann und anhand derer entschieden wird, was als bessere oder schlechtere Folge oder Hilfeleistung zu gelten hat. Das Suchtverständnis und die daraus ableitbaren Handlungsanleitungen greifen damit zwar auf einen pragmatischen Krankheitsbegriff zurück, dieser wird aber durch kulturelle Werte und moralische Prinzipien gestützt und begründet. Hinter den Aussagen der Drogenbeauftragten und des Bundesgesundheitsministeriums lassen sich aus dieser Sicht parallel zu ökonomischen und gesundheitlichen Folgen der Sucht moralische Prinzipien¹⁰² erkennen, die als Begründung von Interventionsmaßnahmen und sozialpolitischen Strategien indirekt angeführt werden:

1. *Gerechtigkeit und Gleichheit*: Süchtige sollen nicht mehr diskriminiert und ausgegrenzt werden; - eingefordert wird stattdessen eine *gerechte* Behandlung von süchtigen Menschen. Dies basiert auf dem Gedanken der gleichen Rechte für alle und beinhaltet damit eine Aufforderung zu einer verhältnismäßigen und gleichermaßen verteilten Hilfe für alle Kranken. Eine Sonderstellung für die Krankheit der Sucht in Form von eigenen Drogenbeauftragten usw. läßt sich damit allerdings nicht mehr rechtfertigen
2. *Schadensvermeidung*: Süchtige sollen schadensmindernde Hilfe erhalten, die auf eine Lebenserhaltung bzw. bessere Lebensqualität ausgerichtet ist (*Harm-Reduktion-Programme*). Schadensbegrenzung bzw. -vermeidung soll auch in Bezug auf die Gefährdung Dritter, den Schutz der Jugend und der Gesellschaft gelten.
3. *Menschenwürde*: süchtigen Menschen soll mit mehr Humanität begegnet werden (*Humanitätsforderung*), die sich im weiteren Sinne auf die Menschenwürde als Grundprämisse bezieht.
4. *Solidarität*: Das soziale System, in dem Fall das Gesundheitssystem, soll für die Kosten der Hilfeleistungen aufkommen und Verantwortung übernehmen (*Solidaritätsprinzip*). Krankheit wird hier als ein Appell an die gesellschaftliche Solidarität und Empathie gegenüber Betroffenen verstanden¹⁰³.

¹⁰² Prinzipien sind verallgemeinerbar, aus ihnen lassen sich moralische Regeln ableiten, die dann wiederum als Grundlage von praktischen Handlungsanleitungen fungieren können.

¹⁰³ Homann weist darauf hin, daß ein Appell immer auch ein moralisches Argument beinhaltet. Dem, der leidet, auch wenn er sich das Leiden selbst zugefügt hat, muß geholfen werden, sein Leiden zu verringern oder aufzuheben. Die Forderung nach Empathie greift auch auf die Vorstellung einer mitfühlenden, humanen oder christlichen Gesellschaft zurück (Homann, 1992).

5. Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen

6. *Staatliche Fürsorgepflicht*¹⁰⁴ (*Beneficence*): Die Krankheitsinterpretation bietet die Möglichkeit aktiv und gerichtet auf das Phänomen der Sucht reagieren zu können, statt passiv zusehen zu müssen. Damit übernimmt der Staat bzw. übernehmen die Helfer die Fürsorge und die Entscheidung zugunsten der Suchtkranken.

Die zu erkennenden Prinzipien (schräggedruckt) erinnern teilweise an die in der Medizinethik üblichen *Prinzipien mittlerer Reichweite*¹⁰⁵. Die einzelnen Prinzipien sind hier zunächst einmal gleichwertig anzusehen¹⁰⁶. Ein Problem dieser Prinzipienliste ergibt sich, wenn ein Konfliktfall es erfordert, ein Prinzip über das andere zu stellen, d.h. ein übergeordnetes oder oberstes Prinzip festzulegen. Das pragmatische Krankheitsverständnis, das auf *Harm-Reduction*-Programme setzt, scheint das Nichtschadensprinzip und die daraus ableitbare Schadensverminderung über andere Prinzipien zu stellen. Dennoch läßt die möglicherweise konsensfähige Prinzipienliste oder Prinzipienhierarchie offen, was die Begriffe Schaden, Fürsorge, Gefährdung und vor allem die Menschenwürde, im Einzelnen, d.h. im praktischen Kontext einer Hilfe für süchtige Menschen, bedeuten sollen. Über die inhaltliche Bestimmung solcher Prinzipien und deren Umsetzbarkeit ist damit also nichts ausgesagt. Birnbacher bezeichnet solche Prämissen, wie die der Menschenwürde¹⁰⁷ deshalb auch als *Knock-down-Argumente*, die als Begründung von umstrittenen Entscheidungen angeführt werden. Er thematisiert damit die Verwendung von Begriffen, deren Inhalte vieldeutig und interpretationsbedürftig ist.

"Es [Prinzip der Menschenwürde] führt einen Rundumschlag aus, von dem sich kein Gegenargument so leicht wieder erholt, ohne daß man allerdings genau weiß, mit welcher Art von Knüppel dieser Schlag geführt worden ist" (Birnbacher 1993, S. 46).

Erst wenn definiert wird, was genau mit *Schaden, Fürsorge, Humanität* oder *Autonomie* im Einzelnen gemeint ist, kann über Handlungen nachgedacht werden,

¹⁰⁴ Hier als Hilfe zu verstehen, die vom Staat für Menschen in Not bereit gestellt wird, die auch als ethische Verpflichtung notleidenden Mitmenschen gegenüber verstanden werden kann. Eine Hilfespflicht setzt eine Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen voraus. Im Fall der Sucht muß diese Hilfsbedürftigkeit zunächst bestimmt werden.

¹⁰⁵ Die Biomedizinische Ethik von Beauchamps und Childress greift auf sogenannte Prinzipien der mittleren Reichweite zurück, die nicht mehr weiter begründet werden müssen, da sie, laut Autoren, auf einem breiten Konsens beruhen (Beauchamps, Childress 1994). Die von den Autoren aufgezählten Grundprinzipien lauten: non-maleficence (Nichtschädigungsprinzip), beneficence (Wohltätigkeit), respect for autonomy (Autonomie) und justice (Gerechtigkeit). Die Prinzipien werden, prima facie, als gleichermaßen wichtig für die biomedizinische Praxis betrachtet. Die Prinzipien gelten als bindend; welches der Prinzipien in einem Konfliktfall überschrieben werden darf, ist abhängig von der speziellen Situation und den möglicherweise einzigartigen Merkmalen eines Falles. Die Bioethik von Beauchamps und Childress wird auch als Prinzipialismus oder als rekonstruktiver, kohärentistischer Ansatz bezeichnet.

¹⁰⁶ Eine Prioritätensetzung einzelner Prinzipien läßt sich für die Politik nicht pauschal formulieren; einzelne Politiker bzw. Parteien scheinen jedoch unterschiedliche Hierarchisierungen vorzunehmen.

¹⁰⁷ Leist bezeichnet Werte wie die der Menschenwürde auch als traditionelle, konservative Werte (Leist in: Ach, Gaidt 1993).

die diese Prinzipien schützen und aus ihnen Lösungsoptionen ableiten, die in der Praxis umgesetzt werden können. Derartige Begriffe müssen also zunächst definiert werden (siehe dazu auch Kapitel 7. und 8.).

Das Spannungsfeld des medizinischen Modells und somit auch des politisch-pragmatischen Modells liegt zwischen der Zuständigkeit des Gesundheitssystems/Staates bei der Verhinderung von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen einerseits, und der Freiheit und Selbstbestimmung des einzelnen Patienten/Bürgers andererseits. Rust ordnet diesen Konflikt unterschiedlichen politischen Haltungen zu. Der Liberalismus, so Rust, stellt die persönliche Freiheit der Einzelnen als höchstes zu verteidigendes Gut dar, während der Kommunitarismus den gesellschaftlichen Werten und Interessen, die als gesellschaftliche Errungenschaften verstanden werden, Priorität vor Einzelhandlungen einräumt (Rust 2000).

Der Verlust der Autonomie und Wahlfreiheit wird möglicherweise in Kauf genommen, um die Aussage *Sucht ist stets Krankheit* aufrechterhalten zu können. Damit verbunden ist auch die politische Negierung des Rechtes auf *selbstgewählte Eigenschädigung*, oder die Entscheidung für ein risikoreiches Leben. Der Paternalismus bezüglich der Sucht steht im Widerspruch zu anderen Reaktionsweisen, gegenüber denen sich der Staat und das Gesundheitssystem liberal verhalten, wie z.B. bei der Ausübung risikoreicher Sportarten, oder bei der Thematik des Freitods. So läßt es sich fragen, ob politisch vorgebrachte Argumente für ein Krankheitskonzept ausreichen, um als befriedigende deskriptive sowie normative Basis einer Suchthilfe und Suchtpolitik akzeptiert werden zu können. Mit dem Verständnis von Sucht als Krankheit werden nachteilige Konsequenzen und mögliche Forderungen für die Praxis im Umgang mit allen süchtigen Menschen in Kauf genommen. Es ist deshalb zu klären, welche Ziele genau mit einem pragmatische Krankheitskonzept verfolgt werden wollen und ob solch ein Krankheitsverständnis tatsächlich ausreicht, um süchtigen Menschen gerecht zu werden. Hier besteht meiner Meinung nach ein dringender Diskussionsbedarf. Zimmerli greift im politischen Kontext der Sucht den Begriff der *Sozialtechnologie* auf (Zimmerli in: Bökes, Nelles 1992).

Eine Diskussion über die Zielvorstellungen und die Grundeinstellungen zu Drogen erscheint notwendig, wenn man sich nicht dem Vorwurf einer an der Oberfläche wirkenden *Sozialtechnologie* aussetzen will. Das Krankheitskonzept mag zwar eine bequeme Basis anbieten, bestimmte Ziele umzusetzen, doch sollten diese Ziele nicht hinter einem pragmatischen Krankheitsbegriff versteckt, sondern zur Diskussion gestellt werden. Das bedeutet, daß man sich auch auf politischer Ebene für ein bestimmtes Krankheitsverständnis von Sucht entscheiden kann, jedoch sollte dieses auf reflexive Weise gewonnen werden und Implikationen und Nachteile des gewählten Krankheitsverständnisses mitberücksichtigen.

5.6. Alternativen und Ergänzungen zum Krankheitsverständnis von Sucht

Möglicherweise hat die heterogene Gruppe der süchtigen Menschen und die immer stärkere Ausweitung des Suchtbegriffes auf verschiedene Verhaltensweisen dazu geführt, daß sich neue Modelle und Interpretationsweisen von Sucht entwickelt haben. Möglicherweise haben auch die aus dem Krankheitsmodell resultierenden Folgen auf z.B. die soziale Wahrnehmung, das Selbstbild und das Suchthilfesystem dazu beigetragen, daß neben dem Krankheitsverständnis andere Denkstile zur Sucht in die Diskussion eingebracht wurden.

In dieser Arbeit werden anhand der Definitionen (Kapitel 2) und einzelner Theorien zur Sucht (Kapitel 3) alternative, oder ergänzende Verständnisweisen aufgezeigt, die aus Gründen einer anschaulichen Darstellung voneinander abgegrenzt wurden; die Übergänge können jedoch als fließend betrachtet werden. Neben dem Krankheitsverständnis zur Sucht lassen sich mindestens noch drei weitere Verständnisweisen zur Sucht erkennen. Dazu gehören die Denkstile, Sucht als *deviantes Verhalten*, als *erlerntes Verhalten* und als *Lebensweise* zu verstehen. Letztere Sichtweise wurde in dieser Arbeit auch als *Akzeptanzmodell* bezeichnet, weil sie mit der sogenannten akzeptierenden Drogenarbeit in der Praxis zusammenfällt¹⁰⁸. Die verschiedenen Denkstile werden im Vergleich zum Krankheitsverständnis im folgenden kurz skizziert und diskutiert. Ein Überblick findet sich in Abbildung 5.

5.6.1. Sucht ist deviantes Verhalten (Devianzmodell)

Devianz, also abweichendes Verhalten, wird in den Sozialwissenschaften durch unterschiedliche Theorien erklärt (z.B. Lerntheorie, Soziologie und Persönlichkeitstheorien). Abweichendes Verhalten kann so z.B. aufgrund einer Subkultur, sozialen Bedingungen, oder erlernten Verhaltensmustern entwickelt worden sein. Im Zusammenhang mit dem hier skizzierten Devianzmodell wird abweichendes Verhalten als Handeln¹⁰⁹ gegen eine rechtlich-moralischen Norm¹¹⁰ verstanden, der durch die unmittelbare Umwelt registriert und bewertet wird. Nach Peters werden durch den Konsum von Drogen hauptsächlich Produktions- und Reproduktionsnormen gebrochen, die an den Erhalt der Gesundheit gegenüber sich und seinen Nachkommen, sowie an die damit verbundene Leistungsfähigkeit gekoppelt sind (Peters 1989). Innerhalb des Devianzmodells sind Drogen daher als Angriff auf die "traditionellen Werte" einer Gesellschaft und deren Ordnung zu verstehen¹¹¹, die Droge und der Konsument werden damit zu Feinden des bestehenden Gesellschaftssystem stilisiert.

Die aus dem Devianzmodell ableitbare politische Strategie betont vor allem die den Gesetzen zugrundeliegenden Werte und die Aufrechterhaltung der inneren Ordnung. Das klassische Devianzmodell¹¹² räumt den als süchtig klassifizierten

¹⁰⁸ Sucht als gesellschaftliches Konstrukt zu verstehen, das nur im sozialen Kontext besteht und erkannt wird, impliziert, daß risikoreicher Drogenkonsum zunächst eine von vielen Verhaltensweisen darstellt, die erst aufgrund gesellschaftlicher Wertungen und Traditionen problematisiert wird.

¹⁰⁹ Häufig wird unter dem Begriff abweichendes Verhalten ein abweichendes Handeln verstanden. Die Begriffe Verhalten und Handeln lassen sich nicht immer trennscharf abgrenzen. Nach Redecker wird unter Handeln ein geplantes und spezifisch menschliches Vorgehen bezeichnet; während Verhalten ein nicht spezifisch menschliches Sich-Verhalten kennzeichnet, das meist nur von einer Außenperspektive als Sich-Gegenüber-Etwas oder Jemanden verhalten beschreibbar ist; während dem Handeln auch eine innere Perspektive (Handlungsabsicht) zugestanden wird (Redecker 1993).

¹¹⁰ Unter einer rechtlich-moralischen Norm versteht Höffe einen generellen Imperativ, der rechtliches und sittliches Handeln von Einzelnen und Gruppen bestimmt. Die Norm kann sich auf Handlungsziele und Formen des Handelns, auf Handlungen in Abhängigkeit oder in Unabhängigkeit von bestimmten Situationen beziehen (Höffe 1997).

¹¹¹ Ein Beispiel dafür ist die Hippiekultur, die mit bestimmten Drogen assoziiert wird und als Provokation und Angriff auf die damalige Moral und Tradition verstanden wurde.

¹¹² Das Devianzmodell wird im Zusammenhang mit der klassischen Prohibitionspolitik angeführt und gilt als konservatives Gegenmodell zu liberalen Theorien, die eine Drogenlegalisierung einfordern.

Menschen zwar Willens- und Handlungsfreiheit ein, verlangt ihnen gleichzeitig aber auch die Verantwortung für ihren Zustand und die damit verbundenen Folgen ab. Die süchtigen Menschen sind autonom im Sinne eine angenommenen freiwilligen Konsumbeginnes, den sie trotz zur Verfügung stehenden Informationen gewählt haben. Mit dem abweichenden Verhalten oder Handeln werden damit Begriffe, wie die der Unfähigkeit und Unwilligkeit, thematisiert (Peters 1989). Nach Rust sieht das Devianzmodell die Sucht als ein moralisches Versagen an, das die Widerstandskraft der Gesellschaft auf Dauer zerstört (Rust 2000). Um eine Änderung des Verhaltens zu erreichen, wird zum Mittel der Bestrafung gegriffen. Sanktionen sollen zu einer Reintegration in die Gesellschaft und zu einem Respektieren der Regeln anhalten. Die Frage, die bezüglich des Devianzmodell berechtigterweise gestellt wird, ist, ob der Zweck der Drogen- und Suchtbekämpfung die dazu eingesetzten *Mittel* heiligt.

Das Devianzmodell¹¹³ gilt als restriktives Modell, das als Nachfolgemodell eines moralischen Denkstils angesehen wird und mit der Prohibitions politik im 19. und 20. Jahrhundert in Europa und vor allem den USA assoziiert wird. Es wird derzeit von vielen Seiten kritisiert und als veraltete und gescheiterte ideologische Vorstellung eines *süchtigen Menschen* angesehen, der aufgrund seiner Neigungen und Persönlichkeitsstruktur zum "Abweichler" wird. Das Krankheitsmodell scheint das Devianzmodell in der politischen Drogendebatte abgelöst zu haben. Statt eines normativen Modells, daß moralisch abwertend und diskriminierend wirkt, soll auf Wertungen dieser Art verzichtet werden. Ob das Krankheitsmodell allerdings als moralisch-normativ neutral gelten kann, ist, wie in diesem Kapitel einschlägig dargestellt, fraglich. Es läßt sich jedoch nachweisen, das es ein soziopolitisches Bedürfnis für ein deskriptives und moralisch neutrales Modell von Sucht zu geben scheint.

5.6.2. Sucht ist eine Lebensweise (Akzeptanzmodell)

Als Gegenpol zum Devianz- und Krankheitsmodell steht der Denkstil der Lebensweise oder des Lebensstils. Der Begriff der Akzeptanz bzw. Akzeptanzorientierung entspringt der praktischen Ebene und wurde vor allem durch die Sozialarbeit geprägt. Die Verelendung und Unerreichbarkeit vieler Konsumenten von illegalen Drogen gaben den Anstoß zu diesem Ansatz, der sich vor allem gegen Sanktionen und eine staatliche Bevormundung richten sollte. Stöver betrachtet Drogenkonsum in diesem Sinne als differenzierte Konsumententscheidung zum Zwecke des Genusses oder der Selbstmedikation, die als Lebensstiläußerung oder auch als Krankheit angesehen werden kann (Stöver 1999)¹¹⁴. Das bedeutet, daß sich der akzeptanzorientierte Ansatz zunächst als eine zum Krankheitsverständnis ergänzende und praktische Ausrichtung im Suchthilfesystem versteht. Andererseits werden Annahmen, wie z.B. der Kontrollverlust, und Ziele, wie z.B. das der Abstinenz, innerhalb des Akzeptanzmodells kritisch hinterfragt. Das Akzeptanzmodell entwickelt dabei einen ähnlichen Lösungsansatz wie das pragmatische Krankheitsverständnis und verwendet ebenfalls den Begriff der *Harm-Reduction*.

¹¹³ Interessant ist dabei auch, das das Devianzmodell aufgrund seiner Definition über einen Normbruch hauptsächlich auf Heroinkonsumenten bzw. Konsumenten von illegalen Drogen angewandt wird; dies trifft übrigens auch auf das Akzeptanzmodell zu, das dem Devianzmodell polar gegenübergestellt wird. Im Gegensatz dazu wird Alkoholkonsum, meistens als Krankheit, sowie als sozial, oder operant erlernte Verhaltensweise wahrgenommen.

¹¹⁴ Quelle: www.sinnflut.de/akzept/ziele.html

Unter *Harm-Reduction* wird jedoch nicht nur eine medizinische Hilfe oder der Schutz des Lebens verstanden, sondern auch soziale Hilfeleistungen sowie die Akzeptanz der Konsumententscheidung, die durch öffentliche Konsumräume, Dekriminalisierung, aber auch durch eine Freigabe von Drogen per se zum Ausdruck gebracht werden soll.

Neben der praktischen Ausrichtung wird betont, daß sich die Akzeptanzorientierung nicht nur primär auf Hilfsstrategien bezieht, sondern vor allem auf die Veränderung des kognitiven-emotionalen Bildes von Substanzen und ihren Benutzern in unserer Gesellschaft. So sprechen Schneider und Gerlach¹¹⁵ von einem normativ-gesellschaftlichen Konstrukt der Sucht, das von kulturellen Bewertungskriterien dominiert wird. Der Lebensstilansatz wird aufgrund dieser Definitionen von Sucht mit dem theoretischen Konzept des Konstruktivismus zusammengebracht, auf die auch die in Kap.3 skizzierte Etikettierungstheorie und die Systemtheorie verweisen (z.B. bei Herwig-Lempp oder Schneider)¹¹⁶.

Nach dem liberalen Akzeptanzmodell läßt sich der Konsum von Drogen, und damit auch das Konstrukt der Sucht selbst, auf eine freie Entscheidung¹¹⁷ zurückführen. Für Vertreter sogenannter liberaler Modelle, wie das der Akzeptanz, setzt sich der Drogenkonsument zunächst neue Werte. Er schätzt die Erlebnisse durch Drogen höher ein, als seine eigene Gesundheit. Der Konsument entwickelt nach dieser Auffassung ein neues Wertesystem, das sich mit dem seines sozialen Umfeldes nicht deckt und deshalb auf Kritik stößt. Andere, selbstgesetzte Werte sollten nach Meinung des akzeptanzorientierten Ansatzes in einer demokratischen Gesellschaftsordnung toleriert werden.

Das Akzeptanzmodell setzt auf die Respektierung der so getroffenen Entscheidungen, auch wenn alternative Werte und Entscheidungen dadurch gefördert bzw. aufrechterhalten werden¹¹⁸. Aus dem Prinzip der Menschenwürde werden die Selbstbestimmung, der Respekt vor Differenz und ein Gebot für Hilfe, vor allem bei Gefahr einer Verletzung von süchtigen Menschen, abgeleitet¹¹⁹. Das Akzeptanzmodell rekurriert damit auf das Recht auf Selbstbestimmung und betont ein Recht auf Differenz, welche aus dem Respekt vor der Menschenwürde¹²⁰ abgeleitet werden (Scheerer 2000).

¹¹⁵ Quelle: www.indro-online.de/medizinalisierung.htm

¹¹⁶ Diese gehen einher mit Definitionen wie: "Sucht ist das, als was sie definiert wird", "Sucht ist ein kulturelles Konstrukt" bzw. "Sucht ist ein Drogenkonsum", der von der Gesellschaft nicht akzeptiert wird und deshalb bewertet und problematisiert wird.

¹¹⁷ Es läßt sich vermuten, daß Autonomie hier im Sinne der Systemtheorie als Autopoiesis verstanden wird.

¹¹⁸ "Auf der praktischen Ebene geht es darum, den Drogenkonsum derjenigen zu akzeptieren, die ihren Gebrauch derzeit nicht aufgeben wollen oder können" (Stöver 1999, s.o.).

¹¹⁹ Gefordert wird denn auch eine Drogenpolitik, die Menschenwürde von Drogenkonsumenten nicht nur respektiert, sondern auch mit konkreten Maßnahmen dazu beiträgt, daß Drogenkonsumenten ein menschenwürdiges Leben führen können, d.h., hinter der Kritik der politischen Realität verbirgt sich ein moralischer, an Humanität orientierter Appell (Trautmann 1993, S. 55).

¹²⁰ Kappeler merkt in Anlehnung an Karl Jaspers an, daß Menschenwürde und Autonomie immer zusammengehören (Kappeler 1993)

5.6.3. Sucht ist eine erlernte Verhaltensweise (Behavioural Approach)

Sucht als erworbenes oder erlerntes Verhalten zu betrachten, kann zunächst neutral aufgefaßt werden und als eigener Denkstil zur Begründung bestimmter Maßnahmen (z.B.: Verhaltensmodifikation) angeführt werden. Verhaltensanalytische Theorien werden meistens in ein spezifische Krankheitsverständnis¹²¹ von Sucht als *learning disorder* integriert¹²². Eine Rechtfertigung für die in dieser Arbeit durchgeführte Abgrenzung dieses Denkstils vom Krankheitsmodell der Sucht stellt dessen Fokussierung auf das Lernen und die positive Beantwortung der Autonomiefrage dar. Kognitive Theorien schließen im Gegensatz zum Krankheitsmodell die Möglichkeit einer Wahlfreiheit und Verantwortungsfähigkeit von süchtigen Klienten nicht notwendigerweise aus. So schreiben Feuerlein, Kufner und Soyka

"Der Patient wird für die ätiologischen Bedingungen, die zu seiner Störung geführt haben nicht verantwortlich gemacht; für die Veränderung seiner Problemlage wird aber eine persönliche Verantwortung und Mitarbeit vorausgesetzt. Dabei werden die Wünsche und Ziele des Patienten vorrangig betrachtet" (Feuerlein, Kufner, Soyka, 1998, S. 282, Kap. 8.4.7.).

Das bedeutet, daß im Vergleich zum Devianzmodell dem Klienten zwar eine Verantwortung für die Veränderung seines Zustandes gegeben wird, diese wird jedoch vom Begriff der Schuld abgetrennt. Ein Problem ist es, dass häufig verschiedene Theorien in das Krankheitsmodell integriert werden, ohne aktiv das klassische Postulat eines Kontrollverlustes oder Freiheitsverlustes zu hinterfragen.

Der Behavioural Approach wurde hier auch als eigenständiger Denkstil vorgestellt, weil er auf spezifische Theorien und Definitionen zurückgreift und vor allem in der Praxis zu eigenständigen Interventionsvorschlägen geführt hat (z.B. Verhaltenstherapie, Rückprägung, kontrolliertes Trinken, siehe auch Kap. 6). Die Bezeichnung Behavioural Approach erinnert an die in den 70er Jahren angeführten Lehrmeinungen der Lerntheorie; seither hat sich der Denkstil stark ausdifferenziert und beschränkt sich längst nicht mehr nur auf die Symptomebene von Verhaltensauffälligkeiten. Gerade im Zusammenhang mit Sucht werden vor allem auch in der Neurobiologie Lernvorgänge und das sogenannte Suchtgedächtnis betont, die zu Ideen, wie z.B. dem Überschreiben, oder der Umprogrammierung von Suchtverhalten geführt haben.

Die Definition, *Sucht ist erlerntes Verhalten*, ist zunächst darauf ausgerichtet, die als unerwünscht erkannten Lerninhalte oder Angewohnheiten eines Konsumenten zu verändern. Eine Modifikation kann durch den Wunsch des Klienten, eine soziale Abwertung des Verhaltens oder aber durch eine Krankheitsdefinition begründet werden. Im Fall der sozialen Abwertung würde man jedoch weitere Argumente benötigen, die ausweisen müßten, warum ein solches Verhalten als unerwünscht, schädlich oder gefährlich beurteilt wird. Das Ziel dieses Ansatzes wäre demnach eine Verhaltensmodifikation durch ein Umlernen bzw. eine Umerziehung. Die Mitarbeit des Klienten, oder Patienten, wird dabei als notwendiges

¹²¹ Da die verhaltensanalytischen Theorien und Therapien auf eine biopsychosoziale Perspektive ausgerichtet sind läßt sich der Behavioural Approach, am ehesten, mit einem multifaktoriellen Krankheitsbegriff zusammenbringen (Egger 1992).

¹²² Insofern könnte der Behavioural Approach auch als Spezialfall eines Krankheitsverständnisses angesehen werden, indem eine erworbene Verhaltensweise mit einer Krankheit gleichgesetzt wird.

Erfolgskriterium vorausgesetzt. Die Erziehung soll den Klienten zu einem Umgang mit Drogen befähigen, die sich an den Konsummuster und Gesetzen der Gesellschaft orientiert. Ein Ziel kann deshalb auch das Erlernen von sogenanntem *kontrollierten Trinken* darstellen, das den alkoholabhängigen Menschen dazu befähigen soll, seinen Konsum auf ein von der Gesellschaft als *normal* verstandenes Maß zu senken. Das Abstinenzziel wird nicht unbedingt als notwendig erachtet. Das setzt voraus, daß alkoholsüchtige Menschen ihren Konsum kontrollieren können. Dabei ist die Vorstellung eines zumindestens bedingt autonomen Individuums die Voraussetzung für die Festsetzung bestimmter Therapieziele. Die Verwendung der Begriffe Autonomie und Verantwortungsfähigkeit widersprechen, nach Barthels der Erkenntnishaltung der verhaltenanalytischen Theorien (z.B. der Lerntheorie), die den Menschen als von der Umwelt abhängiges Individuum ohne Autonomie und Reflexionsvermögen konstituieren. Diese von Barthels formulierte Widersprüchlichkeit führte nach Lieb in den 70er Jahren zur sogenannten kognitiven Wende¹²³, die die verhaltensanalytischen Vorstellungen um zwei Annahmen erweiterte (1) der Mensch denkt, und (2) er kann sich damit selbst steuern (Barthels 1991). Ob die erwähnten und problematischen Widersprüche dadurch aufgehoben wurden, kann zur Diskussion¹²⁴ gestellt werden.

5.7. Was bieten die Denkstile an?

Es scheint so, als ob keines der angesprochenen Denkstile eine ausgewogene Lösung anbieten kann, die sowohl die gesellschaftliche Verantwortung und das Wohl der Gesellschaft als auch die *Autonomiefrage* süchtiger Menschen gleichermaßen und auf gerechte Art und Weise berücksichtigt. Viele der genannten Definitionen stellen einen monokausalen Ursachenzusammenhang her, der zu verkürzt erscheint. Innerhalb des Akzeptanzmodell dominieren die Rechte und Bedürfnisse der Konsumenten. Der Denkstil geht davon aus, daß bei einer Umsetzung des Akzeptanzmodells weniger gesundheitliche und soziale Probleme auftreten, diese Prognose kann, muß aber nicht notwendigerweise eintreten und bleibt deshalb umstritten. Ist die Aussage, "*Ein Leben mit Drogen sollte als einer von vielen möglichen Lebensstilen gesellschaftlich akzeptiert werden*" (Scheerer 2000, S. 311) eine ausreichende Strategie, um dem Problem der Sucht und den immer neu synthetisierten und auf den Markt geworfenen Drogen gerecht zu werden? Die Gefahr dieses Denkstils besteht so in einer Unterschätzung des Drogenproblems und dessen möglichen Folgen.

Das Devianzmodell greift im Vergleich dazu auf einen staatlichen Paternalismus zurück, der das Problem in die Haftanstalten verlagert und zudem hohe Kosten verursacht. Die Freiheit des Individuums wird zwar akzeptiert, jedoch dazu benutzt, einen Freiheitsentzug in Form einer Strafe einzuleiten. Der Denkstil

¹²³ Damit wurde der Mensch quasi vom Automaten (mechanistische Ansicht des Behaviourismus) zum denkenden Menschen, der seine Produkte selbst erzeugt, und obwohl er in Interaktion mit seiner Umgebung steht, nicht von ihr determiniert wird. Die Verhaltenstherapie wurde damit nach Lieb eine Anleitung zum Konzept der Selbstkontrolle. Das bedeutet aber auch, daß die verhaltensanalytische Theorie ihr Verständnis nicht nur erweitert hat, sondern daß sie das ihr zugrundeliegende Menschenbild verändert hat (Lieb 1992).

¹²⁴ Wittgenstein verweist beispielsweise darauf, daß die Einführung von kognitiven Variablen weder eine notwendige noch hinreichende Bedingung dafür ist, automatisiertes von menschlich intelligentem Handeln zu unterscheiden.

kann zudem auf widersprüchliche Weise das Krankheitskonzept in sich aufnehmen und ein Bild vom kranken Kriminellen erzeugen.

Das Krankheitsmodell stellt durch die Zuordnung zu einer psychischen Krankheit die Fähigkeit für rationale Entscheidungen und Wahlfreiheit in Frage. Der nicht autonome süchtige Mensch soll deshalb wieder zur Autonomie befähigt werden, zur Not auch durch eine Zwangstherapie. Durch die Interpretation als psychische Störung wird eine Behandlungsnotwendigkeit¹²⁵ angenommen, die zudem einen medizinischen Paternalismus rechtfertigt. Das Problem der Sucht wird innerhalb eines Krankheitsverständnisses häufig auch zum organisch-medizinischen Problem reduziert, das durch naturwissenschaftliche Forschung lösbar gemacht werden soll. Hinter dieser Annahme steht der Glaube, daß sich die Sucht- und Drogenprobleme durch intensive naturwissenschaftliche Forschung auflösen lassen.

Der Denkstil *Sucht ist erlerntes Verhalten* läßt andererseits zunächst einige Fragen unbeantwortet. So ist nicht klar, welches Zielverhalten eine Umerziehung mit sich bringen soll und wer für solche Verhaltensmodifikationen finanziell aufkommen muß. Mit der Konzentration auf das individuelle Verhalten läßt dieser Ansatz außerdem möglicherweise den Schutz von Dritten, wie z.B. Familienmitgliedern oder Opfern von Gewalttaten erst einmal unberücksichtigt. Die erlernte Angewohnheit oder der Automatismus muß zunächst vom Betroffenen selbst verändert werden wollen. Trifft dies nicht zu, erscheint es schwierig, Verhaltensmodifikationen unter der Annahme von Autonomie gegen den Willen der Betroffenen durchzusetzen. Hier käme zwar die Begründung eines Schutzes von Dritten oder der Gesellschaft im Ganzen zum Tragen, diese müßte aber durch plausible Argumente begründbar gemacht werden, um sich nicht dem Vorwurf einer staatlich geförderten Verhaltensmanipulation auszusetzen. Außerdem läßt sich der *Behavioural Approach* in ein Krankheitsmodell oder in das Devianzmodell integrieren.

Die Abgrenzung dieses Denkstils wurde hier vor allem zum Zweck einer Einordnung und Veranschaulichung von Grundannahmen und Problemen vorgenommen. Ein Kriterium, das die eben beschriebenen, alternativen oder ergänzenden Denkstile von einem Krankheitsverständnis der Sucht abgrenzt, ist das Prinzip der Autonomie oder die Frage nach der Freiheitsfähigkeit. Im Vergleich zum Autonomieverlust, der als Kriterium einer psychischen Krankheit gelten kann, gestehen die alternativen Modelle dem süchtigen Menschen mindestens einen gewissen Autonomiegrad zu.

Durch die getrennte Darstellung der einzelnen Denkstile erscheint es möglich, diese ganz im Fleckschen Sinne als koexistent zu betrachten. Das bedeutet, daß die eben beschriebenen Denkrichtungen zunächst parallel nebeneinander bestehen und sich gegenseitig beeinflussen und verändern können. Sie scheinen sich zudem im multikausalen Ansatz zu überkreuzen, welcher Sucht als multikausales Geschehen versteht, das durch das Auftreten verschiedener Symptome und Ausprägungsformen gekennzeichnet ist. Doch auch die multikausale Betrachtungsweise der Sucht stößt, wie bereits in diesem Kapitel erwähnt, an ihre Grenzen. Es bleibt zu fragen, was die Pluralität von Ursachenmodellen und Denkstilen auf der praktischen Ebene bewirkt? Welche Probleme ergeben sich aus der Umsetzung der unterschiedlichen Interpretationsweisen von Sucht oder dem multikausalen Ansatz in der Praxis? Diese Fragen werde ich im folgenden Kapitel unter Bezugnahme konkreter

¹²⁵ Die Behandlungsnotwendigkeit setzt eine Behandlungsfähigkeit voraus. Ein Sollen impliziert immer auch ein Können.

Interventionsmaßnahmen, die sich aus den einzelnen Denkstilen ergeben haben, weiterverfolgen.

6. Von der Theorie zur Praxis: Auswirkungen der Denkstile auf den gesellschaftlichen und medizinischen Umgang mit der Sucht

Durch den Pluralismus auf der theoretischen Ebene kommt es in der Praxis zu einem breiten Angebot von möglichen Hilfsmaßnahmen. Diese Tendenz wird größtenteils als positiv empfunden. So merken viele Autoren an, daß es keinen Königsweg in der Suchthilfe geben kann und der Pluralismus im Hilfsangebot eine Diversifikation der Suchthilfe ermöglicht, die es erlaubt, individuell auf die heterogene Gruppe der süchtigen Menschen zu reagieren. Die verschiedenen Interpretationsweisen zur Sucht stehen nebeneinander und bieten unterschiedliche Interventionsstrategien zur Problembewältigung an. Die so erzielten Strategien gegen die Sucht unterliegen jedoch immer wieder der Kritik einzelner Wissenschaftler (anderer Denkkollektive) und Institutionen, finden keine gesellschaftliche Akzeptanz oder werden von den betroffenen süchtigen Menschen nicht angenommen. Die aktuelle Präsenz verschiedener Modelle mit ihren jeweils unterschiedlichen praktischen und sozialen Konsequenzen trägt entscheidend zum Konfliktpotential der öffentlich geführten Drogen- und Suchtdiskussion bei. Durch die verschiedenen Denkstile und Interventionsmaßnahmen stellt sich immer wieder die Frage, was die beste Hilfe für die Betroffenen darstellt und welche Hilfsmaßnahmen umgesetzt und finanziert werden sollten. Doch auch wenn keine abgesicherten oder konsensfähigen Konzepte für Hilfestellungen in der Praxis vorliegen, ist die Suchthilfe als Institution zum Handeln aufgefordert; die Zahlen der Drogentoten, die zunehmenden Verelendungstendenzen sowie die Zunahme von Abhängigkeitsentwicklungen bei legalen wie illegalen Drogen fordern sofortige Reaktionsmöglichkeiten ein. Durch die Forschung erhofft man sich die Eröffnung neuer Handlungsspielräume.

Gordis nimmt beispielsweise an, daß weitere Fortschritte im Verständnis der Neurobiologie des Gehirns helfen werden, neue Medikamente und Pharmakotherapien zu entwickeln und einen entscheidenden Anteil bei der Suche nach effektiveren und kostengünstigen Alkoholbehandlungen leisten könnten (Gordis 2000). Die Umsetzung von Theorie in Praxis und die damit verbundenen Schwierigkeiten sollen anhand einiger Interventionsformen in der Suchthilfe untersucht werden. Unter Suchthilfe werden hier zunächst alle Einrichtungen verstanden, die Beratungs- Interventions- und Präventionsmaßnahmen anbieten oder Hilfeleistungen dieser Art vermitteln; auch Selbsthilfegruppen können unter diesem Begriff subsumiert werden.

6.1. Die Begriffe Sucht- und Drogenhilfe

Sucht- und Drogenhilfe kann als Handlung verstanden werden, die als vorübergehende Lösung oder Teillösung drogenbedingter Probleme anzusehen ist (Leune 1998). Im allgemeinen umfaßt Hilfe jede Art fachtechnischer Hilfe, Begleitung, Beratung, Organisation und Strukturierung, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen (Eser, Lutterotti, Sporken 1989).

In der alltäglichen Praxis wird die Art und der Umfang der Hilfe am Begriff der Hilfsbedürftigkeit festgemacht. Hilfsbedürftigkeit kann mit körperlichen oder seelischen Leiden entstehen oder aber auch mit dem Fehlen von bestimmten Grundgütern (*basic goods*), die jedem zugestanden werden sollen, oder die in einem bestimmten Maß als lebenserhaltend gelten. Die Hilfsbedürftigkeit kann sich auf praktischer Ebene äußern durch (1) direkte oder indirekte Hilferufe oder (2) durch

Erkennen/Deuten einer Hilfsbedürftigkeit durch Dritte oder die Gesellschaft. Die Grundlage jeder Hilfe ist von der Überzeugung gekennzeichnet, daß eine Veränderung in Form einer Verbesserung des Notzustandes prinzipiell möglich ist (DHS, www.dhs.de/leitlinien). Die nähere Bestimmung der Hilfe im Einzelfall erfordert Überlegungen zu einem *Warum, Wie, und Woraufhin der Hilfeleistung*.

Eine Schwierigkeit liegt in dem zur Verfügung gestellten Maß der Hilfe begründet. *"Wenn Hilfe unter dem benötigten Maß bleibt oder darüber hinausgeht, verfehlt sie ihr eigentliches Ziel und verstärkt damit die Not des Hilfsbedürftigen"* (Eser, Lutterotti, Sporken 1989, S. 470). Im ersten Fall wird dem Hilfsbedürftigen auf unzulängliche Weise geholfen, im zweiten Fall wird er frühzeitig und zu Unrecht invalidisiert und bevormundet (Paternalismus). Die staatlich bewilligte Suchthilfe wird derzeit hauptsächlich durch die Interpretation der Sucht als Krankheit begründet. So schreibt Schlösser

"Die von jedem als unbestrittene und notwendige, angemessene Hilfe kann unter den derzeit geltenden Regelungen weitgehend nur dann gewährt werden, wenn dem Leidenden die Kategorie des Kranken zugemessen wird" (Schlösser 1990, S. 33).

Die Feststellung einer Krankheit impliziert eine Hilfsbedürftigkeit und einen Hilfsanspruch auf Seiten der Kranken. In Anbetracht der bisherigen Analyse kann die von Schlösser vorgebrachte Monopolstellung des Krankheitsmodells der Sucht jedoch kritisch hinterfragt werden (Schlösser 1990). Ist der Denkstil der Krankheit tatsächlich die einzig mögliche und zulässige Begründung für einen Hilfsanspruch von als süchtig klassifizierten Menschen? Juristisch gesehen, wird Sucht aufgrund der gesetzlichen Anerkennung als Krankheit mit einem Versorgungsanspruch verbunden, der süchtigen Menschen eine *bedarfsgerechte Hilfe* verbindlich zusichert. Daraus ergibt sich ein Recht auf Hilfe, jedoch auch die Pflicht zur Krankheitseinsicht und zur Annahme der vorgeschlagenen Hilfsmaßnahme (Kooperationsverpflichtung). Diese Art der Verpflichtung erfordert also eine Übernahme des Denkstils *Sucht ist Krankheit* durch die Betroffenen. Sie müssen eine Krankheitseinsicht erbringen, die voraussetzt, daß sie sich mit der Krankenrolle identifizieren können. Der Kranke soll dadurch moralisch entlastet und die Finanzierung gesichert werden; in aktuellen Diskussionen wird jedoch immer häufiger auf eine individualistische Sichtweise verwiesen, die dem Kranken eine Mitverantwortung auferlegt. Die Privatisierung von Lebensrisiken stellt die Schuldfrage¹²⁶ in den Vordergrund und hinterfragt entsprechende Hilfeleistungen, die durch eine *riskante* Lebensweise anfallen¹²⁷. Eine Begründung von Hilfsmaßnahmen für die konkrete Situation der Sucht wird so aufs Neue eingefordert. Hilfeleistungen müssen jedoch nicht notwendigerweise an eine Krankheitsdefinition anknüpfen und können auch mit Rekurs auf andere Konzepte

¹²⁶ Die Grundannahme der Schuldfrage ist, daß der Sucht ein noch kontrollierbarer Konsum von psychoaktiven Substanzen vorausgeht und sich die Konsumenten deshalb bewußt dem Risiko einer Sucht aussetzen und teilweise sogar mit dem Kick des Risikos der Drogenwirkung und dem Suchtpotential spielen.

¹²⁷ Schuler merkt dazu an, daß das auf gesellschaftlicher Solidarität basierend Sozialstaatsprinzip nicht durch ein ständiges Individualisieren und Privatisieren von Lebensrisiken und Hilfeleistung in Frage gestellt werden darf (Schuler in: Tretter 2000). Ein Infragestellen solcher Prinzipien ergibt sich immer dann, wenn die finanziellen Ressourcen (im Gesundheitssystem) knapp sind und die Gründe für die Hilfeleistung unklar und inkohärent sind, oder wenn sie nicht näher ausgeführt werden. Hier könnte jedoch Abhilfe geschafft werden, indem man eine Diskussion zunächst zuläßt, diese jedoch über die ökonomischen Kriterien hinaus auf die Frage, welche Sozialleistungen und welche Hilfe wollen wir aus welchen Gründen zur Verfügung stellen, ausweitet.

begründet werden. Hier sind zunächst z.B. die christliche Nächstenliebe (2. Gebot) zu nennen, die den kirchlichen Hilfssystemen zugrunde liegt, oder aber der Anspruch einer humanistischen Gesellschaftsform, durch die eine unterschiedslose Menschenliebe, die ethisch eingefordert wird (z.B. bei Gehlen), erbracht werden könnte. Eine andere Möglichkeit einer solidarisch getragenen Hilfsleistung besteht in der Zuteilung einer Mitverantwortung der Gesellschaft am Konsumverhalten verschiedener Drogen. Diese Mitverantwortung läßt sich rechtlich auch im Gesetz der sogenannten Schadenshaftung wiederfinden, die jeden Verbraucher für das damit verbundene Risiko haftbar macht. Im folgenden möchte ich untersuchen, wie die aktuellen Hilfeleistungen im einzelnen aussehen und wie diese im einzelnen begründet werden. Als mögliche Begründung für eine bestimmte Interventionsmaßnahme sind folgende Aspekte denkbar:

- klinische Forschung und Grundlagenforschung (empirische Ergebnisse und Annahmen) als Ausgangspunkt von Therapiemethoden
- Akzeptanz der Betroffenen
- Gesellschaftliche Interessen und Normen.
- Therapieziele, die sich durch bestimmte Hilfsmaßnahmen verwirklichen lassen.

Ein wichtiger Diskussionsgegenstand innerhalb einer Debatte um *geeignete Hilfsmaßnahmen* stellen die Interventionsziele und -Inhalte dar. Die Ziele einer Therapie werden sowohl durch die wissenschaftlichen Theorien und Definitionen zur Sucht als auch durch einem idealen bzw. gesellschaftlich erwünschten Sollzustand geprägt. Die Methodik zur Erreichung der Ziele ist dabei abhängig von der operierenden Disziplin, ihrer systemimmanenten Annahmen und Methoden sowie von den Erfahrungswerten aus der Praxis.

6.2. Die Bedeutung der Therapieziele im Suchthilfesystem

Therapie und Interventionsziele greifen auf bestimmte Ist-Zustände zurück, die negativ bewertet und deshalb verändert werden sollen. In einer pluralistisch geprägten Gesellschaft bedeutet das, daß die Ziele in Wissenschaft und Therapie nicht immer widerstandslos von allen Beteiligten geteilt und hingenommen werden können. Das Therapieziel besitzt nach Zielke eine formal-technische Dimension, die der Überprüfung von Therapieeffekten, der Steuerung des Therapieverlaufs und der Indikationsstellung dient und sich auf die empirischen Ergebnisse und auf die wissenschaftlichen Erklärungen der Sucht bezieht (Zielke 1982). Die zweite von Zielke genannte Dimension besteht in einer qualitativ-ethischen Ebene. Der festgesetzte Sollzustand eines Klienten orientiert sich an Werten und Normen, die zur Favorisierung von bestimmten Therapiezielinhalten führen und entsprechende Menschenbilder und Weltanschauungen offen legen. Interventionsziele und die damit verbundenen Erfolgskriterien einer Interventionsmaßnahme stellen Sollsätze dar und sind nach Zielke damit immer normative Aussagen (Zielke 1982). Innerhalb der qualitativen-ethischen Dimension des Therapieziels spielen auch die Definitionen von Krankheit und Gesundheit eine wichtige Rolle.

Zielkes zwei Therapiezieldimensionen korrelieren auch mit der Kategorisierung von Therapiezielen nach Parloff (1967) sowie Birnbacher-Kottje und Birnbacher (1999). Die Autoren merken an, daß sich Therapieziele in vermittelnde bzw. instrumentelle Ziele und in Finalziele unterteilen lassen. Die vermittelnden Ziele stellen mittlere Ziele zur Erfüllung methodischer Erfordernisse dar, sie sind damit Mittel zu einem bestimmten Zweck, der wiederum durch das finale Ziel charakterisiert

ist. Die instrumentellen Ziele können also von den Finalzielen und der technisch-empirischen Therapiezieldimension abgeleitet werden. Die Finalziele entsprechen der qualitativ-ethischen Dimension und beinhalten normative Sollsätze und Idealvorstellungen eines gesunden und daher funktionsfähigen Menschen. Letzere sind als Therapieziele zu verstehen, die auf einem bestimmten Persönlichkeitsideal beruhen oder von einem normativen Menschenbild abgeleitet werden. Das Therapieziel kann so gleichbedeutend mit einem erwünschten Lebensziel sein. Die Veränderung durch die Therapie wird dabei als Verbesserung oder Optimierung des vorangegangenen Zustands empfunden. Zielkes Dimensionen möchte ich nun um eine weitere ergänzen, die ich als konsequentialistische Dimension bezeichnen will und die sich auf die Folgen des Therapieziels für die Betroffenen und die Gesellschaft beziehen, die in dieser Arbeit ebenfalls mitberücksichtigt werden sollen.

Die Therapieziele bilden die Grundlage von therapeutischen Entscheidungen; diese werden jedoch nicht ausreichend hinterfragt, sondern lediglich in Form einer technisch-empirischen Diskussion über Qualitätsstandards in der Suchthilfe zur Sprache gebracht. Eine Therapiezieldiskussion existiert daher nur am Rande und wird nicht in die praktische und politische Auseinandersetzung mit Suchtproblemen integriert. Dadurch entstehen intransparente und nicht weiter begründbare Therapieziele und -kriterien innerhalb der einzelnen Denkstile. Die Vernachlässigung einer Erörterung von Therapiezielen trifft auf alle Denkstile und Fachrichtungen zu. Im folgenden sollen deshalb die Therapieziele, genauer gesagt ihre qualitativ-ethische Dimension ihre technisch-empirische Dimension und ihre konsequentialistische Dimension, innerhalb der einzelnen Denkstile untersucht und auf ihre ethische Relevanz hin diskutiert werden.

6.3. Welche Hilfe brauchen und wollen betroffene Menschen?

Die Überschrift dieses Abschnitts verweist bereits auf ein Problem. Wie können wir festlegen oder herausfinden, was süchtige Menschen tatsächlich brauchen? Die Bestimmung der Hilfe erfolgt theoretisch durch das jeweilige Suchtverständnis und die konkrete Situation. Als relevante Variablen nennt Tretter die Definition eines Hilfebedarfs, die Umsetzbarkeit der Hilfsmaßnahmen, die Erreichbarkeit von Konsumenten und die Behandlungswilligkeit der Betroffenen (Tretter 2000). Hilfe wird durch eine spezifische Maßnahme gewährt, die durch eine Theorie begründet wird und mit einer Zielstellung verbunden ist, die sich meistens aus einer gesellschaftlichen, therapeutischen oder subjektiven Bewertung ergibt oder ergeben hat. Wissenschaftliche Erklärungen und empirische Daten fungieren dabei als Kriterium für die Begründung und Wahl einer bestimmten Hilfsmaßnahme. Im medizinischen Bereich wird diese Art der Methodenwahl auch als *evidence-based-medicine* bezeichnet.

Die verschiedenen wissenschaftlichen Erklärungen und die damit verbundenen Bestimmungen von Hilfe und möglichen Hilfsformen werden im folgenden anhand der bereits skizzierten Denkstile *Krankheit*, *Behavioural Approach* und *Akzeptanz* beschrieben. Das Devianzmodell und die damit einhergehenden Maßnahmen werden zunächst nicht weiterverfolgt, da sie zu keinen Handlungsmöglichkeiten im Suchthilfesystem führen, sondern lediglich ordnungspolitische Maßnahmen zur Folge haben. Abbildung 5. verweist bereits auf die unterschiedlichen Reaktionsmöglichkeiten, die sich aus den einzelnen Denkstilen in der Praxis ergeben haben und deutet auf einzelne Kritikpunkte und Probleme der Maßnahmen hin. Im weiteren möchte ich die für jeden Denkstil charakteristischen

Maßnahmen herausgreifen und ausführlich diskutieren. Dabei soll vor allem auf die ethischen Probleme, die sich aus dem Nebeneinander von Hilfsmaßnahmen in der Praxis ergeben haben und ergeben können, hingewiesen werden. Die Tabelle zeigt in Bezug auf die konkreten Hilfsmaßnahmen durchaus gemeinsame Interventionsmethoden, wie z.B. Psychotherapie, Harm-Reduction oder Präventionsmethoden auf. In jedem Denkstil sind mit den genannten Begriffen jedoch auch unterschiedliche Inhalte und Ziele verbunden, die auf ein anderes Bild (Image) des süchtigen Menschen rekurrieren.

Abbildung 5. Denkstile, Prinzipien und ihre Implikationen für die Praxis

Denkstil (Theorie)	Krankheit	Behavioural Approach
Definition	Sucht ist Krankheit	Sucht ist eine (erlernte) Verhaltensweise, die als fehlgeleitetes Lernen verstanden werden kann
Anwendung auf	Legale und illegale Drogen	Hauptsächlich legale Drogen (Alkohol, Nikotin)
Handlungsstrategie	Behandeln	Erziehen, Verhaltensänderung
moralische Prinzipien der Rechtfertigung	Nichtschadensprinzip Fürsorge	Autonomie?
konkrete Maßnahmen (Praxis)	Abstinenzziel <i>(Harm- Reduction)</i>	Verhaltensmodifikation (z.B. kontrolliertes Trinken)
Probleme / Kritik	Autonomieprinzip? Erfolgsrate? Therapieziele? Qualitätsmanagement?	Kostenübernahme? Schutz von Dritten Vorwurf der Verhaltensmanipulation Begründungsbedarf Inkonsistenzen in der Umsetzung von Theorie zur Praxis

Lebensweise (Akzeptanz)	Devianz	Moralisches Modell
Sucht ist selbstgewählte Lebensweise, ist ein relativer Begriff	Sucht ist deviantes, gesetzeswidriges Verhalten	Sucht ist moralische Verfehlung Sünde
illegale Drogen	Illegale Drogen	Alkohol, Opium
Akzeptieren Tolerieren Schaden vermindern	Bestrafen	Besserung Verdammung
Menschenwürde Gleichheit Nichtschadensprinzip	Autonomie Wohl/Schutz der Gesellschaft	Glaube an Gott Gott als oberstes Prinzip
Toleranz, Akzeptanz Harm-Reduction	Sanktionen (Prohibitionspolitik)	Besserung Erziehung
Kostenübernahme? Schutz von Dritten, u. Minderjährigen Epidemiologische Auswirkungen? Überbewertung des Individuums (Autonomie) Verharmlosung der Sucht?	Ordnungspolitische Kosten? Rechtfertigung von staatlichem Paternalismus Diskriminierung und Ungleichbehandlung Heiligt der Zweck die Mittel?	(Historische Kritik) Moralisierendes Modell, Diskriminierung Konkrete Hilfe/Lösung nicht möglich

6.3.1. Hilfe als Therapie einer Krankheit

Krankheit beinhaltet eine Aufforderung zur Therapie bzw. zu Verbesserung oder Heilung eines Krankheitszustandes. Ziel ist es, Schmerzen, Leid und Unwohlsein zu lindern und Gesundheit im zu bewerkstelligenden Maße wieder herzustellen. Das Wort *Herstellung* erinnert an einen technischen Prozeß, der es erlaubt, den Menschen durch medizinische Methoden wieder in einen funktionsfähigen, menschenwürdigen und leistungsfähigen Zustand zu versetzen. Gesundheit wird damit auch als Funktionsfähigkeit oder Leistungsfähigkeit definiert. Die Krankheitsbegriffe im Zusammenhang der Sucht, die bei der Festlegung von konkreten Hilfeleistungen und Therapiezielen eine bedeutende Rolle spielen, wurden bereits im vorangegangenen Kapitel erörtert. Das Krankheitsmodell und die damit verbundenen Hilfeleistungen können als fachübergreifender Denkstil verstanden werden, der sich nicht immer klar von alternativen Verständnisweisen der Sucht abgrenzen läßt. Gerade Zwangstherapien oder das Konzept der *Therapie statt Strafe* verdeutlichen die enge Wechselbeziehung zwischen Krankheits- und Devianzmodell. Nach Schwoon und Krausz verursachen die unscharfen Grenzen zwischen dem Feld der Justiz und der Therapie Konflikte in der Praxis (Schwoon, Krausz 1990).

Es bleibt damit beispielsweise unklar, welche Institutionen und Bereiche für süchtige Menschen zuständig sind und welche Ziele primär verfolgt werden sollten. Probleme ergeben sich konkret auch durch das Nebeneinander von verschiedenen Professionen, Laienhelfern und Selbsthilfegruppen, die alle unter dem *Dach* des Krankheitskonzeptes angeordnet sind, aber nicht die gleichen Therapiemethoden, -ziele und Einstellungen verinnerlichen. Eine Therapie besteht außerdem aus mehreren Therapieschritten, die nacheinander oder auch parallel in verschiedenen Institutionen der Suchthilfe erfolgen.

Zu den klassischen Therapieschritten einer Heroin- und Alkoholbehandlung gehören zunächst die Motivationsarbeit, d.h. die entsprechenden Helfer versuchen den Klienten, von der Notwendigkeit einer Therapie zu überzeugen, sowie die Therapiephasen des Entzugs, der Entwöhnungsbehandlung und der Nachsorge. Während der medikamentös unterstützte Entzug meist in speziellen Entzugs- und Entgiftungsstationen abläuft, kann die Entwöhnungsbehandlung als Psychopharmakotherapie, als Psychotherapie und als sozialpädagogische und rehabilitative Maßnahme in verschiedenen Einrichtungen ambulant oder stationär durchgeführt werden. Die Vielzahl an beteiligten Helfern und Institutionen erzeugt nicht selten Kompetenzgerangel und Unklarheiten bezüglich der Kostenübernahme. Die immer wieder gepriesene Multiprofessionalität und Multiinstitutionalität führt so zu einem für die Patienten und Helfer unüberschaubaren System.

Als traditionelles Therapieziel des Denkstils *Krankheit* gilt immer noch die Abstinenz. Die traditionelle Abstinenzforderung wurde in den letzten Jahren jedoch durch alternative Zielvorstellungen, wie z.B. Überlebenshilfe und Verbesserung des Gesundheitszustandes, erweitert und neu geordnet. Für die medizinische Suchthilfe werden in Deutschland derzeit hierarchisch geordnete Interventionsziele angegeben. Dazu gehören in Anlehnung an Schwoon und Krausz (1) Überlebenshilfe¹²⁸, (2) Verringerung von konsumbedingten Schädigungen, negative Folgeerscheinungen und risikoreiche Konsummuster (3) kontrollierter und reduzierter Konsum, und (4)

¹²⁸ Ziele der Überlebenshilfe sind die Gesundheitssicherung und die Zuführung der Drogenabhängigen in eine Begleitung und fürsorgliche Betreuung, um Veränderungsschritte mit den Betroffenen einzuleiten.

das Ziel der dauerhaften Abstinenz (Schwoon, Krausz 1990). Die medizinisch-therapeutische Behandlung umfaßt in erster Linie Entzugsbehandlungen, die Verringerung von sekundären, gesundheitlichen Schäden, aber auch die Entwöhnung. Die Abstinenzforderung bleibt dabei meistens als oberstes und langfristiges Ziel erhalten. Dennoch werden auch Harm-Reduction-Programme mit geringeren Anforderungen und Eingangsbedingungen für die Patienten ermöglicht. Die Abstinenzforderung stellt in Anlehnung an Birnbacher-Kottje und Birnbacher ein instrumentelles Therapieziel dar, das letztlich auf die Wiedererlangung der Selbstbestimmung und Selbstkontrolle abzielt (Birnbacher-Kottje, Birnbacher 1999).

Die Konzepte des Cravings sowie das des Kontrollverlustes stellen dabei grundlegende Erklärungsprinzipien dar, die die Therapieziele und Reaktionen innerhalb des Denkstils mitbestimmen. Das Abstinenzparadigma wird innerhalb des Denkstils der Krankheit immer häufiger angegriffen und in seiner Wirksamkeit in Frage gestellt. Stattdessen werden alternative Ziele, wie das der begleitenden Betreuung durch Substitutionsprogramme, eine mögliche Vergabe der Originalsubstanz Heroin (Heroin auf Rezept) oder das kontrollierte Trinken als mögliche Behandlungsform diskutiert. Diese Diskussionen lösen erneut Fragen nach dem *richtigen, besseren, wirksameren* Therapieziel aus und können nur durch eine vergleichende Therapiezieldiskussion weiterverfolgt werden. Die zur Debatte stehenden *alternativen Interventionen* fokussieren auf die Verbesserung des gesundheitlichen und sozialen Zustandes der Betroffenen, die nicht nur als instrumentelle Ziele, sondern immer häufiger auch als Finalziele vorgeschlagen werden und damit zunächst die Folgen der Sucht, nicht aber den Suchtzustand selbst bekämpfen. Das Therapieziel 'Abstinenz' rekurriert dagegen auf die Vorstellung eines chronisch Kranken, dessen Zustand sich nur durch eine lebenslange Diät wieder zu einem selbstbestimmten Leben verbessern läßt, und versucht in diesem Sinne gegen den unerwünschten Zustand der Sucht vorzugehen.

Die Abstinenz als Verzicht bzw. Entbehrung gegenüber eigenen situativen Wünschen und Bedürfnissen betont gleichzeitig Fähigkeiten wie die der Selbstkontrolle und Disziplin. Diese Eigenschaften erinnern durchaus an Tugenden, die bereits im Kontext des historischen Krankheitsverständnisses erwähnt wurden. Im Krankheitsmodell wird dieser Verzicht jedoch hauptsächlich im Hinblick auf die Werte der Gesundheit und der autonomen Selbstbestimmung gefordert und nicht im Sinne eines religiösen Heilanspruchs gedeutet.

Durch die in Kapitel 4. angesprochene, mögliche Integration von Elementen des moralischen Suchtparadigma in ein biomedizinisches Krankheitsmodell der Sucht, ist es jedoch auch möglich, daß Ziele wie das der Abstinenz von religiös motivierten und engagierten Hilfsorganisationen und Selbsthilfegruppen übernommen werden können. Ein Beispiel dafür ist sicher die in Kapitel 4. vorgestellte Vereinigung der anonymen Alkoholikern (AA), die auch von Jellinek, einem bedeutenden Vertreter des Krankheitsmodells der Sucht, unterstützt wurde.

Die notwendige Form der Fürsorge, also das *Wie* in der Therapie, wird so einerseits durch die medizinische und biologische Forschung, andererseits durch die praktischen Erfahrungswerte der Therapeuten bestimmt. Die wissenschaftliche Untermauerung von Maßnahmen und die aktuellen Forschungsergebnisse sollen nun anhand einiger Beispiele diskutiert werden. Da die Maßnahmen in der Entwöhnungsphase betrachtet werden, wird hier zunächst auf die Möglichkeit einer Pharmakotherapie eingegangen. Im Rahmen alternativer Denkstile werden dann Behandlungsformen wie die der Verhaltenstherapie oder sozialpädagogische

Maßnahmen diskutiert. Diese Interventionsmaßnahmen werden zwar auch innerhalb des Krankheitsmodells angewandt; sie sollen in dieser Arbeit aufgrund ihres theoretischen Hintergrunds jedoch im Rahmen alternativer Denkstile präsentiert werden. Diese Vorgehensweise bedeutet nicht, daß diese Therapieformen nicht auch charakteristische Elemente einer Behandlung von *Suchtkrankheit* sind, sie können aber auch aus einem anderen (nicht medikalisierten) Blickwinkel betrachtet werden.

6.3.2 Rückfall und Pharmakotherapie

Im Denkstil der Krankheit wird in der Entwöhnungsphase vor allem auf einen möglichen Rückfall fokussiert. Der Rückfall ist innerhalb des Therapieziels der Abstinenz ein zentrales Problem. Das Ziel der Abstinenz wird gerade durch das unwiderstehliche Verlangen nach der Droge und den Kontrollverlust nach Konsumbeginn unterlaufen. Das Rückfallparadigma ist damit vom Abstinenzparadigma abhängig und wird in aktuellen Diskussionen und Seminaren zu Suchttherapien gleichermaßen in Frage gestellt.

Der Rückfall, so die klassische Sichtweise, gefährdet das Ziel der Abstinenz und damit das Finalziel eines selbstbestimmten, kontrollierten und gesunden Menschen. Der Rückfall wird in der medizinischen Hilfspraxis häufig noch als persönlicher Mißerfolg des Patienten und als Schwäche gedeutet. Die Interpretation des Rückfalls als ständige Gefahr gegen Freiheit und Gesundheit haben die Entwicklung von sogenannten pharmakologischen Rückfallprophylaxen vorangetrieben. Im Zusammenhang mit dem Rückfallgeschehen stehen in der Alkoholismustherapie neu entwickelte *Anti-Craving-Substanzen* (Pharmakotherapie) zur Verfügung, die das Verlangen bzw. den Drang nach der Droge erfolgreich unterdrücken sollen. Das zwanghafte Verlangen soll durch Medikamente, wie z.B. Acamprosat, vermindert werden und Rückfälle vorbeugen. Im Vergleich zur Psychotherapie wird die Entscheidung gegen Drogenkonsum durch ein Pharmakon erleichtert.

Die Rückfallprophylaxen werden zur Zeit nur als Therapieform der Alkoholsucht angewandt. Acamprosat selbst wirkt dabei vermutlich auf das glutamaterge System des ZNS. Es wurde auch nachgewiesen (Firma Merk), daß Acamprosat an den spannungsabhängigen Kalzium-Kanälen des glutamatergen Systems wirkt und zu einer Reduktion der neuronalen Erregung führt. In den bisher durchgeführten klinischen Studien wies Acamprosat größtenteils eine Verminderung der Rückfallhäufigkeit auf. Der Vorteil von Acamprosat ist, daß es nicht mit Alkohol zu interagieren scheint und zudem keine nachweisbaren psychoaktiven Wirkungen und damit kein Suchtpotential aufweist. Rückfallreduzierende Medikamente werden auch bei der Heroinsucht eingesetzt (z.B. Naltrexon). Die Probleme von medikamentösen Behandlungsverfahren, wie die von Acamprosat, ergeben sich dadurch, daß eine Anzahl von Substanzen zur Veränderung eines Suchtverhaltens eingesetzt werden, ohne daß deren Wirkweise genau aufgeklärt ist (Soyka 1995). Auch die genaue Wirkweise von Acamprosat ist nicht vollständig erforscht. Zudem bezieht sich das Medikament auf ein wissenschaftlich durchaus nicht unumstrittenes Konzept, nämlich das des Cravings (siehe auch Kapitel 3).

Die Konzeptualisierung eines zwanghaften Verlangens bildet im Denkstil der Krankheit einen wesentlichen Ausgangspunkt für das Verständnis, aber auch für die Behandlung von Sucht. Der Begriff der Sucht impliziert in diesem Kontext die Unmöglichkeit von Selbstbestimmung, d.h. der Kranke wird teilweise entmündigt und [...] *"als Patient im ursprünglichen Sinne des Wortes zu einem Leidenden und Duldenden"* (Schmidtobreck 2001, S. 26).

Das Krankheitsverständnis von Sucht bildet auch die Grundlage von präventiven Maßnahmen, die derzeit vor allem bei jugendlichen Konsumenten und bei legalen Drogen ansetzen. Gerade die Idee einer Krankheitsdisposition für Alkoholismus führte zu einer erhöhten Forschungsaktivität im Bereich der präventiven Maßnahmen und zur Auflistung von Risikofaktoren für eine Suchtentwicklung. Durch die wissenschaftliche Beschreibung von Prädikatoren für die Sucht stehen Mittel zur Kategorisierung zur Verfügung die zur Diagnose einer Sucht und zur Vermeidung von potentiellen Risiken verwendet werden können (Goffmann 1999)¹²⁹.

In der Präventionsforschung stellt man sich daher zunehmend die Frage, ob es möglich wäre, *anfällige Menschen* schon in einem frühen Alter vor der möglichen Entwicklung einer chronischen Suchtkrankheit bewahren¹³⁰ zu können. In aktuellen Diskussionen wird bereits auf die Möglichkeiten einer Gentherapie (Crabbe, Phillips, Buck, Cunningham und Belkap 1999) oder auf eine mögliche Impfung verwiesen (Cohen 1997)¹³¹. Die Vorstellung einer Anfälligkeit für Sucht hat auch Folgen für das Menschenbild im Präventionsbereich. Es verschiebt die anthropologische Frage nach der allgemeinen Neigung des Menschen zu leidenschaftlichem und exzessiven Konsumverhalten in die Richtung einer einzugrenzenden Anfälligkeit. Diese liegt nicht im Menschen selbst begründet, sondern in dessen besonderen genetischen *Make-up*, das manchen Menschen für eine Sucht disponiert, während Andere als resistenter gelten.

Die wissenschaftlichen Erklärungen und Interventionsziele nehmen Einfluß auf das Arzt-Patient-Verhältnis sowie auf die soziale und rechtliche Praxis, die ich in den folgenden Abschnitten ausführlicher diskutieren möchte, und die mit der von mir vorgeschlagenen konsequentialistischen Therapieldimension korrelieren.

¹²⁹ Durch das genetische Wissen bietet sich auch die Möglichkeit für ein genetisches Screening nach bestimmten Risikogenen für eine Suchtentwicklung. Diese Art von genetischem Screening könnte für die Präventionsforschung, aber auch für Versicherungen und Arbeitgeber an Bedeutung gewinnen. Billings (1990) diskutiert die Möglichkeit sowie die Effektivität und die sozialen Konsequenzen von genetischen Tests zum Screening von potentiellen Suchtproblemen. Als Folge prognostiziert Billings Stigmatisierung und Diskriminierung, bezweifelt jedoch die Effektivität und Aussagekraft eines solchen genetischen Screenings. Je höher der gesamtgesellschaftliche Schaden von z.B. Alkohol- und Heroinsucht eingeschätzt wird, umso häufiger werden präventive Maßnahmen Gegenstand der medizinisch und politisch geführten Drogendebatte sein.

¹³⁰ Idee der Fürsorge durch den Staat bzw. ein staatliches Gesundheitssystem.

¹³¹ Die Idee der Impfung beruht auf dem Prinzip einer induzierten Antikörperbildung. Eine passive Immunisierung im Fall der Kokainsucht ist ebenfalls bereits an Ratten getestet worden. Mit einem großen und erkennbaren Trägermolekül wird das Immunsystem dazu veranlaßt, Antikörper zu bilden. Durch die hohe Abbaugeschwindigkeit und die geringe Größe des z.B. Kokainmoleküls bildet der Körper normalerweise keine Antikörper aus. Die chemischen Eigenschaften und die Größe von Drogenmolekülen ermöglichen den Durchtritt durch die Blut-Hirn-Schranke und damit eine Interaktion mit dem ZNS. Durch die Bindung der Drogenmoleküle an die Antikörper entsteht ein Riesenmolekül, das die Blut-Hirn-Schranke nicht mehr passieren kann. Die Folge ist eine "Resistenz" gegen die psychoaktive Wirkung einer Droge. An eine Prävention dieser Art schließt sich die Frage an, ob man aufgrund von vermuteten Risikofaktoren, wie z.B. einer genetischen Prädisposition für Alkoholsucht, Menschen von persönlichen Erfahrungen und sozialen Gebräuchen ausschließen darf, und wenn ja, unter welchen Umständen diese Form von Prävention akzeptiert werden könnte?

6.3.3. Therapie und Arzt-Patient-Verhältnis

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist im Fall einer Suchtdiagnose durch eine Vielzahl von Problemen gekennzeichnet. Ein Suchtkranker befindet sich zunächst meistens wegen eines anderen, sekundären Problems der Sucht in medizinischer Behandlung und empfindet sich selbst nicht als abhängig. Das Verhältnis zwischen Arzt und dem *uneinsichtigen Patienten* ist so von Anfang an durch Mißtrauen und Befangenheit geprägt. Der Helfer begegnet dem süchtigen Menschen einerseits mit Mitleid, das er gegenüber dem Opfer der Drogenwirkung und dem Leiden des vermeintlich Süchtigen entgegenbringt. Andererseits reagieren die Patienten nicht hilflos und dankbar, sondern wehren sich oft geradezu gegen das entgegengebrachte Mitleid und die entsprechenden Hilfsmaßnahmen. Der Arzt wird zusätzlich mit möglichen Opfern der Opfer konfrontiert, die durch Gewalttaten, Verkehrsunfälle oder psychische Verletzungen als Dritte geschädigt wurden und Fragen nach Schuldfähigkeit und Verantwortung erzeugen, denen sich auch die Therapeuten nicht entziehen können.

Die Frage nach einer Mitschuld und Täterschaft stellt sich trotz des Postulats eines Freiheitsverlustes direkt im Behandlungsalltag und verweist wiederum auf die enge Verknüpfung von Justiz und medizinischer Fürsorge. Sollte ein Patient behandelt, erzogen oder bestraft werden? Was für ein Mensch soll der Süchtige nach der Behandlung werden? Damit nimmt der süchtige Mensch auch im Behandlungsalltag der Psychiatrie eine Sonderstellung ein. Schwoon und Krausz beschreiben das Verhältnis von Suchtkranken und ihren Helfern ebenfalls als problematisch und umschreiben die Sonderstellung der Suchtkranken mit der Metapher eines ungeliebten Kindes oder eines Stiefkindes, das auch in den psychiatrischen Kliniken nicht mit offenen Armen aufgenommen wird (Schwoon, Krausz 1990). Der Direktor des Landeskrankenhauses in Düsseldorf, Dr. Pelmann, schrieb bereits im Jahr 1885:

"Wir haben eine gewisse Anzahl von ihnen (Suchtkranken) aufgenommen, aber wir sollten es nicht tun, sie können nicht geheilt werden. Sie sind die unangenehmsten Patienten. Der Psychiater braucht viel Zeit und Beherrschung, um Gleichmut zu bewahren gegenüber solcher Mischung von Eitelkeit, Charakterschwäche, Lügen und Widerstand" (Pelmann 1885 in: Schlösser 1990, S. 28).

Die Befangenheit, mit der Therapeuten den Suchtkranken in der Psychiatrie begegnen, entsteht möglicherweise auch aus der sozial stigmatisierenden Rolle eines Drogenkonsumenten, die den Helfer genauso trifft wie den vermeintlich Kranken. Während Ärzte im allgemeinen hohes Ansehen genießen, trifft dies für Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal in der Suchthilfe nicht zu. Schwoon und Krausz kommen zu dem Ergebnis, daß den Professionellen und Laien in der Suchthilfe wenig Sozialprestige zugestanden wird und sie zusammen mit den Suchtkranken selbst von anderen psychiatrischen Abteilungen stigmatisiert werden (Schwoon, Krausz 1990). Zudem wird die Arbeit meistens nicht mit Dankbarkeit oder Erfolg belohnt. Drogenkonsumenten schreiben sich die Erfolge für eine Behandlung meist selbst zugute, während Mißerfolge als Fehler einer Therapie oder anderer äußerer Faktoren gedeutet werden. Die hohe Abbruch- und Rückfallrate, vor allem innerhalb des klassischen Abstinenzparadigmas, können leicht zur Resignation seitens der Helfer führen.

Ein wesentliches und ethisch relevantes Problem einer Suchttherapie stellt zudem die Frage nach einer Berücksichtigung der Patientenautonomie dar. Da das Krankheitsmodell auf das Postulat eines Freiheitsverlustes zurückgreift und Freiheitsfähigkeit bzw. die Erweiterung von Selbstbestimmung als ein Therapieziel angegeben wird, müsste die Patientenautonomie innerhalb der psychiatrischen Krankheit Sucht konsequenterweise aufgegeben werden und durch eine fürsorgliche Hilfe zum Wohle des Patienten ersetzt werden. Der Patientenautonomie scheint in der Praxis aber durchaus mehr Bedeutung zuzukommen, als dies theoretisch möglich ist. Dies mag zum einen daran liegen, daß im Zusammenhang des Krankheitsverständnisses häufig lediglich von einem Verlust von *Freiheitsgraden* gesprochen wird und zum anderen durch das Verhalten des Patienten bedingt sein, der möglicherweise nicht den Eindruck eines willenlosen oder abhängigen Wesens erweckt.

Zudem wird auch immer häufiger darauf verwiesen, daß eine Therapiemaßnahme ohne die Mitarbeit und Zustimmung des als Suchtkranken klassifizierten Patienten wenig erfolgsversprechend ist. Die Frage nach der Patientenautonomie stellt so insbesondere im Kontext der Suchtkrankheit ein Problem mit praktischen Konsequenzen dar.

Die Patientenautonomie kann einerseits im rechtlichen Sinne als eine verbindliche Zustimmung zu einer Therapie verstanden werden (*consent*) oder aber als kognitive Fähigkeit zur autonomen Bestimmung eigener Lebensziele und Handlungsweisen gedeutet werden. Die Autonomie, die bei einem automatisierten Suchtprozeß als reduziert oder nicht mehr vorhandenen angesehen wird, drängt, wie bei vielen psychischen Störungen die Frage nach einer autonom und vom Patienten bewußt getragenen Entscheidungsfähigkeit für oder gegen eine Behandlung auf. Die Prinzipienethik von Beauchamps und Childress beschreibt mehrere Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit ein Patient eine selbstbestimmte Entscheidung treffen kann (Beauchamps, Childress 1994). Dazu gehören nach Beauchamps und Childress

- (1) die Einwilligungsfähigkeit,
- (2) die Freiwilligkeit im Entscheidungsprozeß,
- (3) die Informationsvermittlung durch den Arzt,
- (4) die Empfehlung durch den Arzt und schließlich
- (5) die Fähigkeit des Patienten, (3) und (4) zu verstehen und berücksichtigen zu können.

Kognitive Fähigkeiten und Wahlfreiheit werden süchtigen Menschen in vielen Stadien der Sucht jedoch gerade abgesprochen. Das Recht auf Zustimmung zu einer Therapie wird aber gerade an kognitive Fähigkeiten gekoppelt, die in der Praxis überprüft werden müssen.

Der *informed consent*, der auf der Intention beruht, das Recht eines Patienten auf Information und Selbstbestimmung zu wahren, wird bei Suchtkranken insofern nicht immer anerkannt und berücksichtigt. In der Therapiepraxis lassen sich keine einheitlichen und expliziten Aussagen zur Patientenautonomie im Zusammenhang mit der Sucht finden. Nach Gölz besteht zumindest in der Praxis die bereits erwähnte Tendenz, Patientenwünsche einzubeziehen und den institutionellen Paternalismus, der sich aus dem Krankheitsverständnis der Sucht ergeben hat, teilweise zurückzunehmen (Gözl 1998). Dsubanko-Obermayr und Baumann kommen in ihrer Studie zum *informed consent* in der Psychotherapie allerdings zu dem Ergebnis, daß eine Autonomie im Sinne einer Zustimmung zu einer Therapie bzw. Therapieform nur dort erfolgt, wo es zur Unterstützung des Therapieerfolges als sinnvoll erachtet wird

und nicht behindernd auf die Therapie einwirkt (Dsubanko-Obermayr, Baumann 1999). Informationen, so die Autoren, werden nicht gegeben, wenn negative Konsequenzen befürchtet werden. Häufig steht somit nicht die freiwillige, autonome Entscheidung im Vordergrund, sondern lediglich der therapeutische Nutzen einer vermeintlich *autonomen Entscheidung* (Dsubanko-Obermayr, Baumann 1999). Die Autonomie wird damit zugunsten der medizinischen Fürsorge vernachlässigt. Der Arzt nimmt zunächst die Rolle eines Lehrers oder Beraters ein, der im Extremfall auch stellvertretend für den Patienten Entscheidungen zu dessen Wohl treffen kann. Das Wohl des Patienten ist jedoch kein eindeutig zu bestimmender Wert. Gerade weil es verschiedene Interpretationsmöglichkeiten der Sucht gibt, wird diese Art der Fürsorge von Kritikern auch als ärztlicher Paternalismus im Dienste gesellschaftlicher Normen und Wertsetzungen verstanden. Das Wohl des Patienten kann in diesem Sinne auch als Anpassungsleistung eines süchtigen Patienten an die Gesellschaft gedeutet werden.

Dies trifft vor allem auf Maßnahmen wie die der Zwangstherapie, der Therapie statt Strafe oder einer Entmündigung zu, bei der keine freie Zustimmung des Patienten erfolgt und eine mögliche Selbstbestimmung mit dem Fürsorgeprinzip direkt kollidiert. Die Aussage, man müsste einen Abhängigen, der keine Entscheidungsfreiheit mehr besitzt, mit Zwang und gegen seinen Willen behandeln, erscheint widersprüchlich und sprachlich inkohärent. Die Vorstellung eines durch die Droge willenlos gewordenen Menschen, den man gegen seinen *Willen* behandelt, ist nicht leicht zu verstehen, ist aber charakteristisch für die Denk- und Sprechweise im Kontext der Suchttherapie. Es läßt sich deshalb fragen, ob psychische Krankheit qua psychische Krankheit als ausreichende Rechtfertigung für eine Zwangsbehandlung gelten kann.

Das Zugeständnis von Selbstbestimmung einerseits und Zwangsmaßnahmen andererseits, erzeugt Widersprüche und fordert im Kontext der Suchtbehandlung (bzw. psychischer Erkrankungen) klare Kriterien für einen Zustand ein, der keine Entscheidungsfähigkeit im Sinne einer Zustimmung mehr zuläßt. Andernfalls müsste man annehmen, die Zuordnung von Autonomie erfolgt entweder aus rein pragmatischen Gründen des therapeutischen Nutzens oder wird willkürlich festgelegt.

Das Problem der Zustimmungsfähigkeit und Patientenautonomie tritt nicht nur im Zusammenhang mit dem *informed consent* auf, sondern verursacht auch Konflikte in Bezug auf die Bestimmung von Therapiezielen. Die qualitativ-ethische Dimension von Therapiezielen beschreibt, wie bereits angemerkt, einen normativen Sollzustand, der von Wertvorstellungen und Weltanschauungen einzelner Therapeuten oder Institutionen geprägt ist. Diese können vom Klienten/Patienten geteilt und daher akzeptiert werden. Dies ist jedoch nicht immer der Fall. Die vom Arzt festgelegten und oft unreflektierten Therapieziele tragen dann dazu bei, einen weiteren Konflikt zwischen Patient und Arzt aufzubauen, der sich umso stärker zuspitzt, desto größer die Diskrepanz zwischen den Einstellungen von Arzt und Patient ist, und desto weniger die Therapieziele vom Patienten übernommen werden können.

Rosenthal legte bereits 1955 eine Studie vor, die zeigte, daß sich die Wertmuster der Therapeuten im Verlauf einer Therapie auf den Patienten übertragen. Die Übernahme von Therapeutenwerten und -zielen werden nach der Studie von Rosenthal sogar als wesentliches Kriterium für eine erfolgreiche Therapie verbucht. Der Autor konnte nachweisen, daß nichtbehandelbare oder erfolglos behandelte Patienten sich ihr eigenes Wertesystem bewahrten und sich nicht an die Werte des Therapeuten anpaßten. Rosenthal kam deshalb zu dem Schluß, daß eine erfolgreiche Therapie mit der Umstrukturierung der Patientenpersönlichkeit einhergeht. Dieser Sachverhalt wirft viele Fragen auf; unter anderem ist zu erörtern,

wodurch der Therapeut seine Ansichten und Werte begründet, inwiefern er sich nach den Patientenwerten und dessen Zielperspektiven richtet, und ob eine Anpassung des Patienten an seinen Therapeuten und die entsprechende Verinnerlichung einer Therapieschule überhaupt ein wünschenswertes Ergebnis einer Psychotherapie sein kann. Auch Meyr-Fehr spricht über die Bedeutung von den Werten des Therapeuten, die oftmals aufgrund der Erfahrung und Person zu bestimmten Handlungsanleitungen tendieren und so eine wesentliche Rolle innerhalb des Therapiegeschehens spielen (Meyr-Fehr 1987, S. 93). Eine Reflexion über die Rolle und Inhalte von Wertsystemen und Ansichten der einzelnen Therapeuten erscheint daher angesagt.

6.3.4. Therapie, Krankheit und Rechtsprechung

Innerhalb der Rechtsprechung, und der Frage nach einer moralischen Verantwortung für den Suchtzustand kommt der Möglichkeit oder Unmöglichkeit von Autonomie ein hoher Stellenwert zu. Die moralische Verantwortung wie auch die rechtliche Zurechnungsfähigkeit und Schuldfähigkeit setzen als Kriterium die Freiheit des Menschen voraus (Höffe 1997). Wird einer Handlung die vollständige oder partielle Autonomie abgesprochen, leitet sich daraus eine Verminderung, oder Aufhebung der Verantwortung wie auch der rechtlichen Schuldfähigkeit ab. In der Rechtsprechung werden diese Fragen beim Vollzug einer gesetzeswidrigen Handlung während eines Rauschzustandes oder im Stadium der Sucht relevant und fordern eine Antwort auf die Autonomiefrage und Zurechnungsfähigkeit von süchtigen Menschen und Personen unter Alkohol-oder Heroineinfluß ein. Die Schwierigkeit einer Beantwortung kann durch den Verweis auf die unterschiedlichen Interpretationsweisen der Sucht verdeutlicht werden. Wie bereits erwähnt, wird das Cravingkonzept innerhalb des Krankheitsverständnisses als Begründung eines Rückfalles und eines nahezu deterministischen Suchtkreislaufes verwendet.

Die Rechtsprechung greift die Theorien zum Kontrollverlust, aber auch den Begriff des zwanghaften Verlangens als Motiv für eine Handlung (Tat) wieder auf. Die Rechtsprechung in Deutschland ist laut Rasch stark an den psychiatrischen Krankheitsbegriff und die Krankheitsinterpretation gebunden (Rasch 1986). Deshalb wird auch im Zusammenhang mit Sucht auf § 20 des StGB¹³² verwiesen. Trotz einer Zuordnung von Sucht als Krankheit wird die Diagnose einer Sucht nicht als ausreichendes Kriterium für die Beurteilung von Handlungsfreiheit und Schuldfähigkeit herangezogen.

"Der Bundesgerichtshof befindet, trotz der Annahme einer Krankheitsinterpretation von Sucht, daß Sucht durch Betäubungsmittel für sich allein noch keine verminderte Schuldfähigkeit und damit eine Anwendung des § 21 StGB¹³³ zur Verminderung der Schuldfähigkeit begründet. Vielmehr soll die Schuldfähigkeit nur in Ausnahmefällen vermindert sein, woraus gleichfalls folgt, daß eine vollständige ausgeschlossene

¹³² StGb § 20: Ohne Schuld handelt, wer bei der Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abhängigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

¹³³ StGb § 21: Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei der Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

Schuldfähigkeit nur in extremen Ausnahmefällen begründbar ist". (Albrecht 2000, S. 536).

Das bedeutet, daß das Gesetz die Krankheitsdefinition zwar anerkennt, gleichzeitig aber wesentlich vorsichtiger mit der Thematik eines Autonomie- und Kontrollverlustes umgeht. Ausnahmen werden nur dann zugelassen, wenn es durch die Sucht zu Persönlichkeitsstörungen kommt, oder wenn der Täter unter starken Entzugerscheinungen leidet. Im Fall des Alkoholkonsums ist eine Ausnahme nur dann möglich, wenn der Täter eine strafbare Handlung im Zustand eines starken Rausches verübt.

Die für unsere Rechtsprechung wichtigen theoretischen Grundlagen zur Sucht beziehen sich also hauptsächlich auf die beschreibbaren Begleiterscheinungen des Rauschzustandes (z.B. Einschränkung von Selbstbestimmung, Bewußtseinstrübung, fehlende Absicht, motorische Koordinationsstörungen etc.) sowie die psychischen und physischen Entzugerscheinungen. Ein weiteres wesentliches Kriterium stellt die Möglichkeit einer Persönlichkeitsveränderungen durch eine Sucht dar. Damit wird hier nicht nur auf biologische Ursachen und Modelle zurückgegriffen, sondern auch auf die Beschreibung bestimmter Persönlichkeitseigenschaften, die entweder als Prädikatoren für eine Sucht, oder als Folge einer solchen angegeben werden und damit eine personale Veränderung in den Vordergrund der Diagnose, aber auch der gesellschaftlichen Betrachtung rücken (Goffmann 1996).

Als Persönlichkeitsveränderung wird z.B. bei Reinecker eine Einengung der Persönlichkeit sowie der Abbau psychischer Funktionen und kognitiver Leistungen beschrieben (Reinecker 1998, Kapitel 9). Die Bewertung, so Foerster, besteht so in der Beurteilung, der durch den Konsum entstandenen psychischen Veränderungen und einer Bewertung der Persönlichkeit vor dem Hintergrund der konkreten sozialen und affektiven Situation (Foerster 1989, 18.3). Vor allem der Aspekt einer möglichen Persönlichkeitsveränderung wird innerhalb der Rechtssprechung eine große Bedeutung beigemessen. Rasch verbindet mit dem verwendeten Persönlichkeitsbegriff einen Verband aus bestimmten charakterlichen Eigenarten, Reaktionsweisen und Haltungen, die in ihrer Beziehung zueinander stehen und Konstanz aufweisen, woraus sich für andere Menschen das Erleben von Identität und die Erwartung von bestimmten zukünftigen Verhaltensweisen ergibt (Rasch 1986).

Die Drogeneinnahme tangiert damit die von naturwissenschaftlicher Seite suggerierte Manipulierbarkeit der psychischen Erlebnisweise und die Frage nach der persönlichen Identität des unter psychoaktiven Substanzen stehenden Individuums. Man kann dabei langfristige Veränderungen, die im Laufe einer Suchtentwicklung auftreten können, von kurzfristigen Veränderungen, die sich auf den Rauschzustand beschränken unterscheiden. Das Problem ergibt dann einen praktischen Sinn, wenn wir über die Beurteilung des Verhaltens nachdenken, das unter Einfluß von Drogen, oder einer Sucht, zustande kommt. Hier wird eine Person zu einem späteren Zeitpunkt für die Tat in einem bestimmten psychischen Zustand verantwortlich gemacht, der zur Zeit der Verurteilung nicht mehr oder in veränderter Form besteht. Eine Veränderung der Persönlichkeit wird im Zusammenhang mit der Alkohol- wie auch der Heroinsucht vor allem in der Persönlichkeitstheorie, aber auch in medizinischen Lehrbüchern angesprochen¹³⁴.

¹³⁴ Die verallgemeinerungsfähige Suchtpersönlichkeit ist in den 90er Jahren nicht mehr Thema der Forschungsarbeiten, da längst bekannt ist, das es verschiedene Ursachen, Verläufe und Auswirkungen auf den Süchtigen geben kann. Dennoch unterscheidet man besonders beim Alkoholismus immer noch einzelne Subtypen, die die Wahl der Therapieform für den Arzt erleichtern sollen. Es soll nicht bestritten werden, daß solche Typologien eine durchaus hilfreiche und notwendige

Es bleibt zu fragen, inwiefern eine Droge eine Person kurzfristig verändert und damit ein Problem der Kontinuität des Personenstatus erzeugt. Es scheint die Möglichkeit zu bestehen, daß unser Verhalten und Handlungsfähigkeit von chemischen Substanzen verändert werden kann, dies schließt natürlich auch die Möglichkeit zur Veränderung von moralischem Verhalten und Handeln ein. Es muß entschieden werden, bis zu welchem Grad der Manipulation sich an der moralischen Zurechnungsfähigkeit der Person nichts ändert, oder ab welchem Grad der chemischen Beeinflussung eine Veränderung als gravierend betrachtet wird, so daß die manipulierte Person nicht mehr für ihre Aktivitäten zur Verantwortung gezogen werden kann. Die Frage nach der Veränderbarkeit einer Person stellt sich nicht nur in kurzfristigen Rauschzuständen, sondern vor allem innerhalb einer Suchtentwicklung.

Die Ergebnisse aus der Neurobiologie zeigen, daß bei einem jahrelangen Mißbrauch auch von dauerhaften physiologischen Veränderungen im Gehirn ausgegangen werden kann. Doch was läßt sich daraus ableiten? Stellt die Frage nach der Autonomiefähigkeit auch gleichzeitig ein Persönlichkeitskriterium dar, das sich bei Verlust als Persönlichkeitsveränderung interpretieren läßt? Der postulierte Verlust von Freiheits(graden) und die dazugehörigen empirischen Studien und Theorien werfen eine ganze Reihe von Fragen auf, die deshalb zu Diskussion stehen, weil die Krankheitsinterpretation nicht die einzige Möglichkeit eines Suchtverständnisses ist.

Durch das Nebeneinander von Denkstilen, die vor allem die Autonomiefrage unterschiedlich beantworten, ergibt sich die bereits angesprochene, ethisch und sozial relevante Problematik der praktischen Handhabung dieser Frage. Im folgenden soll auf die in dieser Arbeit angesprochenen Denkstile des Behavioural Approach und des *Akzeptanzmodells* eingegangen werden, die hier als ergänzende und teilweise auch alternative Verständnisweisen zur Sucht dargestellt worden sind.

6.4. Hilfe als Verhaltensmodifikation (Behavioural Approach)

Sucht wird von einigen Autoren, wie zum Beispiel von Di Chiara, als fehlgeleitetes Lernen, bzw. als *learning disorder* bezeichnet (Di Chiara, in: Spanagel, Weiss 1999). Durch die Bedeutung von Lernprozessen während einer Suchtentwicklung wird die Speicherung und der Abruf suchtrelevanter Informationen auch mit dem Begriff 'Suchtgedächtnis' in Verbindung gebracht. Der Behavioural Approach wird aufgrund seiner Fokussierung auf die Verhaltensweise auch als Gegentheorie zum Krankheitsverständnis aufgefaßt (z.B. bei Barthels 1991). Verhaltensanalytische Theorien, die die Grundlage des Behavioural Approach bilden, können aber auch innerhalb eines Krankheitsverständnisses Verwendung finden, wenn der erworbene Lerninhalt als *learning disorder* (oder *disease*) verstanden wird.

Die Rechtfertigung für eine Trennung von den Denkstilen *Krankheit* und *erlerntem Verhalten* geht auf die Beobachtungen zurück, daß der *Behavioural*

Methodik innerhalb der Diagnoseverfahren darstellen können. Die Nützlichkeit einer solchen Einteilung setzt aber nicht automatisch ihre Richtigkeit oder Objektivität voraus. Die Objektivierbarkeit von bestimmten Diagnosekriterien ist aufgrund der Mehrdimensionalität von Sucht und der Repräsentativität von wissenschaftlichen Stichproben nach Antons ungesichert (Antons 1976). Auch stellt sich die Frage, ob es sinnvoll erscheint, aufgrund von empirisch gefundenen Persönlichkeitsmerkmalen einer Stichprobe von Alkoholikern auf einen kausalen Zusammenhang zwischen Eigenschaften und der Suchtentwicklung zu schließen. Insofern ist es natürlich auch problematisch, Persönlichkeitsveränderungen als Grundlage oder Beurteilungsdimension der aktuellen Rechtsprechung zu benennen.

Approach, wenn überhaupt, nur auf einen multikausalen Krankheitsbegriff¹³⁵ rekurriert, und daß die Autonomiefrage im Gegensatz zum Krankheitsmodell positiv beantwortet wird, d.h. die Patientenwünsche finden ihre Berücksichtigung. Aus dem Behavioural Approach ergeben sich Interventionsmaßnahmen wie z.B. die Verhaltenstherapie, die kognitive Therapie, die Aversionstherapie, oder die aktuell zur Diskussion stehende Rückprägungstherapie für Heroinabhängige¹³⁶.

Die Rückprägungstherapie wird in dieser Arbeit dem Denkstil des Behavioural Approach zugerechnet, weil sie auf der Annahme beruht, Sucht sei erlerntes Verhalten und könne durch ein Umlernen bzw. Vergessen reversibel beeinflusst werden. Die Rückprägung basiert somit auf verhaltensanalytischen Annahmen, die Teil der neurobiologischen Theorien zum Suchtgedächtnis sind und die Möglichkeit einer Heilung des Suchtzustandes implizieren. Diese Annahme steht im Widerspruch zu der Vorstellung einer chronischen Krankheit, die nur verbessert, aber nicht vollständig geheilt werden kann, d.h. der Ausgangszustand kann nicht wieder hergestellt werden. Auch die Rückprägungstherapie verändert die Einstellung des Patienten zum Drogenkonsum. Im Gegensatz zum Denkstil der Krankheit wird die Abstinenzforderung durch die Rückprägungstherapie jedoch überflüssig. Aus diesem Grund wurde die Rückprägungstherapie in dieser Arbeit nicht dem Denkstil der Krankheit zugeordnet.

Nach Barthels findet seit Ende der 60er Jahren des 20. Jahrhunderts eine zunehmende Hinwendung von Verhaltenstheoretikern zu umfassenden Verhaltenstherapieprogrammen, die von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell der Sucht ausgehen (biopsychosoziales Modell) statt (Barthels 1991). Ziel der Verhaltensmodifikation ist es, ein unerwünschtes, d.h. ein für das Individuum als nachteilig oder störend empfundenenes Verhaltensmuster zu verändern. Die Verhaltensveränderung fokussiert nicht so sehr auf die Droge oder deren Wirkung, sondern vielmehr auf die Verhaltensfolgen, die diese auszulösen vermag. Erlerntes Verhalten soll umgewertet, erweitert, oder wenn möglich wieder vergessen werden. Ayllon merkt an, daß sich Verhaltensmodifikationen auf die Annahme zurückführen lassen, Verhalten sei hauptsächlich durch die Umwelt bzw. Lernprozesse bestimmt (Ayllon in: Edwards 1996). Eine Voraussetzung für ein verändertes Verhaltensmuster bestünde daher in einem strukturierten bzw. unstrukturierten Lernprozeß auf solche Ereignisse. Diese Annahme führt jedoch auch zur Frage der Kostenübernahme für solche Therapiemethoden. Wenn Verhalten nicht mehr als krank, sondern lediglich als unerwünscht bzw. nachteilig für die Betroffenen oder die Gesellschaft definiert wird, ist zu fragen, wer für die Kosten einer solchen Verhaltensmodifikation aufkommen soll¹³⁷.

Die Kostenfrage ist bei dem Therapieverlauf einer Suchtbehandlung nicht unwichtig und stellt in aktuellen Diskussionen zur Ressourcenknappheit im

¹³⁵ Ein monokausales Verständnis von Krankheit wird nach Egger vor allem in der Verhaltenstherapie abgelehnt, die vielmehr auf eine Vernetzung im Sinne einer biopsychosozialen Perspektive zurückgreift (Egger 1992). Das bedeutet, daß sich ein mögliches Krankheitsverständnis im Behavioural Approach lediglich auf einen multikausalen Krankheitsbegriff zurückführen läßt und insofern einen Spezialfall des Denkstils der Krankheit darstellt.

¹³⁶ Zu erwähnen ist aber auch, daß in der Vergangenheit zweifelhafte Maßnahmen wie chirurgische Eingriffe oder Elektroschocks als verhaltensmodifizierende Maßnahmen eingesetzt wurden.

¹³⁷ Es existieren bereits Ideen darüber, bestimmte Risikoverhaltensweisen, wie z.B. Drogenkonsum, Risikosportarten oder Eßverhalten gesondert zu versichern. Wird die Gesundheit auf *eigenes Risiko* hin gefährdet, steht die Gesellschaft dem Verhalten und den entsprechenden Personen wenig solidarisch gegenüber. Das individuelle Verhalten, das auf Kosten der Allgemeinheit geht, wird als egoistisch und nicht tolerierbar erachtet.

Gesundheits- und Sozialsystem eine bedeutende Frage dar. So wird das Krankheitskonzept der Sucht von vielen Institutionen und Helfern nur deshalb akzeptiert und anerkannt, weil es die Finanzierung der Behandlung und des eigenen Arbeitsplatzes gewährleistet. Diese Akzeptanz bedingt den vielerorts durchgeführten Spagat in Bezug auf die Therapieziele, die Autonomiefrage und die Einordnung der Betroffenen.

Als Beispiele von Verhaltensmodifikationen sollen im Anschluß (1) die Verhaltenstherapie und (2) die Rückprägungstherapie ausführlicher betrachtet werden.

6.4.1. Die Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie greift auf die klassische und operante Konditionierung, auf soziale Konzepte des Lernens und auch auf kognitive Therapieansätze zurück (Feuerlein, Küfner, Soyka 1999). Dabei wird eine Modifikation des Verhaltens durch Selbstregulation, Selbstmanagement und Copingstrategien angestrebt. In der kognitiven Therapie ist die Reduktion von emotionalen Reaktionen und selbstschädigendes Verhalten des zugrundeliegenden Denkens Ziel der Therapie; dabei sollen irrationale Gedankengänge modifiziert und Kontrolltechniken für das eigene Verhalten vermittelt werden (Beck, Lindenmeyer 1997).

Verhaltenstherapeutische Verfahren können so innerhalb einer Krankheitsinterpretation von Sucht Verwendung finden, andererseits widersprechen sie eigentlich dem Bild eines chronisch Kranken und stellen eine Form von Lebenshilfe (Lebensberatung) zur Bewältigung von schwierigen Situationen dar. Die Verhaltenstherapie geht von einem bestimmten Menschenbild aus, das, so Egger, voraussetzt, daß der Mensch die Fähigkeit besitzt, aus weitreichenden Erfahrungen und kognitiven Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten einen Nutzen zu ziehen, um sowohl seine Innenwelt wie auch seine Umwelt aktiv gestalten zu können (Egger 1992).

Verhalten definiert sich hier nicht nur als passives Sich-Verhalten, sondern im wesentlichen als Handlungsweise oder Handlungsmuster. Die Hilfsbedürftigkeit, d.h. die Rechtfertigung einer Modifikation im entsprechenden Verhalten, könnte durch Eigenmotivation, d.h. den Wunsch eines süchtigen Menschen, sein Verhalten ändern zu wollen, oder durch eine von der Gesellschaft geforderte Notwendigkeit für solche Verhaltensmodifikationen formuliert werden. Das bedeutet, es muß eine individuelle, oder gesellschaftliche Vorstellung darüber geben, wie der *Istzustand* zu bewerten ist, und welcher *Sollzustand* (Sollverhalten) wünschenswert, gut oder von Vorteil für das Individuum und die Gesellschaft wäre.

Als Ziel(werte) und damit als verstandene Verbesserung von süchtigem Verhalten werden in der Verhaltenstherapie ebenfalls (1) die abstinenzbezogene Lebensweise genannt, sowie die (2) Wiedereingliederung und Reintegration in die soziale Umwelt und Arbeitswelt, (3) das Erlangen von Suchtfreiheit, (4) Gesundheit, (5) das Erlernen von Bewältigungsstrategien, (6) die Rückgewinnung von Selbstkontrolle und Verantwortung etc. angegeben. Der Problemtrinker, als der der alkoholsüchtige Mensch in verhaltenstheoretischen Therapiemodellen betrachtet wird, soll durch therapeutische Interventionsformen Selbstkontrolle über sein Verhalten zurückgewinnen.

Dabei lassen sich die eben genannten Therapieziele nach Birnbacher-Kottje und Birnbacher unterschiedlichen Zielbestimmungen und Reichweiten zuordnen. So sind Bewältigungsstrategien und die Reintegration instrumentelle Ziele, die der

Erreichung eines bestimmten Endzieles dienen, wie dem der Gesundheit, dem des guten Lebens, der Selbsterkenntnis oder der Freiheitfähigkeit (Birnbacher-Kottje, Birnbacher 1999). Die Bestimmung und Ausführung solcher finalen und normativen Therapieziele werden in der Psychotherapie jedoch selten hinterfragt und zur Diskussion gestellt. Dies erzeugt, wie bereits ausgeführt, ein Diskussionsdefizit, das in der Drogenpolitik, sowie in der Suchthilfepraxis zu verhärteten Argumenten für und gegen Interventionsmaßnahmen führt und sich handlungshemmend auswirken kann.

Innerhalb des Behavioural Approach wird im Gegensatz zu einer strikten Krankheitsdefinition auch das sogenannte kontrollierte Trinken als Ziel einer Therapiemaßnahme zugelassen. Unter *kontrolliertem Trinken* versteht man die Möglichkeit einer Rückkehr zu gesellschaftlich akzeptiertem *normalen* Alkoholkonsum¹³⁸. Peele versuchte zu zeigen, daß Alkoholranke vor allem dann rückfällig werden, wenn sie an die Unvermeidbarkeit des Rückfalls glauben (Peele 1983). Das Therapieziel des kontrollierten Trinkens widerspricht damit der in der Literatur seit Jellinek angeführten Theorie des Kontrollverlustes eines alkoholsüchtigen Menschen. Unter Kontrollverlust versteht Jellinek die Unfähigkeit, die Konsummenge in einer Situation zu kontrollieren (Jellinek 1960).

Nachdem ein Alkoholkranker eine geringe Menge an Alkohol zu sich genommen hat, beginnt eine Kettenreaktion, die ihn zum Weitertrinken und Nicht-Mehr-Aufhören-Können veranlaßt. Daneben vertritt die Theorie des kontrollierten Trinkens die Überzeugung, daß die meisten Menschen, die Suchtmittel mißbrauchen, ihren Konsum größtenteils kontrollieren können (Marlatt, Gordon¹³⁹). Das bedeutet auch, daß der hypothetische irreversible *Point of no Return* nicht mehr anerkannt wird. Die Vorstellung eines Schwellenwertes, des *Point of no Return*, würde demnach Abstinenz als einzig vertretbares therapeutische Ziel einfordern; die Möglichkeit eines kontrollierten Konsums ist mit der Annahme eines *Point of no Return*, oder der Aussage: "einmal süchtig, immer süchtig", nicht vereinbar.

Im Behavioural Approach wird dem Problemtrinker durchaus eine gewisse Willensfreiheit oder Restautonomie zugestanden, eine Therapie wollen zu können und an dieser mitzuarbeiten (Degkwitz in: Gölz 1998). So schreibt Lieb, daß Verhaltenstherapeuten, die keine ethischen Relativisten sind oder sein wollen, auf Werte wie Freiheit und Autonomie zurückgreifen (Lieb 1992, S. 152). In einigen Therapien werden diese Optionen als Ziel einer Therapie angegeben; andererseits sind sie aber auch Voraussetzung einer Therapie. Die Voraussetzung und Zielvorgaben werden damit zirkulär verwendet und verursachen eine unklare und inkonsistente Beziehung von Behandlungsvoraussetzung und Behandlungsziel. Man kann jedoch vermuten, daß es sich bei Therapievoraussetzung und Therapieziel um unterschiedliche Freiheits- bzw. Autonomiebegriffe handelt (siehe auch Kap. 8). Mehrgardt kritisiert zudem die Art und Weise der Umsetzung der Therapie, die er auch als Verantwortlichkeitsparadoxon bezeichnet:

¹³⁸ Kontrollierter Konsum dieser Art wird hauptsächlich im Rahmen einer Alkoholsucht bei Cohen et al (1971) Marlatt (1983); Sobell & Sobell (1976) Pettinati et al (1982) diskutiert; Kunkel kritisiert jedoch die unklaren Definitionen eines kontrollierten Trinkens, und merkt hierzu an: " *Studien zum kontrollierten Trinken sind nur dann sinnvoll, wenn es gelingt, eine wohlbegründete Definition dieses Begriffes zu finden*" (Kunkel 1987).

¹³⁹ In: Beck und Lindmeyer 1997.

"Das Erlernen von Eigenverantwortung wird fast überall als Lernziel angegeben; im therapeutischen Umgang wird jedoch alles vorgeschrieben, was wie gelernt werden soll" (Mehrgardt 1992, S. 188).

Tretter sieht die Verhaltenstherapie als Konstituierung und Implementierung von neuen Sollwerten im Erleben und Verhalten an (Tretter 1998). Sollwerte greifen aber auf Vorgaben zurück, die nicht durch wissenschaftliche Theorien bestimmbar sind, sondern durch die Formulierung eines Normalzustandes, der moralisch-normativ begriffen werden kann, da er bestimmt, welches Verhalten veränderungsbedürftig ist *"und mit welchen impliziten moralischen Prämissen hantiert wird"* (Lieb 1992, S. 181).

6.4.2. Die Rückprägung

Eine andere Möglichkeit, auf das Suchtverhalten Einfluß zu nehmen, stellt die von Heyne und Wolffgramm entwickelte Methode der Rückprägung dar (Wolffgramm 2000¹⁴⁰). Diese bezieht sich nicht direkt auf das Verhalten selbst, sondern auf das dem erlernten Verhalten zugrunde liegende Gedächtnis. Dabei wird vor allem auch auf die Erkenntnisse der Neurobiologie zur Gedächtnisformation und auf die molekularen Grundlagen von Lernmechanismen zurückgegriffen. Der Lerninhalt, also das Suchtgedächtnis, soll mittels einer Pharmakotherapie *überschrieben* bzw. *umprogrammiert*¹⁴¹ werden. Der neue Lerninhalt, der dabei vermittelt wird, verknüpft das Konsumverhalten im Gegensatz dazu mit einer unangenehmen Pflicht und späteren Unlust auf Drogen.

Als Pharmakon dienen die suchterzeugenden Opiate selbst. Die zwanghafte Verabreichung der Opiate soll zu einer Veränderung des Gedächtnisinhaltes führen; diese Methode basiert auf der Feststellung, daß Sucht sich nur dann entwickelt, wenn eine aktive, d.h. freiwillige Verbindung von Drogenkonsum und Belohnung entsteht (Wolffgramm 1996; Heyne 1992; Wolffgramm und Heyne 1992). Das bedeutet, daß nach dieser Annahme Sucht nur bei freiwillig sich selbst verabreichten psychoaktiven Substanzen entstehen kann.

Die Rückprägungstherapie ist damit der Idee einer Aversionstherapie¹⁴² sehr ähnlich. Das Ziel ist hier also eine Umwertung des Drogenerlebnisses. Der Konsum soll verhindert werden, indem das damit verbundene Erlebnis negativ oder sogar als aversiv erlebt wird. Statt langfristig abstinent leben zu müssen, wird der Betroffene keine Lust bzw. kein Verlangen mehr nach dem Drogenerlebnis verspüren, die Abstinenz ist so keine äußere Vorgabe mehr, sondern wurde durch den neuen Lerninhalt quasi verinnerlicht. Durch das Gefühl der Unlust auf eine bestimmte Droge entfällt die Verzichtleistung, die kennzeichnend für das Leben von trockenen

¹⁴⁰ unter www.medimod.de

¹⁴¹ Im Tierexperiment wurden zur Rückprägung zwei Medikamente appliziert, ein Opiat und ein Hormonpräparat (Corticoide); die Ratten wurden während der Hormonapplikation "gezwungen", weiterhin Opiate zu sich zu nehmen. Corticoide, die normalerweise verstärkt in Stresssituationen ausgeschüttet werden, um dem Körper die rasche Bereitstellung von Energieträgern zu ermöglichen, werden hier zur Verstärkung der Lernfähigkeit/ Aufnahmefähigkeit eingesetzt. Die Gabe von Corticoiden beruht auf der Erkenntnis, daß Lernen unter Stress bzw. in einer leichten Stresssituation wesentlich effektiver ist (Erhöhung der Lernfähigkeit).

¹⁴² Unter Aversionstherapie versteht man ein heute nur noch selten angewandtes Verfahren, Alkoholiker eine Substanz, z.B. Disulfiram, zu verabreichen, daß in Kombination mit Alkohol zu starker Übelkeit und Erbrechen führt.

Exkonsumenten ist. Heyne und Wolffgramm sprechen deshalb auch von einer neuen Heilungsmöglichkeit der Sucht. Eine ähnliche Rückprägungsmethode wäre, so Wolffgramm und Heyne, auch für die Alkoholsucht denkbar.

Es läßt sich allerdings generell fragen, wer darüber entscheidet, welche Lerninhalte besser überschrieben werden sollten und welche beibehalten werden. Eine Kategorisierung von Gedächtnisinhalten in gute oder schlechte, erwünschte oder unerwünschte ist in diesem Sinne logisch notwendig. Es scheint, als ob die Sollwerte für eine als *gut* oder *vernünftig* verstandene Verhaltensweise, für *gute* oder *schlechte* Gedächtnisinhalte oder psychische Erlebnisweisen in unserer Gesellschaft noch nicht definiert wurden. Dieses Defizit bringt uns zurück zu Thomas Metzingers Forderung nach einer angewandten Neuro- und Bewußtseinsethik, die eine über den medizinisch-psychiatrischen 'Krankheitsbegriff hinausgehende Diskussion erfordere, und die Fragen nach interessanten oder wünschenswerten Bewußtseinszuständen aufwerfe (Metzinger 1996).

Die vorgestellten Methoden verdeutlichen den Bedarf einer gesellschaftlich geführten Debatte über die Wünschbarkeit und Bewertung von psychischen Zustandsweisen und über die Möglichkeit einer Veränderung dieser. Die Erwartungen an die Rückprägungstherapie sind sicher hoch angesetzt; so formuliert diese Behandlung als einzige einen Anspruch auf vollständige Heilbarkeit eines Zustandes, der in klassischen Behandlungsverfahren lediglich verbessert werden konnte. Gleichzeitig induziert die Maßnahme auch die Hoffnung auf eine suchtfreie Gesellschaft und wissenschaftliche Möglichkeiten, die uns soziale Probleme und ökonomische Belastungen abnehmen könnten (*Sozialtechnik*). Ob diese Erwartungen gerechtfertigt sind und ob neue Behandlungstechniken die letzte Antwort auf die Alkohol- und Heroinsucht darstellen, wird sich erst noch zeigen müssen.

6.5. Hilfe durch Akzeptanz und Toleranz

Mit dem Akzeptanzmodell wird Sucht zunächst als eine mögliche Lebensweise akzeptiert. Das Modell fordert damit eine gewisse Toleranz und Respekt im Umgang mit den von der Außenwelt als süchtig klassifizierten Menschen ein. Die so von ihrem Umfeld als süchtig wahrgenommenen Menschen sind in diesem Fall nicht notwendigerweise als hilfsbedürftig einzustufen. Ihre Hilfsbedürftigkeit ergibt sich dagegen aus den gesundheitlichen Schädigungen und der sozialen Ausgrenzung. Mögliche Reaktionsweisen lassen sich so auf folgende Formel bringen: Tolerieren, entstandene Schäden minimieren und an einer Veränderung der Reaktions- und Wahrnehmungsmuster in der Gesellschaft zu arbeiten.

Der Ansatz stellt damit einen Denkstil dar, der nicht nur innerhalb von Präventionsmaßnahmen an der Veränderung von Ausgangsbedingungen und sozialen Einstellungen ansetzt, sondern sie sogar zum eigentlichen Ziel des Akzeptanzmodells macht. Nach Schneider ist Akzeptanzorientierung ein neues Paradigma, das sich nicht primär nur auf Hilfsstrategien bezieht, sondern auf die Veränderungen des kognitiven und emotionalen Bildes von Substanzen und den davon Gebrauch machenden Mitbürgern (Schneider 1998a). Süchtige Menschen werden deshalb auch lediglich als Konsumenten bezeichnet. Dem Phänomen der Drogenabhängigkeit wird damit keine besondere Aufmerksamkeit gewidmet, was auch die Abgrenzungsproblematik zwischen Konsumenten und bereits süchtigen Menschen erübrigt.

In Bezug auf die Betroffenen soll diesen nur insoweit geholfen werden, wie sie diese Hilfe selbst als notwendig erachten und zulassen wollen. Das Schlagwort ist demnach "Hilfe zur Selbsthilfe", die z.B. in Form von Harm-Reduction-Programme und Systemtherapie angeboten wird.

Die Systemtherapie hat sich im Suchthilfesystem jedoch nicht entsprechend durchgesetzt (Herwig-Lempp 1993, S.172).

Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit orientiert sich deshalb stärker an der Lebenswelt der Konsumenten. Das bedeutet, daß Selbstaussagen und die Einstellungen der Konsumenten in die Drogenarbeit einbezogen werden, um den Konsumenten und ihrer Lebenssituation gerecht zu werden. Turner merkt an, daß wir nicht das Recht haben, Drogenkonsumenten wie unser Eigentum nach Belieben zu dirigieren; die Abhängigen selbst haben, so Turner, das Recht, ihren Lebensstil zu wählen, aber auch das Recht, über die möglichen Konsequenzen ihrer Wahl informiert zu werden (Turner 1990).

Im Gegensatz zum Krankheitsverständnis wird dem Konsumenten kein klares Ziel, wie z.B. das der Abstinenz, vorgegeben. Die Harm Reduction-Programme beschränken sich damit auf die Verbesserung der Lebenssituation und werden als Beitrag zu einem menschenwürdigeren Leben verstanden.

6.5.1. Harm-Reduction

Der Begriff *Harm Reduction* wird, wie auch die akzeptanzorientierte Drogenarbeit, in Bezug auf die Heroinsucht verwendet und beinhaltet die Diskussion um Substitutionsprogramme, die Ausgabe von Heroin auf Rezept; die Einrichtung von sogenannten Fixerstuben, Nadelabgabestellen oder sozialen Wohnprogrammen. Für den Bereich der Alkoholabhängigkeit findet der *Begriff der Harm Reduction* eher in Bezug auf Präventionsmaßnahmen Verwendung. Harm Reduction für alkoholsüchtige Menschen könnte z.B. die Behandlung der sekundären Erkrankungen (Leberzirrhose) oder aber die Verbesserung der sozialen Begleitumstände beinhalten.

Um Verelendungs- und Kriminalitätstendenzen vorzubeugen, werden Konzepte wie 'Heroin auf Rezept' diskutiert und in Pilotprojekten weiter entwickelt. Im Denkstil der Akzeptanz kann eine kontrollierte Abgabe durchaus als Ziel und nicht als Weg zur langfristigen Abstinenz verstanden werden. Argumente für und gegen eine kontrollierte Abgabe von Heroin beruhen auf verschiedenen Aspekten der Suchtproblematik. In konträr geführten Diskussionen kommen zum einen wissenschaftliche Ergebnisse und therapeutische Erfahrungswerte zum Tragen. Zum anderen wird jedoch auch auf moralische Prinzipien wie die Einhaltung und Verwirklichung der Menschenwürde und auf bestimmte Wertssysteme zurückgegriffen.

Dabei können einzelne Theorien und Studien für oder gegen bestimmte Interventionsmaßnahmen, wie die der Heroinverschreibung sprechen. Eine Begründung gegen Heroinvergaben kann sich so z.B. am psychischen Zustand des süchtigen Menschen festmachen, auf die Folgen eines Zusatzkonsums und die Folgen für Angehörige verweisen oder aber direkt als Hilfe gegen ein gesundheitlich destruktives Verhalten angesehen werden, das durch das ärztliche Ethos nicht vertretbar erscheint. Argumente dafür können zum einen auf soziale Folgen und Verbesserungen hinweisen, sie könnten sich andererseits jedoch auch an biomedizinischen Theorien orientieren.

In Kapitel 3. wurde bereits auf die Spannungsabbauhypothese oder auf die Opioidkompensationshypothese¹⁴³ verwiesen. Die Hypothesen eines Defizits von endogenen Opiaten bzw. einer Dysfunktion des Belohnungssystems¹⁴⁴ oder aber einer belohnungsabhängigen Streßsensitivität werden als Erklärung einer Selbstmedikation von Personen mit solchen Funktionsverlusten verstanden. Daraus leitet Julien auch die Möglichkeit einer "Behandlung" dieser Unter- und Überfunktionen ab.

"Der Opioidgebrauch kann jedoch zu langfristigen adaptiven neuronalen Veränderungen führen, die eine fortgesetzte Opioidverabreichung notwendig machen, um eine normale Gemütsverfassung und Streßtoleranz aufrechtzuerhalten. Ein anhaltendes zwanghaftes Verlangen nach Opioiden ist möglicherweise die Folge einer durch den Opioidmißbrauch ausgelösten oder bereits vorher bestehenden Unterfunktion des endogenen Endorphinsystems. Zur Erhaltung seiner normalen Funktionsfähigkeit und als Voraussetzung für seine Rehabilitation könnte ein solcher Abhängiger mithin auf niedrig dosierte Opioidgaben angewiesen sein" (Julien 1997, S. 276).

Die Erklärung eines endogenen Defizits an Opiaten deckt sich auch mit Theorien der Existenzpsychologie (z.B. bei Lettieri, Welz 1983, S. 40¹⁴⁵). Man könnte es also durchaus als gerechtfertigt verstehen, süchtigen Menschen, die ein derartiges Defizit im Belohnungssystem aufweisen, mit *Maintenance-Programmen* oder psychopharmakologische Langzeittherapien zu helfen. Im Fall von Heroin wären Maßnahmen, wie die Idee der kontrollierten Heroinabgabe, möglicherweise nicht nur als Überlebenshilfe oder Verbesserung des Gesundheitszustandes zu betrachten, sondern als mögliche Medikation zur Kompensation solcher angeborener oder auch erworbener psychischer Zustände und könnte insofern vom Denkstil der Krankheit als eine neue Art der Pharmakotherapie übernommen werden. Es wird hier nochmals

¹⁴³ Die Opioidkompensationshypothese geht auf die Beobachtung zurück, daß Alkoholabhängige eine niedrigere Konzentration an endogenen Opiaten aufweisen. Da die Aufnahme von Alkohol, aber auch exogenen Opiaten (z.B. Heroin), zu einer Ausschüttung von körpereigenen Opiaten und im Fall der exogenen Opiate zur imitierten Belohnungswirkung führen, nimmt man an, daß Alkohol wie auch die Opiate ein angeborenes oder erworbenes Defizit von endogenen Opiaten ausgleichen können und eine Substanzaufnahme die vorhandene Dysphorie aufheben hilft.

¹⁴⁴ Die Entdeckung des Belohnungssystems und der körpereigenen Opiate trug damit auch zu einer neuen Argumentationskette in der Liberalisierungsdebatte bei. Mit Aussagen, wie *körpereigene Opiate fallen schließlich auch nicht unter das Betäubungsmittelgesetz* wird in Liberalisierungsdebatten ein direkter Zusammenhang zwischen dem Verlangen (biologisches Bedürfnis) nach exogenen Opiaten (z.B. Heroin) und der Funktionsweise des Gehirns geschaffen. Die Entdeckung der körpereigenen Opiate veränderte dabei das Bild der Opiate selbst. Während man z.B. Heroin als externen Faktoren verstand, den Rausch und die Sucht damit als *künstliche* Bewußtseins- oder Erlebniszustände ansah, erzeugte die Entdeckung von körpereigenen Opiate die gegenteilige Vorstellung.

¹⁴⁵ In der Existenzpsychologie wird davon ausgegangen, daß es natürlich ist, daß der Mensch nach unterschiedlichen Bewußtseinszuständen und Erlebnisformen strebt. Drogen stellen demnach eine Möglichkeit dar, andere und neue Bewußtseinszustände erreichen zu können. Für Menschen, die diese Zustände durch andere Aktivitäten erreichen können (z.B. Meditation, Sport, Wandern), stellen Drogen nach der Theorie der existentiellen Psychologie kein Risiko dar. Andererseits sind besonders solche Personen gefährdet, die aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage dazu sind, mögliche Bewußtseinszustände zu erleben und daraus ein immer stärkeres Bedürfnis entwickeln, das Unerreichbare durch psychoaktive Substanzen, wie z.B. Alkohol und Heroin, herbeizuführen. Der Begriff des Bewußtseins wird in dieser Arbeit in Zusammenhang mit den angeführten Autoren benutzt und deshalb nicht näher ausgeführt.

deutlich, wie fließend die Übergänge zwischen den Denkstilen sind bzw. sein können.

6.5.2. Die Systemtherapie

Der Freiheitsbegriff innerhalb des Akzeptanzmodells und die benannten Interventionsmöglichkeiten orientieren sich an einer als Konstrukt verstandenen Wirklichkeit¹⁴⁶. In der Systemtherapie werden die Systemzusammenhänge und die Interaktionen zwischen Systemen betrachtet (siehe auch 3.1.5). Da von sich selbst erzeugenden Systemen ausgegangen wird, nimmt der Therapeut die Funktion eines Beraters ein, der dem Konsumenten hilft, seine Handlungsfreiheit zu erhöhen; es wird nach Herwig-Lempp davon ausgegangen, daß die Entscheidung für eine Veränderung nur dem System allein obliegt (Herwig-Lempp 1993). Der Wertmaßstab, an dem sich die Beratung orientiert, ist idealerweise der des Klienten, der hier nicht als Patient bezeichnet wird.

Ein Beispiel für die systemische Therapie ist die Familientherapie. In der Familientherapie wird die Familie als soziales System, d.h. letztlich als System von Regeln gedeutet (Tretter 1997). Nach Tretter versucht der Therapeut, die latenten Beziehungen und indirekten Wirkungen des Interaktionsgefüges *Familie* anzusprechen. Durch eine Umbewertung von innerfamiliären Prozessen sollen Änderungen im Verhalten der Familienmitglieder erzeugt werden. Eine Hilfe zur Selbsthilfe bezieht sich dabei auf die Ansicht, daß süchtige Menschen selbst entscheiden müssen, ob sie einen Ausstieg aus der Sucht wollen und welches langfristige Ziel sie sich setzen. Doch etwas wollen zu können, setzt voraus, daß man dieses auch umsetzen kann. Kritiker sehen in Aussagen, die durch ein Verständnis von Sucht als Lebensstil, oder als Etikett, ableitbar sind, eine Unterschätzung der Suchtproblematik und damit eine Überschätzung der Fähigkeiten von süchtig gewordenen Menschen. Der Vorwurf bezieht sich damit auf eine Hilfeleistung, die unter dem benötigten Maß verbleibt, das eigentlich notwendig wäre.

Die Hilfsmaßnahmen, die zur Akzeptanz und Toleranz gegenüber einem alternativen Lebensstil aufrufen, überfordern möglicherweise aber nicht nur die Betroffenen, sondern vor allem auch die Solidargemeinschaft, die dazu aufgefordert wird, sich an den monetären und sozialen Kosten dieser Lebensweise zu beteiligen. Dies könnte die Toleranzfähigkeit vieler überfordern und dazu führen, daß das so verstandene "freiwillige" wie auch kostspielige Verhalten einer Minderheit als rücksichtslose Lebensweise betrachtet und damit als antisoziale Verhaltensweise abgewertet wird. Eine Diskriminierung, die sicher nicht im Sinne des Akzeptanzmodells ist, könnte eine mögliche Folge sein.

Dem am Konstruktivismus und an der Systemtheorie angelehnten Akzeptanzmodell wird auch der Vorwurf gemacht, daß es sich mit relativistischen Aussagen den eigenen theoretischen Boden entzieht. Komarek und Magerl kritisieren diese relativistische Einstellung in der Wissenschaft, da diese nicht dazu in der Lage sei einen Ausgangspunkt, d.h. letztlich einen Konstrukteur des Konstruktes zu benennen, da dieser selbst wieder Konstrukt sein muß. Zudem werden konstruktivistische Vorschläge auch als bloße instrumentelle Handlungsanleitung verstanden (Komarek, Magerl 1998).

¹⁴⁶ Herwig-Lempp schreibt hierzu: "[...] Der Beobachter beobachtet nicht die Wirklichkeit selbst, sondern nur das was er Wirklichkeit bezeichnet, begreift und erlebt. Unvoreingenommene, unbedingte Wahrnehmung ist ihm nicht möglich [...], die Annahme einer objektiven Wirklichkeit [...] wird aus konstruktivistischer Sicht unnötig und überflüssig" (Herwig-Lempp 1993, S. 67).

Widersprüchlich innerhalb des Denkstils der Akzeptanz erscheint tatsächlich die konstruktivistische Sichtweise, verschiedene Wirklichkeiten (Pluralität) akzeptieren und relativieren zu wollen, und damit lediglich auf die Folgen eines Suchtverhaltens aufmerksam zu machen; andererseits wird jedoch auf Prinzipien wie das der Menschenwürde, der Gleichheit und der Freiheit zurückgegriffen. Um ethische Prinzipien jedoch begründen zu können, müßte der ethische Relativismus aufgegeben werden (Kittchner in: Reiter-Theil 1988, S. 151). Es entsteht einerseits ein Nützlichkeitsdenken, andererseits wird die Anerkennung der eben genannten Prinzipien begründungslos vorausgesetzt und eingearbeitet. Dadurch entsteht ein Begründungsdefizit, das durch den Denkstil der Akzeptanz nicht eingeholt wird.

6. 6. Von der Theorie zur Praxis

Obwohl sich in der Praxis durchaus Überschneidungen in den Zielen und Methoden von Denkstilen erkennen lassen, erscheinen die dahinterstehenden Theorien und Definition doch nicht miteinander vereinbar zu sein. Dadurch entsteht eine wissenschaftliche Konkurrenz in Bezug auf die Forschungsansätze und deren Präsenz innerhalb des Suchthilfesystems. Die so erzeugte Pluralität bildet aber auch eine Konkurrenz im Hinblick auf finanzielle Ressourcen aus. Es stellt sich also die Frage, in welche Forschungszweige und in welche Interventionsmaßnahmen vorrangig investiert werden soll. Die vorherrschende Konkurrenz führt zu Konflikten in der Praxis, die sich vor allem in einer mangelnden Kooperation zwischen Einrichtungen mit unterschiedlicher theoretischer Ausrichtung äußert. Gleichlautende Interventionsmaßnahmen, wie z.B. *Harm-Reduction*, basieren auf unterschiedlichen Grundannahmen und Zielvorstellungen. Damit verbundene ethisch-therapeutische Überzeugungen werden jedoch nicht klar formuliert und sind so keiner Reflexion oder Diskussion zugänglich.

Die Denkstile, Theorien und Interventionsmöglichkeiten werden damit nur über eine empirisch-technische Basis miteinander verglichen. Selbst Therapieerfolge, die nur über Therapieziele zu ermitteln sind, entziehen sich einem umfassenden Vergleich durch das Fehlen von klaren Definitionen und Zielvorstellungen. Reiter-Theil gelangt in ihrer Untersuchung der therapeutischen Situation in der Familientherapie zu dem Schluß, daß wir aufgrund mangelnder wissenschaftlicher Vergleichbarkeit therapeutischer Theorien und durch die Schwierigkeiten, die sich beim Vergleich der Effizienz und ihrer Anwendung ergeben haben, einen therapeutischen Pluralismus akzeptieren und diesen durch kontinuierliche Integrationsbemühungen in ein umfassendes System therapeutischer Theorien und Techniken unterstützen (Reiter-Theil 1988).

Multikausale Theorien und die durch Pluralität und Multiprofessionalität gekennzeichnete Praxis können als Ausdruck dieser Integrationsbemühungen verstanden werden. Problematisch wird es jedoch dann, wenn innerhalb multikausaler Ansätze verschiedene Disziplinen und Theorien in *ein* Modell integriert werden. Diese Art von Eklektizismus wirft das Problem der epistemologischen Vereinbarkeit von theoretischen Ansätzen aus den unterschiedlichen Disziplinen auf. Es erscheint zudem unklar, was genau sich aus den multikausalen Ansätzen für die Praxis ableiten läßt. Da sich aus den einzelnen Faktoren, oder besser gesagt, aus der unterschiedlichen Gewichtung von einzelnen Faktoren verschiedene Gegenstrategien zur Sucht ableiten lassen, bleibt es letztlich wieder offen, welche Interventionsformen bei wem eingesetzt werden sollen. Diese Situation wirkt sich aber vor allem auf die süchtigen Menschen selbst aus, die beim Durchlaufen

verschiedener Einrichtungen auf unterschiedliche Anforderungen und Zielsetzungen stoßen. Eine solche Praxis kann wohl kaum zum Aufbau einer selbstbewußten Persönlichkeit beitragen. Durch das Nebeneinander von möglichen Bewältigungsstrategien und *Suchtbildern* entsteht eine Unsicherheit bei den Konsumenten wie auch bei den Therapeuten. Hinzu kommt, daß sich Widersprüche bei der Umsetzung von der Theorie in die Praxis ergeben haben. Wie bereits am Beispiel der Verhaltenstherapie, aber auch des Krankheitsmodells angedeutet, können die Annahmen und Voraussetzungen, die durch die Theorie formuliert werden, von den praktisch durchgeführten Methoden und Rahmenbedingungen nicht immer eingeholt werden. Im Kontext des Krankheitsmodells werden die Entscheidungen der Abhängigen zwar einerseits zunehmend respektiert, und in der qualitativen Forschung wird die Zufriedenheit der betroffenen Klienten/Patienten stärker berücksichtigt.

Dennoch bleiben die Definitionen, die auf einen deterministischen Suchtkreislauf verweisen und eine fürsorgende Position des Therapeuten unterstützen, erhalten.

Bühringer verweist auf zusätzliche Probleme, die bei einer Umsetzung von Theorie in Praxis zwangsläufig zu entstehen scheinen (Bühringer 2001, S. 81-82). Für Bühringer mangelt es an *Transferleistungen* zwischen Fragestellungen aus der Praxis in die Forschung, sowie umgekehrt an der Kenntnisnahme von neuen Forschungsergebnissen und deren möglichen Anwendungen in der Praxis. So sind praxisrelevante Fragen teilweise viel zu komplex, um sie in zeitlich und finanziell begrenzten Forschungsprojekten zu bearbeiten. Andererseits fehlt es nach Bühringer auch an der Aufarbeitung wissenschaftlicher Erkenntnisse für die Nutzung in der Praxis, die oft erst zeitlich verzögert stattfindet. Gerade aufgrund der bestehenden Defizite, der Unsicherheit und der bestehenden Widersprüchen innerhalb der verschiedenen Denkstile scheinen sich parallel dazu pragmatische Lösungsansätze durchgesetzt zu haben, die sich an praktischen Erfahrungswerten und den Reaktionen und Erfolgen von Betroffenen orientieren. Für Lazarus besteht die Möglichkeit, sich in der Praxis rein pragmatisch auf die Therapieformen zu konzentrieren und die theoretischen Ansätze vollständig auszublenden, wie dies z.B. in Form eines technischen Eklektizismus in der Psychotherapie verfochten wird (Davison, Neele 1998). Die praktische Erfahrung und die individuellen Wertvorstellungen und Ansichten der einzelnen Therapeuten und Institutionen reichen jedoch nicht aus, um Therapieziele und individuelle und gesellschaftlich erwünschte Zustände bestimmen und rechtfertigen zu können. Die Interessen der Gesellschaft und des Individuums lassen sich dabei sowieso nicht immer vereinbaren und müssen gerade deshalb zur Diskussion gestellt werden.

Die Vorstellungen über Sucht wirken sich jedoch auch über den Behandlungsaspekt hinaus auf das "Bild" eines süchtigen Menschen, unsere Gesetzgebung und den sozialen Umgang mit süchtigen Menschen aus. Uchtenhagen stellt fest, daß es einen wesentlichen Unterschied darstellt, "*ob Drogenabhängigkeit als Krankheit, Fehlentwicklung oder als abweichendes Verhalten verstanden wird. Davon hängt letztlich nicht nur die Ausgestaltung der Interventionen ab, sondern auch die Verständigung darüber, wer für die Bekämpfung der Drogenabhängigkeit zuständig sein soll*" (Uchtenhagen, Zieglgänsenberger 2000, S. 279).

Vor allem die Frage nach einer möglichen Autonomiefähigkeit wird in den Denkstilen jeweils unterschiedlich beantwortet. Die Freiheit oder Freiheitsfähigkeit durchzieht den Suchtdiskurs wie ein roter Faden. Unterschiedliche Interpretationen von Sucht führen zu einer unterschiedlichen Beantwortung der Frage, wieviel

Autonomie¹⁴⁷ oder Freiheit dem süchtigen Menschen jeweils zugestanden wird und welche Behandlungsmaßnahme als individuell und sozial verträglich gelten kann. Von der Frage nach Autonomiefähigkeit und damit auch von der Verantwortung, die dem jeweiligen Menschen zugesprochen wird, hängt unter anderem auch die von der Allgemeinheit entgegengebrachte Solidarbereitschaft und Empathie sowie die juristische Auseinandersetzung mit straffällig gewordenen Menschen im Rausch- und Suchtzustand ab. Gleichzeitig hat die Frage nach der Autonomiefähigkeit im Suchtzustand erhebliche Auswirkungen auf die Diskussion über Zwangsbehandlungen und die mögliche Bedeutung eines *informed consent* innerhalb der Suchtkrankenhilfe. Das Spannungsfeld Autonomie versus Fürsorge, indem sich der Klient/Patient befindet, verschiebt sich je nach Denkstil, Theorie und Therapieschule in die eine oder andere Richtung.

Zusammenfassend läßt sich deshalb sagen, daß in der Suchthilfepraxis folgende Probleme auftreten, die die Frage nach dem Umgang mit der Sucht erschweren:

- Einordnung des Suchtproblems und Zuordnung zu einem Interventionssystem
- Formulierung und Begründung von Therapiezielen
- Anthropologische und ethische Grundannahmen der Therapieschulen und Denkstile
- Unreflektierte Therapeutenwerte
- Konflikt zwischen Therapeutenwerten und Patienten/Klientenwerten
- Die Frage nach der Autonomie
- Die Frage nach gesellschaftlichen, therapeutischen und individuellen Interessen und den daraus entstehenden Interessenkonflikten
- Die Frage nach der Wünschbarkeit und dem Wert von bestimmten psychischen Zuständen
- Finanzierbarkeit und Kostenträger von Behandlungen und Verhaltensveränderungen
- Transferleistungen von Forschung in die Praxis und umgekehrt
- Geringe Vergleichbarkeit von Therapiezielen und Therapieerfolgen
- Gewährleistung von Therapiequalität und gerechten Zugangsbedingungen
- Unterschiedliche Gesetzgebung und Handhabung der Suchtproblematik in den einzelnen Bundesländern
- Mangelnde Vernetzung und Kooperation in der Suchthilfe
- Die Pluralität innerhalb des Suchtverständnisses und des Suchthilfesystems

Der letzte Aspekt dieser Zusammenfassung soll im Anschluß nochmals ausführlicher beschrieben werden.

6. 7. Der Umgang mit der Pluralität im Suchthilfesystem

Wie bereits angesprochen, besteht ein momentaner Trend zur Differenzierung von Therapiezielen und Hilfskonzepten (Tretter 1998). Nach Meinung vieler Autoren stellt diese Differenzierung von Hilfsmaßnahmen eine Voraussetzung dafür dar, flexibel und unbürokratisch auf Sucht und die Betroffenen reagieren zu können. Die

¹⁴⁷ In dieser Arbeit wird der Begriff der Autonomie als über sich, seinen Körper und seine Psyche selbst verfügen und bestimmen zu können bzw. eine rationale Entscheidung über den Drogenkonsum treffen zu können, verstanden.

Vielfalt der Angebote wird als Bereicherung und notwendige Ergänzung im Suchthilfesystem empfunden. Die Pluralität wird damit zum eigenständigen Wert in der Sucht- und Drogenhilfe. Als Vorteil dieser vielfältigen Interventionsangebote wird die Möglichkeit einer individuellen Zuordnung (*Patienten-Therapie-Passung*, Tretter 2000) von Interventionsmöglichkeiten genannt. Im konkreten Fall kann entschieden werden, welche Interventionsform als geeignete und beste Hilfe für den einzelnen Patienten/Klienten umgesetzt werden soll, was auch als Case-Management bezeichnet wird.

Das *Case-Management* entspricht damit der von Vaillant geäußerten Idee (siehe Kapitel 5), *sich für das Denkmuster zu entscheiden, das in einer bestimmten Situation am geeignetsten erscheint und auf die Situation der Betroffenen zutrifft*. Ein sogenannter Königsweg, d.h. eine einheitliche Interventionsform für alle, wird von den meisten Helfern nicht erwartet und ist auch gar nicht erwünscht. Dennoch entstehen gerade durch ein plurales Hilfesystem Probleme. Komplementäre Modelle benötigen einheitliche Kriterien, anhand derer entschieden werden kann, was in welcher Situation als geeignetes Modell und als geeignete Hilfe verstanden werden kann. Die Schwierigkeit dieser mehrspurigen Therapiekonzepte besteht also darin, das jeweils individuell "richtige" Konzept für den Betroffenen zu finden; dieses sollte sich möglichst auch in einem zumutbaren Umkreis des süchtigen Menschen befinden. Das bedeutet, daß es bestimmte und verallgemeinerungsfähige Kriterien für diese Festlegung geben muß, damit die Patienten-Therapie-Passung nicht lediglich von einzelnen Institutionen und Therapeuten abhängig ist, denn dies wäre schlicht nicht ausreichend, um einen vertretbaren und gerechten Standard in der Suchthilfe aufrechterhalten zu können¹⁴⁸. Gaughwin und Ryan merken bezogen auf die Heroinsucht dazu an:

[...] "The new pluralism in treatment for heroin addiction poses some dilemmas. We should welcome the opportunity they may offer, but approach them cautiously and comprehensively, so that we avoid the traps of ill-considered science and ill-considered ethics" (Gaughwin, Ryan 1999, S.130).

Aufgrund der Ergebnisse der MATCH-Studie, in der verschiedene psychotherapeutische Optionen in Bezug auf deren Effektivität miteinander verglichen wurden, ist zudem zu fragen, ob eine individuell ausgelegte Patienten-Therapie-Passung überhaupt den erwünschten Erfolg einer "optimalen Versorgung" erbringen kann. Die Studie MATCH konnte zeigen, daß es vielmehr darauf ankommt, daß therapeutische Hilfe so früh wie möglich erfolgt; die genaue Patienten-Therapie-Passung, so die Studie, scheint die Behandlungserfolge nicht zu verbessern (Barbor 2000). Signifikante Unterschiede aufgrund der angewandten Auswahl eines Therapieverfahrens ließen sich nicht nachweisen.

¹⁴⁸ Für Hecht steht die multifaktorielle Pathogenese vor allem mit einer Präventionsstrategie gegen die "Krankheit der Sucht" im Widerspruch. Durch eine multifaktorielle Verursachungstheorie und die Benennung unterschiedlicher und vielfältiger Risikofaktoren bleibt es, nach Hecht unbekannt, wann und durch welche Auslöser eine Krankheit letztlich eintritt. *"Die mitwirkenden Faktoren im Rahmen eines Bedingungskomplexes können zwar noch beschrieben werden, es bleibt jedoch offen, welche diese Bedingungen als Ursache des Krankheitsgeschehens anzusehen ist"*. Die Prognose bleibt probabilistisch. Eine erfolgreiche Prävention und Therapie steht aber im engen Zusammenhang mit der Kenntnis von kausalen Bedingungen bei der Entstehung von Krankheiten und zuverlässigen Prognosen. Deshalb ist eine umfassende Prophylaxe und damit die Vermeidung der Krankheit bei allen potentiell Erkrankten (Disponierten) nach Hecht grundsätzlich unmöglich (Hecht 1997).

Die Vielfalt der Angebote erforderte eine vergleichende Evaluation der Therapiemethoden durch Studien, die zu einem Anstieg von finanziellen Ausgaben im Forschungsbereich geführt haben (Gaughwin, Ryan 1999). Innerhalb eines Behandlungsprogrammes, das im klassischen Fall eine Entzugsbehandlung, eine Entwöhnungstherapie und Rehabilitationsmaßnahmen miteinschließt, werden verschiedenen Interventionsmaßnahmen miteinander kombiniert. Das bedeutet, die Hilfeleistung setzt sich aus so unterschiedlichen Elementen wie z.B. Pharmakotherapie, Verhaltenstherapie, Akupunktur, die Vermittlung in ein Wohnprogramm, oder der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zusammen. Diese Vorgehensweise wird auch als Breitbandtherapie bezeichnet. Die Wechselwirkungen, die sich aus einer breit angelegten Kombination von möglichen Interventionsmaßnahmen (Breitbandtherapien) ergeben können, sind jedoch nicht genügend aufgeklärt und thematisiert worden. O'Malley et al merken an, daß eine Psychotherapie mit dem Effekt einer Pharmakotherapie interagieren könnte (O'Malley, Jaffe, Chang, Schottenfeld, Rounsaville 1992). Das kann bedeuten, daß sich die eingesetzten Therapieformen gegenseitig hemmen. Verschiedene Hilfs Optionen und immer neu hinzukommende Behandlungsschritte beinhalten eine positive Absicht, doch gewinnt man manchmal den Eindruck, die Vorgehensweise beruhe auf der Ansicht "viel hilft viel", was möglicherweise jedoch nur die Hilflosigkeit seitens der Helfer zum Ausdruck bringt. Auch wenn einzelne Denkstile unterschiedliche Wege in der Suchthilfe einschlagen, erscheint es sinnvoll mindestens einen minimalen Konsenses bzw. einen minimalen Maßstab für die Suchthilfe zu erarbeiten. Dies erfordert zunächst mehr Transparenz in Bezug auf die einzelnen Therapieziele und Leitbilder der verschiedenen Einrichtungen. Eine offene Diskussion darüber könnte dann vielleicht vermeiden, daß sich einzelne Institutionen und Organisationen als Konkurrenz betrachten und um die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen kämpfen. Wenn das Angebot nach dem Modell eines Dienstleistungsbetriebs funktionieren soll, stellt sich zudem die Frage, welche Rolle der Patient/Klient im Entscheidungsprozeß für eine Therapieform spielt bzw. spielen sollte. Man kann deshalb diskutieren, ob bei der Suche nach geeigneten Hilfeleistungen nicht auch die Erfahrungen, Präferenzen und das Wertesystem der einzelnen Drogenkonsumenten stärker in die Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme einbezogen werden müßten.

6. 8. Die Diskussion um Qualitätsstandards in der Suchthilfe

Durch das breite Spektrum an verschiedenen Organisationen und Institutionen und die mangelnde Vernetzung dieser wird ein optimales Hilfsangebot oft behindert. Es fehlen Instanzen, die den Überblick über die angebotenen Hilfsformen und freien Therapieplätze besitzen und die Hilfe koordinieren könnten. Institutionelle Hierarchien stoßen bei den Helfern und den Einrichtungen des Suchthilfesystems jedoch auf Kritik. Helfer und Hilfsorganisationen sind, wie andere Einrichtungen, abhängig von der Effizienz und Wirtschaftlichkeit ihrer Arbeitsweise. Die positive Beurteilung der Angebotsvielfalt erfährt hier einen Rückschlag. Das Prinzip der Gerechtigkeit und die psychosozialen Bedingungen der Betroffenen bleiben möglicherweise unberücksichtigt. Die regional unterschiedlich ausgerichtete Drogenpolitik, spezifische Zugangsbedingungen und Kompetenzgerangel verhindern so den Zugang zu den zur Verfügung stehenden Hilfs Optionen. Damit handelt sich dieses Hilfskonzept den Vorwurf ein, keine gerechte und sozial verträgliche Umsetzung gewährleisten zu können. Dagegen gewinnen ökonomische Kriterien zweifelsfrei immer mehr an Bedeutung.

In Zeiten mangelnder finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem wird zwischen den verschiedenen Möglichkeiten abgewogen. Einsparungen und Qualitätsförderung dürfen aber nicht miteinander verwechselt werden, der Kostenfaktor allein kann nicht über die Qualität von Interventionsmaßnahmen entscheiden.

Als ein Kriterium der möglichen Qualitätsförderung wird beispielsweise die Evaluation und der Vergleich des *Therapieerfolges* angeführt (z.B. bei Selbmann in: Mann, Buchkremer 1996). Das Erfolgskriterium ist jedoch innerhalb von Suchtbehandlungen noch schwerer zu erfassen, als dies bei anderen Therapieverfahren bereits der Fall ist.

Es lassen sich verschiedene Kriterien des *Erfolgs* innerhalb klinischer Evaluationen erkennen, deren Bedeutung für den Therapieausgang unterschiedlich ausgelegt werden kann. In ihrer vergleichenden Studie weisen Sonntag und Künzel auf die Probleme bei der Messung und Interpretation von Therapieerfolgen innerhalb der Suchtbehandlung hin (Sonntag, Künzel 2000). Den Autoren zur Folge werden in den von ihnen untersuchten Studien über Therapieerfolge und Quoten nur selten Definitionen für alle verwendeten Erfolgskriterien angegeben. Zwischen den Studien besteht eine erhebliche Variationsbreite in der Auslegung dessen, was noch als Therapieerfolg gewertet wird und was als Mißerfolg interpretiert werden kann. So werden Therapieerfolge beispielsweise an der generellen Drogenfreiheit der Klienten/Patienten, oder aber auch anhand der Drogenfreiheiten zu bestimmten Zeitpunkten abgelesen.

Die Frage, zu welchem Zeitpunkt eine Variable überprüft wird, erscheint gerade im Zusammenhang mit der Sucht nicht unwichtig zu sein. Gibt es einen Endpunkt einer Sucht, läßt sich eine bestimmte Periode ohne Rückfall als Heilung oder mindestens als Beendigung weiterer Interventionen werten? Hinzu kommen weitere Probleme, die durch die meist nicht aussagekräftige Anzahl von Betroffenen, die bei einer längerfristig angelegten Untersuchung überhaupt noch erreichbar und überprüfbar sind, ergeben. Eine Langzeitanamense gestaltet sich schwierig. Im Regelfall lassen sich die Therapieergebnisse nicht länger als zwei oder drei Jahre zurückverfolgen. Langzeitstudien bleiben deshalb auf eine sehr kleine Gruppe von ehemaligen Klienten bzw. Patienten begrenzt. Die Gruppe von Personen, die für eine statistische Auswertung herangezogen werden kann, eignet sich nicht dazu, allgemeine Aussagen über den Erfolg einer Therapie im Sinne der Untersuchung treffen zu können, und eignen sich allenfalls für das Aufzeigen eines Trends.

Die fehlende oder unzureichend Definition des Erfolgs ist auch damit verbunden, daß Erfolg, abhängig von den Zielsetzungen und letztlich der Suchtinterpretation, jeweils etwas anderes bedeuten kann. Das Ziel kann im einzelnen Abstinenz, kontrolliertes Trinken, Verbesserung der körperlichen Gesundheit und/oder die Verbesserung der psychosozialen Situation, die Selbstbestimmung oder aber die Senkung der Kriminalitätsraten beinhalten. Gerade Qualitätsmanagement benötigt deshalb zunächst Kriterien, die die Qualität der Arbeit in der Suchthilfe beschreiben können. Außerdem muß klar werden, was genau gesichert werden soll. Was verstehen wir in der Suchthilfe unter qualitativer Hilfe und Drogenarbeit? Bedeutet es eine gerechte und bedarfsgerechte Leistung anzubieten, bedeutet es eine kostengünstige Hilfe anzubieten, oder verstehen wir darunter, daß die Hilfeleistungen im Sinne einer *evidenced-based-medicine* durch entsprechende Forschungsaktivitäten und klinische Studien genügend abgesichert sind?

Der Begriff der Qualität und die entsprechenden Kriterien müssen zuerst ausgearbeitet werden. Daneben wird eine Vernetzung und Kooperation der einzelnen Hilfsorganisationen und Helfer eine notwendige Voraussetzung dafür sein,

die Hilfe gerecht verteilen zu können. Zugangsbedingungen für bestimmte Hilfeleistungen müssen reflektiert werden und sollten für alle gleichermaßen gelten können¹⁴⁹. Ein weitere Verbesserungsleistung könnte in der kritischen Reflexion der eigenen Arbeit und der Arbeitsziele einer Einrichtung begründet liegen; diese sollten dem Patienten/Klienten sowie der Öffentlichkeit zugänglich sein. Davon könnten auch die Diskussionen über Qualitätssicherung und mögliche Therapieziele profitieren. Es wird jedoch nicht ausreichen, Begriffe wie z.B. *angemessene Hilfe*, *geeignete Hilfe*, oder *bedarfsgerechte Hilfe* zu benennen. Es muß vielmehr entschieden werden, was im konkreten Einzelfall unter bedarfsgerecht, geeignet usw. zu verstehen ist und wie die so definierte Hilfe an den Klienten/Patienten gebracht werden kann. Dabei kann es wichtig sein, eine Art von minimalem Konsens zu entwickeln, dem sich alle Beteiligten anschließen können.

Der Konsens muß nicht als statische Basis betrachtet werden, sondern kann je nach Stand der Forschung und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in zeitlichen Abständen neu diskutiert werden. Auch Reiter-Theil verweist auf die Notwendigkeit einer therapeutisch-ethischen Basis, die als gemeinsames Fundament anerkannt werden kann (Reiter-Theil 1988). Diese Basis soll, so Reiter-Theil, genügend abstrakt sein, um die bestehende Vielfalt zu vereinigen und einen gemeinsamen und verbindlichen wissenschaftlichen Rahmen bieten zu können, indem therapeutische Theorien und ihre Anwendungen geprüft, verglichen und weiterentwickelt werden können (Reiter-Theil 1988, S. 189). Zusammenfassend könnte man sagen, daß als Grundlage für eine qualitätsfördernde Diskussion folgende Kriterien berücksichtigt werden sollten:

- die Erarbeitung von Leitmotiven für die Suchtpraxis.
- die Vernetzung und Strukturierung der Suchthilfe in Deutschland.
- die Definition des Erfolgs sowie die ausgearbeiteten Erfolgskriterien einer Suchttherapie, die verbindlich gelten können und sich an Leitmotiven orientieren.
- die Studien zur Qualitätsforschung und Effizienz einer Therapie müssen rekonstruierbar und nachvollziehbar sein. Annahmen müssen transparent dargestellt werden.
- die Abwägung der vorhandenen Fakten, wie z.B. Kosten, Ziele, Bedarf an Hilfe, Grundannahmen, ethische Werte und Prämissen, Infrastruktur des Hilfesystem (Versorgungsangebot), Akzeptanz der Hilfe durch Patienten/Klienten usw.

Um den hier vorgeschlagenen Konsens zu erreichen zu können, ist es notwendig, sich mit grundlegenden Fragen zu dem komplexen und als Problem verstandenen Phänomen der Sucht auseinanderzusetzen. Im weiteren werde ich mich deshalb mit dem Autonomiekonzept (Freiheitsfrage) und einer gerechten Hilfeleistung im Sinne einer fairen Hilfe, die sich sowohl fair zu den Betroffenen als auch zur Gemeinschaft verhält, befassen. Um den Rahmen für die Bearbeitung dieser Forderungen schaffen zu können, möchte ich mich im nächsten Kapitel der Idee einer *angewandten Ethik der Sucht* widmen.

¹⁴⁹ Dies trifft häufig nicht zu, da die einzelnen Bundesländer unterschiedliche Suchthilfestrukturen ermöglichen. Damit weisen die unterschiedlich regierten Ländern jeweils andere Angebote und Zielsetzungen vor.

7. Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht

Im Verlauf der Arbeit habe ich versucht zu zeigen, daß innerhalb eines gesellschaftlichen Suchtdiskurses nicht nur den *empirischen Ergebnissen* ein hoher Stellenwert zukommt, sondern auch *gesellschaftliche Bedingungen, Werte* und *moralische Prinzipien* zur Disposition stehen. Letztere werden jedoch häufig an den Rand der Diskussion gedrängt. Dies läßt sich gerade am Beispiel des Krankheitsverständnisses aufzeigen. In diesem Kapitel möchte ich deshalb das Augenmerk auf die Beziehung zwischen den empirischen Studien und einer normativen Bewertung der Sucht lenken und deren Implikationen für die Praxis verdeutlichen. Die folgende Betrachtung soll dabei die in dieser Arbeit aufgeworfenen Fragestellungen wieder aufgreifen und aus der Perspektive einer anwendungsbezogenen Ethik diskutieren.

7.1. Zwischen Fakten und Werten - eine Problemskizze

Die Beschreibung einer Sucht bewegt sich immer auf zwei Ebenen. Eine (1) deskriptive Ebene, die empirische Ergebnisse zu möglichen Ursachen und Auswirkungen einer Suchtentwicklung beschreibt und (2) einer Bewertungsebene, die durch den Rückgriff auf außermoralische und moralische Werte¹⁵⁰ gekennzeichnet ist. Empirische Aussagen werden anhand von Tierversuchen oder klinischen Studien belegt und fließen in Vorschläge und Prognosen für Präventions- und Behandlungsmethoden ein. Die Wertebene enthält dagegen normative Vorstellungen, die als Begründung von Interventionszielen angeführt werden und eine Wertung der Sucht und der davon Betroffenen ermöglichen. In dieser Arbeit wurden verschiedene Denkstile als Interpretationsmöglichkeiten des Phänomens der Sucht vorgestellt, die beide Ebenen beinhalten. Eine mögliche Unterscheidung zwischen Fakten und Werten bzw. zwischen empirischen Tatsachen und moralischen Wertungen wird seit der Distinktion von Hume in Sein- und Sollensaussagen diskutiert. Das *Humesche Gesetz* besagt, daß sich ohne Angaben von Zusatzprämissen aus deskriptiven Sätzen keine normativen Sätze ableiten lassen. Ein Verstoß gegen dieses Gesetz wird im allgemeinen auch als "naturalistischer Fehlschluß" (naturalistic fallacy) bezeichnet, wobei Moore, der diesen Begriff einführte, darunter mehr verstand als eine Ableitung von Sollens- aus Seinsaussagen (Engels 1993).

Auch Max Weber¹⁵¹ unterscheidet *Wertungen* von *empirischen Aussagen*. Nach Keuth "*sind bisher alle Argumente, die zeigen sollten, warum sich*

¹⁵⁰ Unter Wert oder Wertebene werden hier direkt oder indirekt eingebrachte Orientierungen und Leitvorstellungen verstanden, die handlungsanleitend wirken, wobei in dieser Arbeit vor allem auf solche Wertungen fokussiert wird, die zur Beschreibung von individuellen und sozialen Sollzuständen herangezogen werden und sich auf Moralvorstellungen beziehen können.

¹⁵¹ Weber trennte zwar die Werte von der Faktenebene, er bestand jedoch auf der Trennung, um seine Vorstellung einer wertfreien Wissenschaft untermauern zu können. Nach Weber mag eine empirische Wissenschaft keinen zu lehren was er soll, sondern lediglich was er kann; für Weber war damit klar, daß sich empirische Wissenschaften einer Wertung enthalten müßten und "wertfrei" Stellung zu Sachproblemen nehmen zu können. Diese Wertfreiheitsthese von Weber wurde im Positivismusstreit Gegenstand einer kontroversen Auseinandersetzung, in der die Frage gestellt wurde, ob eine Wissenschaft tatsächlich wertfrei sein könne und ob es überhaupt wünschenswert sei, wenn sich Wissenschaftler "neutral" gegenüber Problemen und Fragen verhalten, die sich durch die Forschung ergeben können. Daran schließt sich auch die Frage nach Verantwortung, d.h. nach einer verantwortungsvollen Forschung und Wissenschaft an (Keuth 1989).

Beschreibung und Bewertung eines Ereignisses oder Sachverhaltes nicht trennen lassen, gescheitert" (Keuth 1991, S. 130). In dieser Arbeit wird ebenfalls davon ausgegangen, daß sich Seins- und Sollensaussagen sprachlich und durch ihre Zwecksetzung unterscheiden lassen. Wertungen bzw. Sollensaussagen erfolgen anscheinend immer dann, wenn die Sucht in Beziehung zur Gesellschaft gesetzt wird, und wenn Ziele und Zwecke einer gesellschaftlichen Gegenreaktion zur Sucht entwickelt werden. Das bedeutet, daß sich Bewertungen dann erkennen lassen, wenn empirische Ergebnisse für eine praktische Entscheidung fruchtbar gemacht werden. Die Wertungen, die in ein Suchtverständnis einfließen, müssen nicht unbedingt moralischer Natur sein, sondern können wie Frankena sich ausdrückt auch außermoralische Wertungen darstellen (Frankena 1972)¹⁵². Keuth merkt jedoch an, daß die Wahl der Methoden und deren Zwecksetzung gerade innerhalb wissenschaftlicher Diskussionen oft Gegenstand eines moralischen Urteils ist (Keuth 1991). Nach Strauss tragen Werte und Normen zur Zwecksetzung einer Wissenschaft bei (Strauss 1979). Im Kontext der Sucht scheinen Wertungen vor allem bei der Wahl von möglichen Interventionsformen stattzufinden. So schreibt auch Bayertz *"Möge die Wissenschaft als Theorie dem Bereich des moralischen entzogen sein"*¹⁵³, *als praktisches Handeln, unterliegt sie der moralischen Bewertung ebenso wie jedes andere menschliche Handeln"* (Bayertz 1994b, S.178).

Insofern man Wissenschaft und Forschung auch als soziale Handlung begreift, läßt sich eine moralische Bewertung durchaus auch auf die Forschungsaktivität selbst ausweiten. Die Denkstile zur Sucht stellen Handlungsvorschläge in den Raum, die innerhalb des Suchthilfesystems als Behandlung des süchtigen Menschen in die Praxis umgesetzt werden. Zudem verweist der Gegenstand der Suchtforschung, nämlich der menschliche Konsument und seine Zustandsweise, auf ein bestimmtes Menschenbild. Der Suchtzustand fordert eine anthropologische Analyse dieses möglichen menschlichen Zustandes ein, der über die Symptomebene und den Behandlungskontext hinausweist und wiederum auf diesen zurückwirkt. Gerade theoretische Ansätze und Erklärungen können einer normativen Kritik ausgesetzt werden, nämlich genau dann, wenn sie unser Selbstverständnis und damit einen direkten Bezug zu unserem Leben, und in diesem Fall zu unserer psychischen Erlebnisweise, herstellen tangieren (Bayertz 1994b).

Durch das Wertfreiheitspostulat von Weber und den Positivismusstreit entstand jedoch eine "Neutralisierungstendenz" in den Wissenschaften, die entsprechende Wertungen in einen außerscientifischen Kontext zurückgedrängte und sie damit einer wissenschaftlichen Diskussion entzog. So konnte wie Bayertz es beschreibt, wissenschaftliche Studien und Ergebnisse eine soziale Autorität erreichen und als institutionelle Handlungsorientierung oder als politische Legitimation genutzt werden (Bayertz 1994b, S. 173-209).

Diese Neutralisierungstendenz wird jedoch im Hinblick auf die Argumentationsstruktur für Interventionsziele im Suchthilfesystem und in Bezug auf Forschungsziele nicht durchgehalten. Unterschiedliche empirische Ergebnisse, aber auch unterschiedliche Werte und moralische Prinzipien, sowie die unterschiedliche Gewichtung von Werten bestimmen das Konfliktpotential des geführten

¹⁵² Unter einem außermoralischen Werturteil versteht Frankena eine Bewertung von Sachverhalten, die gut im Sinne von nützlich, funktionell etc. sind und über die moralische Urteile keinen Sinn machen würden (Frankena 1972, Kapitel 1).

¹⁵³ Diese Annahme ist Gegenstand kritischer Diskussion und ist keinesfalls unumstritten.

Suchtdiskurses. Macklin merkt in diesem Zusammenhang an, "*it should be clear, that the complexity of the issue can be traced back at least as much to uncertainty and disagreements about facts as to the multiplicity of value considerations surrounding the use of drugs as enhancers of pleasure or performance*" (Macklin 1984, S. 208).

Die Diskussion und der Umgang mit der Sucht durch die verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen erzeugt spezifische Konflikte, zu denen (a) Das Problem der Negierung einer Wertebene, (b) das Problem der Vermischung von Fakten und Werten, (c) die Unsicherheit und Pluralität auf der Faktenebene und (d) die Oszillation zwischen den Ebenen, die teilweise in einem naturalistischen Fehlschluß mündet gehören. Einer ganzheitlichen Perspektive stehen deshalb zunächst folgende Probleme im Weg.

7.1.1. Probleme auf der Bewertungsebene (a.) und (b.)

Durch die Medikalisierung der Sucht wurde eine Neutralisierungstendenz eingeleitet, die entsprechende Werte und normative Aussagen verdrängte (Barthels 1991). Die Bewertungen selbst wurden deshalb aber nicht vollständig aufgegeben und stehen hinter den heutigen Zielsetzungen und dem zu erreichenden Sollzustand einer Therapiemaßnahme. Nach Barthels entstand so ein Freiraum, in dem implizite und damit schwer kritisierbarer Wertungen wieder möglich waren (Barthels 1991). Eine normative Betrachtungsweise wurde daher, sozusagen durch die Hintertür, wieder zugelassen. Wenn die eingearbeiteten Werte jedoch nicht ausgewiesen werden, entsteht ein Begründungsdefizit, das die Wahl einer Interventionsmaßnahme auf die Faktenebene reduziert oder als rein willkürliche Entscheidung erscheinen läßt.

Nach Strauss "*kann man nicht über wichtige Dinge sprechen und gleichzeitig die Prinzipien verleugnen, ohne die es keine wichtigen Dinge geben kann*" (Strauss 1979, S.87).

Dadurch entsteht ein Problem der Intransparenz (b) von eingebrachten Werten, die durch möglichst aussagekräftige Fakten verschleiert werden. Dies kann dazu führen, daß wissenschaftliche Studien und Ergebnisse für die Durchsetzung einer bestimmten Werthaltung und für ein vorher festgelegtes Ziel instrumentalisiert werden. Das eigentliche Werturteil und Menschenbild wird so hinter dem Schleier von Fakten und Theorien versteckt und ist damit auch nicht angreifbar. Es kann zum Beispiel vermutet werden, daß sich Befürworter des Abstinenzziels in der Praxis nicht durch erfolversprechende Studien über das kontrollierte Trinken von diesem alternativen Therapieziel überzeugen lassen. Statt aber auf die Hintergründe ihrer Bedenken und ihres Suchtverständnisses hinzuweisen, werden die Studien zum kontrollierten Trinken aufgrund ihres Designs, der verwendeten Statistik oder anderer wissenschaftlicher Kriterien angegriffen und entkräftet.

Ein Argument konstituiert sich in diesem Sinne als Chimäre aus deskriptiven Aussagen und Werturteilen, die durch das jeweilige Suchtverständnis geprägt sind. Dabei können unterschiedliche Wertvorstellungen in Betracht gezogen werden. Auf der Wertebene herrscht, wie in Bezug auf die meisten gesellschaftlichen Dissense und Konflikte, eine Wertpluralität vor.

Die Integration von empirischen Ergebnissen in ein bestimmtes Wertsystem wird vor allem im Zusammenhang mit den Krankheitsverständnissen von Sucht deutlich. Daneben existiert aber auch eine *Unsicherheit auf der Faktenebene*, die ich dem *Problem der Intransparenz* und der *Negierung der Wertebene* gegenüberstellen möchte.

7.1.2. Zur Unsicherheit auf der Faktenebene

Die Vielfalt der theoretischen Ansätze und Hypothesen spiegelt einerseits die Anzahl der wissenschaftlichen Disziplinen wieder, die sich mit der Thematik der Sucht befassen und verweist andererseits auf die theoretische Unsicherheit oder Unvollständigkeit in der Erforschung der Sucht. Das Faktenwissen wird in allen Argumentationsweisen dazu benutzt, die Folgen einer Sucht zu prognostizieren oder aber den Zustand der Sucht erklären und beschreiben zu können. Durch die Vielfalt an Hypothesen und Theorien zur Sucht entstanden verschiedene Handlungsmöglichkeiten. Einerseits existiert ein breites und multidisziplinäres Interesse an der Suchthematik. Andererseits führt die Suchtforschung in Deutschland immer noch ein Schattendasein. Insofern sind viele Probleme und Ursachen der Sucht wissenschaftlich nicht ausreichend beleuchtet worden. Zwischen Forschung und Praxis bestehen zudem Überbrückungs- und Umsetzungsschwierigkeiten (siehe Kap. 6). Entsprechend fehlen Fakten und Aussagen, die in eine Abwägung zwischen alternativen Hilfs Optionen als Entscheidungsgrundlage herangezogen werden können. Außerdem besteht Unklarheit darüber, welche Fakten für eine Entscheidung überhaupt als relevant gelten können.

Für Hare¹⁵⁴ liegt eine grundsätzliche Ursache für eine moralische Kontroverse gerade in der Ambiguität der sogenannten empirischen Fakten. Es scheint also einerseits einen Bedarf an weiteren Forschungsergebnissen zur Alkohol- und Heroinsucht zu geben; andererseits benötigen wir aber auch eine Reflexion darüber, was von der Suchtforschung erhofft werden kann und welche Fragen mit den Ergebnissen beantwortet werden sollen. Selbst wenn wir über alle notwendigen Forschungsergebnisse zur Sucht und vor allem zur sogenannten psychischen Abhängigkeit verfügen würden, wäre nicht notwendigerweise gewährleistet, daß wir das so definierte Problem der Sucht in einer für alle Beteiligten befriedigenden Weise auflösen könnten.

Die Entscheidung, was letztlich mit dem Wissen genau lösbar gemacht werden soll und was die verfolgten Ziele im Hinblick auf die Substanzen Alkohol und Heroin tatsächlich sind, wäre damit noch nicht vollzogen. Vor allem die neurobiologische Forschung kann und darf nicht als Sozialtechnologie mißverstanden werden, die ein gesellschaftliches Problem in eine rein biologische Sprache übersetzt und mit ihren Methoden einer Lösung zuführt. Die Art der Argumentation und das Verständnis von Sucht ist essentiell dafür, welchen Maßnahmen wir letztlich zustimmen werden und welche wir aus pragmatischen, oder moralisch-ethischen Gründen wieder verwerfen. Dies erscheint eine Voraussetzung dafür zu sein, rationale und begründete Entscheidungen überhaupt treffen zu können und sich vom Vorwurf einer willkürlichen Hilfeleistung zu befreien.

Der weiteren Erforschung der Sucht in den einzelnen Disziplinen kommt im Entscheidungsprozeß natürlich eine wichtige Rolle bei der Aufklärung bestimmter Fragestellungen zu. Die Abwägung für oder gegen eine Maßnahme kann so durch weitere Forschungsaktivitäten erleichtert werden, sie kann uns aber letztlich nicht dadurch abgenommen werden.

Der dritte Problembereich ergibt sich durch den undurchsichtigen Wechsel von der *empirischen Ebene* auf die *Wertebene*, bzw. durch Wechselwirkungen zwischen den Ebenen, die direkt im Anschluß diskutiert werden.

¹⁵⁴ in Bayertz 1996, S.19.

7.1.3. Das Problem des "Ebenenwechsels"

Rydberg bezeichnet die Auseinandersetzung mit z.B. der Alkoholismusforschung als eine Oszillation zwischen mehreren Ebenen (Rydberg 1994, S. 116). Dabei spricht er zwei polare Tendenzen an, die auch innerhalb dieser Arbeit gegenübergestellt wurden, das ist zum einen die soziale und gesellschaftliche Ebene auf der das Thema diskutiert und bewertet wird und die biochemische, molekulare Ebene auf der Ursachenforschung betrieben wird und von der ausgehend Prognosen angestellt werden. Die Betrachtungsweise wechselt hier von einer Betrachtung des Gesamtgeschehens zu einer Betrachtung der einzelnen Komponenten, die dieses Phänomen kennzeichnen. Die Betrachtung wechselt damit aber auch von einer deskriptiven Beschreibung physiologischer Zustände zu einer moralisch- normativen Auseinandersetzung mit der Suchthematik. Es bleibt dabei unklar, inwiefern Schlußfolgerungen von der einen Ebene auf die andere Ebene übertragbar sind.

Die Suchthematik wird auf das Gehirn als den maßgeblichen Untersuchungsgegenstand, reduziert; in der Praxis stehen den Therapeuten, Sozialpädagogen und Laienhelfen aber Menschen, die über eine eigene Biographie und ein spezifisches soziales Umfeld verfügen, gegenüber.

Ein Ebenenwechsel zeigt sich auch in der Umsetzung von Theorie in Praxis. Die Annahmen und Aussagen zum *Craving* beispielsweise stellen einen Versuch dar, die Schwierigkeit einer Konsumbeendigung und eines Rückfalls auf neurobiologische Weise zu erklären, tangieren aber andererseits auch ethisch relevante Fragen, wie z.B. die nach der Zwanghaftigkeit einer Handlung, dem Handlungsbegriff selbst und der moralischen Verantwortung für das Verhalten im Suchtzustand. Dabei findet oft ein gedanklicher Sprung von einer physiologischen Beschreibungsebene des Gehirns zu Fragen nach der Willensfreiheit oder der personalen Identität statt. Damit werden jedoch die jeweiligen Fachgrenzen überschritten.

"Wo jedoch das jeder Einzelwissenschaft immanente Erfordernis, die Grenzen der angewandten Methode zu respektieren, verletzt wird, kommt es zwangsläufig zu inhaltlichen Grenzüberschreitungen, die den Einspruch anderer Disziplinen hervorrufen" (Schockenhoff 2000, S. 242).

Es drängt sich deshalb die Frage auf, ob solche Gedankensprünge möglich sind, ohne das sie in einen reinen Reduktionismus verfallen. Der Drogenkonsum selbst wird hier im weiteren Sinne nicht mehr als selbstgesteuerte und selbstverantwortete Handlung betrachtet, sondern als neuronale Ereignisabfolge, die sich im Handeln einer Person zwar zeigt, aber der konsumierenden Person, aufgrund der chemischen Interaktion zwischen Droge und Gehirn, nicht mehr als Urheber zugeschrieben wird. Der Begriff der Drogenwirkung bezieht sich damit nur noch auf die spezifische und direkte oder indirekte Interaktion der Droge mit Neurotransmittern.

Schockenhoff schreibt in ähnlichem Kontext *"Das Verhältnis der Person zu ihren Handlungen wird in der Weise gedeutet, daß sie als Instanz sittlicher Verantwortung hinter dem Ort verschwindet, an dem neurophysiologische Prozesse ablaufen"* (Schockenhoff 2000, S. 244).

Die ethisch relevanten Begriffe *Person*, *Freiheit* und *Verantwortung* verlieren sich in den neuronalen Ereignissen, die durch bestimmte Funktionsabläufe des Gehirns beschrieben werden. Die Vorstellungen über die Korrelation von neuronalen Prozessen mit Handlungsabsichten oder der Willensfreiheit ist auch Teil der alten

Leib-Seele-Problematik¹⁵⁵ und der Frage, ob subjektive und seelische Zustände aus dem Gehirnzustand vollständig erschließbar sind. Diese Frage stellt sich momentan auch im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Gehirnforschung und den neuen Techniken, mit der eine Verknüpfung von künstlichen Netzwerken und dem zentralen Nervensystem (ZNS) möglich werden und beschränkt sich so keineswegs auf die Suchtforschung. Es stellt sich dabei immer wieder die Frage, inwiefern wir durch die neuronale Struktur und Funktionsweise unseres Gehirns bestimmt sind und welche Aussagekraft die Ergebnisse der Gehirnforschung haben bzw. haben können. Gierer vertritt in diesem Zusammenhang die Auffassung, daß der Dekodierbarkeit von neuronalen Prozessen vermutlich Grenzen gesetzt sind, durch die es unmöglich wird, in einem komplexen System mit endlichen Mitteln, grundsätzlich allen wahren Schlüsse ziehen zu können (Gierer 1989, S.43). Die Grenzen einer neuronalen Dekodierbarkeit zeigen, nach Gierer, aber einen darüber hinausgehenden Aspekt der Willensfreiheit auf. *"Der Wille des Einzelnen ist auch dann, wenn er im physikalischen Zustand des Gehirns des Handelnden repräsentiert ist, dennoch aus erkenntnistheoretisch einsichtigen Gründen keiner perfekten Außenanalyse zugänglich. Damit sind sowohl der Manipulation als auch der Beurteilung fremden Willens prinzipiell Grenzen gesetzt"* (Gierer 1989, S. 48). Subjektives Erleben und Empfinden beinhalten nicht nur eine biologische Komponente, die sich rein äußerlich fassen und begreifen läßt.

Hell gibt zu Bedenken, daß subjektive Erlebniszustände nicht ausschließlich von Hirnvorgängen abhängig sind, sondern nur vor einem kulturellen Hintergrund verstanden werden können (Hell 2000). Die Frage nach der psychischen Abhängigkeit und dem freien Willen wechselt in fachübergreifenden Diskussion häufig zu einer naturphilosophischen Diskussion über. Dafür ist ein biologisches Verständnis der physiologisch-chemischen Vorgänge durchaus hilfreich, aber nicht ausreichend, um subjektive Erlebniszustände oder Fragen der Willensfreiheit klären zu können.

Diese Fragen stellen wiederum einen Bezug zum Gehirn-Geist Problem und zur Unterscheidbarkeit zwischen materieller und immaterieller Materie dar. Die Diskussion des Gehirn-Geist-Problems besitzt hier nicht nur eine theoretisch-philosophische Relevanz, sondern greift in die therapeutische Praxis ein. Die Konsequenzen verschiedener Positionen bezüglich des Gehirn-Geist-Problems sollen am Beispiel der Drogeneinnahme und der Gabe von Psychopharmaka kurz verdeutlicht werden. Vertritt man beispielsweise eine dualistische Position, d.h. Geist und Gehirn existieren getrennt voneinander, dann können psychopharmakologische Eingriffe wie auch die Einnahme von Drogen als zulässig klassifiziert werden, da sie lediglich als medizinisch-therapeutische oder individuelle Eingriffe in die Physis des Gehirns zu betrachten sind (Kiegel 2000). Die Droge beeinflusst nur eine Ebene, nämlich die physiologisch-chemische Ebene selbst; daraus entstehende Wechselwirkungen mit der geistigen Ebene sind zwar möglich (Interaktionismus), die geistige Ebene wird aber für Drogen und deren Wirkungen als nicht vollständig

¹⁵⁵ Nach Kiegel stellt sich die alte anthropologische Frage nach dem Verhältnis von Leib und Seele im Kontext der modernen Gehirnforschung als Gehirn-Geist-Problem wieder (Kiegel 2000). Ohne genau auf die Leib-Seele Diskussion eingehen zu wollen, sollen kurz die beiden dominanten Handlungsstränge der Argumentation dargestellt werden. Als dominierende Denkrichtungen sind dabei der Monismus und der Dualismus zu benennen. Im Dualismus werden Gehirn und Geist bzw. Leib und Seele als getrennte und für sich selbst existierende Entitäten beschrieben. Diese können miteinander in Interaktion treten. Im Monismus dagegen sind Gehirn und Geist Ausdruck einer Wesenseinheit. Mentale Phänomene besitzen damit eine rein physische Natur.

zugänglich angesehen¹⁵⁶. Geht man dagegen von einer monistischen Position aus, d.h. von einer Einheit von Gehirn und Geist, dann manipulieren Drogen den Menschen als ganze Einheit; in diesem Fall wäre die Verabreichung von Psychopharmaka oder die Aufrechterhaltung der Sucht durch Ersatzstoffe weitaus problematischer und als Veränderung des gesamten Menschen anzusehen. Aus einer monistischen Position folgt auch, nach Kiegel, daß die Wahrung einer normativen Integrität einer Person konsequenterweise alle Eingriffe in das Gehirn zunächst untersagen muß (Kiegel 2000).

Eigen- und Fremdmanipulation durch z.B. Drogen können als Angriff auf unsere persönliche Integrität und Identität gewertet werden. Andererseits kann aber ein Verlust von Eigenschaften und Fähigkeiten, wie die der Willensfreiheit, oder deren direkte Beeinflussung durch Drogen, nur über eine monistische oder harte deterministische Position begründet werden. An diesem Beispiel wird deutlich, wie einflußreich die Stellungnahme und Sichtweise über unser Gehirn und unsere Erlebniszustände für unser Selbstverständnis und entsprechende Therapiemaßnahmen sein können. Ein unreflektierter Wechsel von der Molekularebene auf eine wertende und bewertende Ebene trägt zu weitreichenden Mißverständnissen bei. Gerade dann, wenn lediglich einfache kausale Rückschlüsse von der deskriptiven auf die soziale Ebene bzw. den Sollzustand gezogen werden, setzt sich diese Vorgehensweise dem Vorwurf eines naturalistischen Fehlschlusses aus. Da es keine Ebene bzw. keinen Platz für die Reflexion von Argumentationsweisen dieser Art gibt, ist eine Auflösung der so entstandenen Probleme zunächst unwahrscheinlich.

Aus diesem Grund hat der Philosoph Thomas Metzinger die Idee einer angewandten Neuroethik¹⁵⁷ in die Diskussion eingebracht, mit dem Ziel, Eingriffe in das zentrale Nervensystem sowie die Vorstellungen wünschbarer, psychischer Erlebnisweisen hinterfragen und kritisch diskutieren zu können. Innerhalb der Sucht lassen sich mindestens zwei ethisch relevante Bereiche finden, die im Verlauf der Arbeit immer wieder direkt oder indirekt zur Sprache kommen. Zum einen die Auseinandersetzung mit der Freiheitsfähigkeit von süchtigen Menschen und den damit verbundenen therapeutischen Implikationen. Das wirft zum anderen gerade in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Sucht viele wissenschaftstheoretische und philosophisch-ethischer Fragestellungen auf, die durch eine unreflektierte Vermischung verschiedener Ebenen (deskriptiver-normativer, molekularer-sozialer, physischer-psychischer/geistiger) und durch Überbrückungsschwierigkeiten zwischen Theorie und Praxis entstanden sind und einen Diskurs behindern.

Im Anschluß an die Darlegung ethisch-normativer Fragestellungen und Konflikte möchte ich nun die Idee einer anwendungsbezogenen Ethik der Sucht vorstellen und diskutieren.

¹⁵⁶ Viele Hirnforscher führen keine strikte Trennung zwischen Geist und Gehirn bzw. zwischen materieller und immaterieller Substanz durch. Nach Roth läßt sich Geist im Rahmen eines nicht-reduktionistischen Physikalismus als physikalischer Zustand verstehen, der unterschiedlich dargestellt werden kann (Roth 1994).

¹⁵⁷ Unter Neuroethik versteht Metzinger eine angewandte Ethik, die therapeutische oder forschende Handlungen, durch die absichtlich und direkt in das ZNS eines Menschen eingegriffen wird, reflektiert (Metzinger 1996, 1996a).

7.2. Eine anwendungsbezogene Ethik der Sucht

In der Zeitschrift *Informationsdienst der KSA* (Katholische Sozialethische Arbeitsstelle) wird richtigerweise darauf hingewiesen, daß eine Verbindung von Ethik und Sucht ein unbestelltes Feld darstellt. Es findet sich nur begrenzte Literatur zu diesem Thema, die wenn überhaupt, oft nur als abschließende Bemerkung in Fachbüchern oder Artikeln vorkommt. Wie bereits angesprochen, sind viele Interessen und Konflikte ungeklärt. Dennoch wird gerade von Organisationen und Verbänden der Suchthilfe, wie auch in der Medizin, indirekt, oder direkt auf moralische Prinzipien, wie z.B. die der Menschenwürde, der Autonomie, der Solidarität, das Prinzip der Nichtschädigung oder der Gerechtigkeit zurückgegriffen. Es ist mir daher unverständlich, warum eine Verbindung von Ethik und Sucht so selten durchgeführt wird und im Grunde genommen nur in Ansätzen zu bestehen scheint.

Die Auseinandersetzung verbleibt, wenn überhaupt, im Bereich der Medizinethik, die sich mit den ethisch relevanten Fragestellungen in der medizinischen Behandlungspraxis auseinandersetzt, z.B. Arzt-Patient-Verhältnis, Zwangsbehandlungen etc. Deshalb möchte ich in dieser Arbeit den Vorschlag unterbreiten, die Diskussion über substanzbezogene Konsumprobleme, wie die der Heroin- und Alkoholsucht um eine allgemeine reflexive Ebene zu erweitern, die es zuläßt, versteckte oder festgefahrene Argumentationsweisen im Kontext der Sucht zu skizzieren und zu hinterfragen.

Die Etablierung einer ethischen Perspektive zur Sucht oder einer Ethik der Sucht wird hier als Versuch verstanden, die vorhandenen Defizite in der Drogen- und Suchtdiskussion ausgleichen zu helfen. Die anwendungsbezogene Ethik¹⁵⁸, auch praktische Ethik genannt, kann helfen, ethische Konfliktfälle und Dissense, die sich in der Praxis ergeben haben, für andere nachvollziehbar darzustellen und zu reflektieren. Sie bietet damit eine Methode an, praktische Entscheidungen, wie die für oder gegen ein Drogenverbot oder eine Interventionsmaßnahme, reflexiv bewerten und abwägen zu können. Dabei sollen zunächst mögliche Mißverständnisse ausgeräumt werden. Eine ethisch-moralische Betrachtungsweise der Sucht wird aufgrund des historischen Denkstils mit moralisierenden Bewertungen und Abwertungen assoziiert, die man aufgrund der bereits bestehenden Vorurteile und Diskriminierungen von süchtigen Menschen nicht auch noch fördern will. Insofern werden Analysen, die Werturteile aufzeigen und diskutieren oder sogar auf die Notwendigkeit einer bewertenden Ebene hinweisen, als moralisierend bezeichnet und mit dem historischen Paradigma bzw. Denkstil in Verbindung gebracht. Diese Assoziationen beruhen jedoch auf einem Mißverständnis. Denn gerade eine ethische Reflexionsebene kann dazu beitragen den Diskurs um einen möglichen Umgang mit Drogen und der Sucht auf eine rationale Ebene zu stellen und für mehr Transparenz zu sorgen.

Eine Reflexion über Moral und Werte muß nicht zu einer Zeigefingermentalität führen, die die Probleme weiter verhärtet, sondern könnte sie im Gegenteil möglicherweise entschärfen. Damit ist das Potential und der Aufgabenbereich einer Ethik der Sucht bereits angedeutet. Der Begriff '*Ethik der Sucht*' wird somit als ergänzende Zugangsweise eingeführt und als Methode verstanden, sich den

¹⁵⁸ Die angewandte Ethik versucht im Fall eines Konfliktes oder eines Dissenses in der Praxis konkrete Entscheidungshilfen anzubieten. Das Ziel einer angewandten Ethik ist, wie Friedo Ricken es ausdrückt, ein Wissen um eine bewußtere und verantwortbare Praxis zu erwerben (Ricken 1998, S. 19).

entstandenen Problemen erneut anzunähern. Nach Bayertz kann Ethik auch als Versuch verstanden werden, *"auf die Probleme des öffentlichen Lebens bewußt zu reagieren und auf der Basis rationaler Argumentation, intersubjektive nachvollziehbare und öffentlich vertretbare Maßstäbe unseres Handelns zu formulieren"* (Bayertz 1994a, S.41).

Neben den zahlreichen Wissenschaften¹⁵⁹, die sich in der Suchtdiskussion zu Wort melden, kann der Ethik einerseits eine vermittelnde Rolle zwischen den einzelnen Disziplinen zukommen, die sich mit der Thematik lediglich multidisziplinär und multiprofessionell befaßt. Eine "Ethik der Sucht" wird sicher keine neuartigen oder absoluten Lösungen liefern können; dennoch könnte eine solche Perspektive dazu beitragen, Kriterien zu erarbeiten, die auf dem Weg zu einem gesellschaftlichen Umgang mit psychoaktiven Substanzen hilfreich sein könnten. Eine so verstandene Methode kann gerade auch die Entwicklung von Zielsetzungen und noch fehlenden Leitbildern in der Suchthilfe und im politischen Diskurs vorantreiben. Dazu ist es notwendig, auch normative Forderungen an die Forschung und die Suchthilfe zu stellen. Dies gilt natürlich auch für die hier weniger ausführlich diskutierten Präventivmaßnahmen¹⁶⁰. Nach Weber ist es die Leistung der Ethik überhaupt, erst bewußt eine Wahl zwischen verschiedenen Optionen treffen zu können, indem geeignete Optionen als Möglichkeit zur Disposition stehen (Weber 1988). Welche Fragen dabei mit welchen Methoden beantwortet, oder neu gestellt werden sollen, ist Thema des nächsten Abschnittes.

7.2.1. Mögliche Fragestellungen einer Ethik der Sucht

Eine so verstandene Ethik der Sucht befindet sich mindestens im Spannungsfeld zwischen einer anwendungsbezogenen Medizinethik, einer Individualethik, der sich auf ein ethisch gutes oder sittlich richtiges Leben bezieht ("Wie soll ich leben, wie lebe ich gut?"), und einem gesellschaftsbezogenen bzw. sozialetischen Ansatz. Die damit verbundenen spezifischen Fragestellungen, z.B. nach Zwangsbehandlungen, der Vereinbarkeit von Alkoholkonsum mit einem gelingenden Lebenskonzept oder einer sozialvertäglichen und gerechten Hilfeleistung für Drogenkonsumenten, können getrennt voneinander behandelt und diskutiert werden. Sie sind jedoch eng miteinander verbunden und wirken wiederum aufeinander zurück. Auf der Suche nach einer Gesamtstrategie oder einem gesellschaftlichen Konsens wird man sich deshalb kaum auf einen Fragebereich beschränken können.

Sucht scheint ein zu komplexes Problem zu sein, um sich auf einer dieser Ebenen auflösen zu lassen. Nach Bondolfi besitzt jeder normative Konflikt zugleich eine individuelle als auch eine sozialetische Komponente (Bondolfi 1995). Diese

¹⁵⁹ In der Diskussion um den Umgang mit Drogen und Süchtigen sind die biologischen, medizinischen, psychologischen Disziplinen sowie die Sozialwissenschaften und die Theologie beteiligt.

¹⁶⁰ Auch in der Prävention ergeben sich neue Fragen, die ethische Relevanz besitzen. Sollte man Sucht disponierte Personen (z.B. Familienanamnese) stärker vor den Folgen des Konsums von psychoaktiven Substanzen schützen. Können oder müssen Präventionsmaßnahmen schon im Kindesalter ansetzen? Wie steht es mit medikamentöser Prävention durch Prophylaxen? In den USA und England werden derzeit Impfstoffe entwickelt, die eine psychoaktive Wirkung unterbinden und damit vor dem Erwerb einer Sucht schützen sollen. Könnten solche Impfstoffe auch bei Schwerstabhängigen oder bei genetisch disponierten Kindern von Drogenabhängigen zum Einsatz kommen. Darf man medikamentös bzw. durch Schutzimpfungen in das Konsumverhalten und die damit verknüpften Empfindungen und Erlebniszustände eingreifen?

Aussage läßt sich in Bezug auf das Suchtproblem bestätigen. Die bereits dargestellten Probleme und Dissense in der Praxis lassen sich zusammenfassend als Fragenkomplexe formulieren, mit denen sich eine Ethik der Sucht befassen könnte und die in den folgenden Kapitel auch weiterverfolgt werden.

1. (a) Welche Rechte und Bedürfnisse kann ein süchtiger Mensch gegenüber der Gesellschaft geltend machen? (b) Welche Verantwortung kommt ihm rechtlich und moralisch zu? (c) In welchem Grad besitzt ein süchtiger Mensch Autonomie und Handlungsfreiheit? ¹⁶¹
2. (a) Welche Interessen vertritt die Gesellschaft? (b) Wie sollen wir auf Sucht und die davon Betroffenen reagieren? (c) Welche Hilfeleistungen sollen angeboten werden? (d) Welche Verantwortung soll die Gesellschaft gegenüber süchtigen Menschen übernehmen? (e) Sind wir verpflichtet, uns und andere vor den Wirkungen und Folgen der Drogen zu schützen?
3. (a) Welche Verhaltens- und Erlebniszustände können in unserer Gesellschaft als wünschenswerte Daseinszustände erachtet werden? (b) Wie bewerten wir psychische Erlebensweisen? (c) Was bedeuten die Verbesserung eines psychischen Zustandes und die in der Therapie vorgegebenen Ziele?
4. (a) Welche Menschenbilder und anthropologischen Aussagen beinhalten die Vorstellungen über Sucht? (b) Welches Menschenbild läßt sich als Grundlage von Therapiemaßnahmen und Therapiezielen erkennen?

In dieser Arbeit können nicht alle möglichen ethischen Methoden zur Bestimmung und Abwägung von Interessen behandelt werden. In den nächsten Kapiteln werden deshalb lediglich einige Möglichkeiten skizziert, die sich alle auf die Entwicklung eines minimalen Konsenses, also eines kleinsten gemeinsamen Nenners in der Suchthilfe beziehen. In Kapitel 6 ist bereits auf das Fehlen gemeinsamer Leitlinien oder Ziele in der Suchthilfe hingewiesen worden (siehe auch 7.4.). Ziel einer Ethik muß es deshalb sein, die Bestimmung von Zielen und Zwecken in der Suchthilfe voranzutreiben, um festlegen zu können, was und welche Interessen überhaupt zur Diskussion stehen.

Zur Bestimmung und Abwägung der einzelnen Ziele und Interessen soll hier die Theorie von John Rawls herangezogen werden, die Gerechtigkeit als Fairneß versteht und sich in Form von Gerechtigkeit als faire Hilfeleistung auch auf den Kontext der Suchthilfe anwenden läßt (siehe Kapitel 9). Rawls' Theorie stellt insofern eine mögliche Basis für die Suchtpraxis dar, da sie sich mit einer pluralistischen Gesellschaftsform auseinandersetzt, die aus Bürgern mit divergierenden Vorstellungen und Bedürfnissen besteht und versucht diese in ein System zu integrieren, das von allen anerkannt werden kann. Auch bei Rawls werden minimale Grundvereinbarungen zwischen Vertragspartnern festgelegt, die sich auf einem mittleren Abstraktionsniveau bewegen. Das Prinzip der Gerechtigkeit fungiert dabei als Minimalkonsens. Nach Reiners-Kröncke könnte man mit Hilfe des Rawlschen Systems diskutieren, welche Rechte und Pflichten Drogenkonsumenten und süchtige Menschen in unserer Gesellschaft haben sollten (Reiners-Kröncke 1998). Ebenfalls auf einem mittleren Abstraktionsniveau, da sie keinen Anspruch auf eine letzte

¹⁶¹ Der Begriff der Autonomie, wie er in dieser Arbeit verwendet werden soll, wird in Kapitel 8 näher beleuchtet und begründet und ist auch im Glossar zu finden.

Begründbarkeit erheben, befinden sich die Prinzipien mittlerer Reichweite, die von Beauchamps und Childress¹⁶² in die medizinische Ethikdebatte eingeführt worden sind. Prinzipien mittlerer Reichweite werden deshalb oft als Ausgangsbasis für minimale Forderungen oder Verpflichtungen in der Medizinethik verwendet. Der Vorteil von ethischen Prinzipien mittlerer Reichweite ist es, eine gemeinsame Basis zu schaffen, denen sich alle Denkstile anschließen können.

"Sie machen weder Lösungen dringender moralischer Probleme von der Lösung akademischer Theorienprobleme abhängig noch überlassen mittlere Prinzipien diese Probleme reinen Verfahrenslösungen" (Birnbacher 1993, S. 55).

Die nicht näher bestimmte Auslegung und Gewichtung von mittleren Prinzipien kann andererseits auch zu Problemen bei der Entscheidungsfindung in einer konkreten Situation führen, wie dies anhand des Autonomiebegriffes zu zeigen versucht wurde. Gerade der Autonomiebegriff bestimmt die Handlungsmöglichkeiten und die Berücksichtigung von Klienten bzw. Patientenwünsche. Eine vage Auslegung des Prinzips ohne eine Diskussion über die Möglichkeit oder Unmöglichkeit von Autonomie bei alkohol- und heroinsüchtigen Menschen hilft wohl kaum weiter. Die Frage nach der Autonomie muß deshalb zuerst Gegenstand einer Diskussion sein, die im Abschnitt 7.4. und in Kapitel 8. betrachtet wird.

7.3. Ein Grundkonflikt innerhalb der Suchtproblematik

Als Grundkonflikt einer gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Drogenkonsumenten kann die Abgrenzung von individuellen Freiheitsrechten und gesamtgesellschaftlichen Interessen bzw. dem Gemeinwohl benannt werden (Rust 2000). Dem Einzelinteresse des süchtigen Menschen (Rechte, Bedürfnisse, Selbstbestimmung) wird in Diskussionen polar das Interesse der Gemeinschaft bzw. des Staates (Gemeinwohls) gegenübergestellt. Zwischen dem Konsumenten und der Gesellschaft besteht ein Wertkonflikt, dessen Kernpunkte das Recht jedes Menschen auf Wohlbefinden, Glück und ein selbstbestimmtes Leben in Freiheit einerseits und die Prinzipien der Leidvermeidung, der Gerechtigkeit bezüglich der Lastenverteilung, sowie die ethische Verantwortung gegenüber dem Wert eines gesunden Lebens andererseits, darstellt.

Dieser Konflikt setzt das Prinzip der Autonomie Einzelner voraus, denen eine Eigenverantwortlichkeit für ihre Handlungen zugestanden wird, solange Dritte nicht gefährdet werden. Als ethische Diskussion könnte die Bewertung des Gelegenheitskonsums auch als Frage nach dem *ethisch guten Leben* von Einzelnen formuliert werden, da hier weitgehend Fragen nach dem richtigen Lebensstil gestellt werden¹⁶³. Innerhalb der Diskussion um den Gelegenheitskonsum wird der Droge noch ein positiver Wert zugestanden, ob dieser als intrinsischer Wert oder nur als Mittel zum Zweck gelten kann, ist dabei umstritten. Die Suchtentwicklung läßt mögliche positive Folgen der einzelnen Substanzen jedoch verblassen und rückt die

¹⁶² Die Prinzipien von Beauchamps und Childress lauten: *Autonomie, Nichtschädigung, Wohltun (Fürsorge) und Gerechtigkeit* (Beauchamps, Childress 1994).

¹⁶³ Eine positive Verbindung zwischen Drogenkultur und gutem Leben ist nach Anton Leist nicht gegeben. Er postuliert, daß durch den Konsum von Drogen die Verbindung zwischen Lust und Handlung gestört wird, bzw. ad absurdum geführt wird und sich der Konsum deshalb nicht in ein *gutes Leben* einfügen läßt. Um Drogen gut und sinnvoll nutzen zu können, müssen wir, nach Leist, in einer psychischen Verfassung sein, in der wir Drogen eigentlich nicht mehr brauchen" (Leist, Anton: Mitschrift von der Tagung Recht auf Rausch und Selbstverlust durch Sucht vom 03.-05.06.1999 in Halle).

negativen Folgen, also das Risiko des Drogenkonsums und dessen Folgeerscheinungen, in den Vordergrund. Mit der Annahme einer eingetretenen Suchtentwicklung ergibt sich eine neue Komponente innerhalb dieses Grundkonflikts.

Auf der Ebene der Sucht erweitert sich die Frage nach individueller Freiheit oder Allgemeinwohl zur Frage nach der Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit von personaler Freiheit bei süchtigen Menschen. Das bedeutet, nicht die Abgrenzung von individuellen und gesellschaftlichen Interessen stehen im Vordergrund, sondern es wird diskutiert, ob es individuelle Interessen innerhalb einer Sucht überhaupt noch geben kann, und wenn ja, in welchem Umfang diese Interessen berücksichtigt werden müssen. Die Frage nach der Wahl- und Handlungsfreiheit eines süchtig gewordenen Menschen, die Fähigkeit, sich für oder gegen seinen psychischen und physischen Zustand zu entscheiden, bestimmt die Reaktionen der Gesellschaft und der Hilfseinrichtungen innerhalb der Drogen- und Suchtberatung. Wie in Kapitel 6. bereits ausgeführt wurde, ist die Frage auch von essentieller Bedeutung für die Festlegung von Therapiezielen. Die Frage nach der Freiheit als Wert, sowie der damit verbundenen moralischen Verantwortung und Urheberschaft für Handlungen, läßt sich innerhalb der verschiedenen Denkstile unterschiedlich beantworteten.

Der Grundkonflikt besteht also zunächst nicht in einer Gegenüberstellung von moralischen Prinzipien, wie z.B. Fürsorgepflicht und Autonomie, sondern liegt in der Ausgestaltung und Bestimmung dieser Prinzipien. Wenn die Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit von Autonomie innerhalb einer Sucht sowie die Interessen der Gemeinschaft nicht genau aufgeklärt sind, fällt es schwer, Konflikte benennen und auflösen zu können. Der jeweilige Konflikt ist abhängig von der Beantwortung der Autonomiefrage und einer Bestimmung der gesellschaftlichen Interessen, die mit der Sucht und vor allem dem Konsum von Drogen verbunden sind. Das bedeutet auch, daß eine Formulierung von Prinzipien oder eine Hierarchisierung von Prinzipien zunächst nicht weiterhilft, um Lösungsvorschläge für die Praxis im Suchthilfesystem formulieren zu können. Das Problem manifestiert sich hier letztlich in der Frage, ob man als süchtig klassifizierten Menschen die Autonomie überhaupt absprechen kann und darf und welche Verantwortung die Gesellschaft selbst trägt. Die Frage nach der individuellen Freiheit und ihren Möglichkeiten kann so letztlich auch als Teil einer gesellschaftlichen Diskussion konzeptualisiert werden. Durch die nicht explizierten und intransparenten Werturteile innerhalb der multidisziplinären Auseinandersetzung und der Oszillation zwischen den Ebene bleiben die Begriffe Autonomie, Fürsorge und Allgemeinwohl im Kontext der Alkohol- und Heroinsucht unbestimmt. Vielleicht wird gerade deshalb in der wissenschaftlichen Literatur gar nicht erst der Versuch unternommen, die verwendeten Autonomiebegriffe und die Interessen der Konsumenten und Nichtkonsumenten näher zu definieren. Dringend notwendig erscheint daher eine Methode, die die Interessen offen legen kann und Wege eröffnet, nicht formulierte Interessen und menschliche Fähigkeiten im Kontext der Sucht ganzheitlich beschreibbar zu machen.

Die Beschreibung von Interessen und Begriffen in diesem Zusammenhang, und seien sie auch noch so skizzenhaft, ermöglichen einen sprachlichen Zugang des Problems und fordern zur Formulierung einer eigenen Positionierung heraus. Nur so kann ein Diskurs über die mögliche Ausfüllung der Begriffe, und deren Abwägung gegeneinander entstehen.

7.4. Pluralität und Konsensfindung in der Suchthilfe - ein Widerspruch?

Aufgrund der Intransparenz und der Tabuisierung von wichtigen Fragestellungen entwickelte sich in den letzten Jahren ein recht pragmatisch ausgerichtetes Hilffsystem, das vor allem an Überlebenshilfe und Schadensminimierung orientiert ist. Unterschiedliche Theorien zum Verlauf und den Ursachen einer Sucht haben zu verschiedenen Hilfsauffassungen und Hilfsangeboten geführt. Dieser Pluralität¹⁶⁴ wird in der Suchthilfe, wie wir gesehen haben, ein großer Stellenwert beigemessen. Durch die Pluralität im Suchthilfesystem fehlt aber gerade der in dieser Arbeit eingeforderte gemeinsame Nenner bzw. gemeinsame Leitlinien, die der Suchthilfe zugrunde gelegt werden könnten. Wie bereits angesprochen, besteht ein Problem darin, daß es nicht nur verschiedene theoretische Ansätze gibt, die durch Versuche und Studien empirisch untermauert werden, sondern jeder dieser Ansätze wiederum unterschiedlich bewertet werden kann, d.h. durch unterschiedliche außermoralische und moralische Werturteile bestimmbar ist. Wie bereits in Kapitel 6. angesprochen, sind Qualitätsstandards und Leitlinien im Bereich des Suchthilfesystems ohne die Koordination und Bestimmung von Grundbedingungen sowie eine Verständigung darüber, was wir als Sucht bezeichnen wollen, kaum denkbar¹⁶⁵. Wenn die unterschiedlichen Denkstile und die sich daraus ergebenden Interventionsmaßnahmen nicht willkürlich und in jeder Einrichtung variabel ausführbar bleiben sollen¹⁶⁶, müssen im Hilffsystem einheitliche Kriterien erarbeitet werden, die von allen Beteiligten unterschiedlichster Denkstile wie auch von den Betroffenen selbst anerkannt werden können. Gerade auf der politischen und rechtlichen Ebene benötigt man einen bestimmten Grad an Übereinstimmung, um eindeutige Stellungnahmen erreichen zu können, die auch als Grundorientierung wahrgenommen werden. Die vorgestellten Handlungsvorschläge stehen aufgrund der knappen finanziellen Ressourcen in einem Konkurrenzverhältnis zueinander.

Die Problematik wird so nur auf eine ökonomische Ebene herunter gebrochen, auf der die Effektivität und die Finanzierbarkeit der Maßnahmen miteinander verglichen werden. Eine Einigung über die Finanzierbarkeit und Effektivität von Behandlungsprogrammen erscheint zwar sinnvoll, aber keineswegs ausreichend zu sein, um eine Qualität der Suchthilfe langfristig gewährleisten zu können. Minimale Übereinstimmungen oder Zielsetzungen sind aber eine Voraussetzung dafür, die Suchthilfe besser koordinieren und Hilfe für jeden Betroffenen gleichermaßen ermöglichen zu können. Kemmesies merkt an, daß es, zwischen den Akteuren in der Suchthilfe keinen Konsens darüber gibt, was als *gute Hilfe* zu bezeichnen ist.

Ein Konsens läßt sich weder auf nationaler, noch auf internationaler Ebene ausmachen (Kemmesies 2001). Die Problematik des Suchthilfesystems, die in Kapitel 5 und 6 angesprochen wird, läßt sich nur durch (1) gemeinsam erarbeitete

¹⁶⁴ Pluralität als eigenständigen Wert anzuerkennen, beinhaltet eine Aufforderung zur Anerkennung von relativen Differenzen zwischen Individuen und deren Wirklichkeitsvorstellungen und damit ein Toleranzgebot.

¹⁶⁵ Herwig-Lempp merkt an, daß wir zunächst festlegen müssen, ob wir überhaupt über das gleiche Problem und Phänomen diskutieren, oder ob unser Untersuchungsgegenstand ein anderer ist (Herwig-Lempp 1993).

¹⁶⁶ So schreibt Hare "It would not be acceptable for public health agents to decide on a case-by-case basis[.]. It would be completely unacceptable, if human rights were assigned to individuals according to their unique situation.", in Bayertz 1996, S. 8.

Leitlinien, d.h. einen Konsens, der die alternativen Denkstile verbinden kann und Transferleistungen ermöglicht, oder (2) durch die Erarbeitung eines neuen und übergreifenden Denkstils¹⁶⁷ auflösen. Die Konzeptualisierung eines fachübergreifenden und umfassenden Denkstils könnte ebenfalls als Aufgabe einer Ethik verstanden werden.

Im folgenden möchte ich zunächst diskutieren, ob sich ein plurales Suchthilfesystem mit einheitlichen und konsensfähigen Leitbildern verbinden läßt, bzw. ob gemeinsame Leitlinien unter Beibehaltung der Vielfalt von Denkstile als komplementäre Denkweisen und Behandlungsmöglichkeiten theoretisch und praktisch möglich sind? Durch die Einführung von einheitlichen Standards und Kriterien befürchten manche Helfer, nicht mehr flexibel auf die Betroffenen reagieren zu können und durch eine steigende Institutionalisierung in der Suchthilfe einem allgemeinen Kriterienkatalog folgen zu müssen, der ihre Arbeit einengen könnte. Es besteht durchaus die Gefahr, daß Leitlinien oder allgemein formulierte Kriterien, zu festgefahrenen inflexiblen Verfahrensweisen führen, die keinen Spielraum für neue Entwicklungen, oder individuelle Lösungen mehr zulassen. Dies muß jedoch nicht so sein.

Die Pluralität der Lebensstile und Wertsysteme sowie der Weltanschauungen verweisen, so Irrgang, geradezu auf den Konsensgedanken, wie ihn beispielsweise die Vertragstheorie oder die Diskurstheorie anbietet (Irrgang 1998). Deshalb wird hier die Idee eines minimalen Konsenses und minimaler Kriterien weitergedacht. Diese sind allerdings nicht statisch, sondern als dynamischer Konsens¹⁶⁸ zu denken, der es ermöglichen soll, auf neue Entwicklungen und Erkenntnisse flexibel reagieren zu können.

Das setzt voraus, das ein solcher Konsens in regelmäßigen Abständen neu diskutiert und überdacht werden muß. Die Idee eines Minimalkonsens bzw. das Zusammenführen von ähnlichen Elementen würde also zunächst eine Formulierung von einer minimalen Suchtdefinition oder einer offenen Arbeitsdefinition benötigen, die allgemein akzeptiert werden kann. So muß zunächst entschieden werden, ob wir unterschiedliche Erklärungen und Wertungen ein und desselben Phänomens entwickelt haben, oder ob in jeder Disziplin ein völlig anderes Problem behandelt und erklärt wird. Das bedeutet, daß zunächst Klarheit über den oder die Diskussionsgegenstände geschaffen werden muß. Thomas Kuhn vertrat durchaus die Überzeugung, daß Anhänger verschiedener Paradigmentheorien nicht bloß die gleiche Beobachtung auf unterschiedliche Art und Weise interpretieren, sondern daß es sich von vorneherein um jeweils verschiedenartige Beobachtungen handelt (Kuhn 1969, 1999).

Der vorgeschlagene Konsens zur Bewertung von Sucht und Interventionsmaßnahmen bezieht sich also auf zwei Ebenen, (1) auf eine empirische Ebene, die eine Arbeitsdefinition von Sucht beinhaltet, und (2) auf eine moralische Ebene, die auf der Begründungsebene von Interventionsmaßnahmen und politischen Strategien ansetzt. Engelhardt benennt diese zwei Arten des Konsenses auch als (1) *de facto Konsens* und als (2) *normativer Konsens* (Engelhardt Jr. 1994). Es erscheint daher sinnvoll, die Auseinandersetzung mit der Sucht nicht nur auf einer rein multidisziplinären, multikonzeptionellen multiprofessionellen Ebene zu belassen. Stattdessen wird es notwendig sein, eine transdisziplinäre oder interdisziplinäre

¹⁶⁷ Diese Möglichkeit wird in dieser Arbeit jedoch nicht weiterverfolgt.

¹⁶⁸ In Anlehnung an Moreno besteht ein dynamischer Konsens in einem kommunikativen Prozeß, der durch Interaktionen in einer Gruppe zustande kommt (Moreno 1996).

Herangehensweise zu fördern. In der Praxis muß deshalb ein aktiver Informationsaustausch stattfinden, um eine gewisse Flexibilität und eine gerechte Versorgung für alle süchtigen Menschen gleichermaßen gewährleisten zu können.

Zunächst sollen die im Vergleich der Denkstile erkannten Gemeinsamkeiten im Suchtverständnis und in der Begründung von Interventionsmaßnahmen zusammengefaßt werden. In einem zweiten Schritt werden die so gewonnenen Gemeinsamkeiten kritisch diskutiert. Es soll dabei gefragt werden, ob sie ausreichen, um als gemeinsamer praktischer Nenner und normativer Leitgedanke für die Suchtpraxis zu fungieren. Der moralische Anspruch an die vorgeschlagenen Kriterien, die einem Konsens zugrunde liegen könnten, besteht darin, konfligierende Ansprüche auf eine Art und Weise zu lösen, der alle zustimmen könnten (in Anlehnung an Baertschi 1998, S. 26). Ein entscheidendes Moment ist nach Baertschi das Bemühen, die Interessen und Standpunkte aller an den moralischen Problemen Beteiligten zu erwägen und die Situation nicht lediglich vom eigenen Standpunkt aus zu betrachten (Baertschi 1998). Für die Erarbeitung eines dynamischen Konsenses auf zwei Ebenen sind folgende Aspekte und Fragen zu berücksichtigen:

- Was für eine Suchtdefinition und Verständigung darüber, was als Sucht wahrgenommen wird, kann von allen Beteiligten eines Suchtdiskurses akzeptiert werden?
- Welche Probleme und Gemeinsamkeiten, die sich anhand der Ursachen und Folgenforschung von Sucht ergeben haben, sind zu formulieren (z.B. Autonomiefrage und deren Konsequenzen für die Praxis)?
- Welche Prinzipien wollen wir der Suchthilfe zur Seite stellen und wie werden diese Prinzipien jeweils ausgelegt ?
- Welche Rahmenbedingungen sind innerhalb der Suchthilfe zu berücksichtigen (z.B. ökonomische Ressourcen, Gesetzesgrundlagen, epidemiologische Daten, Ausgangsbedingungen der einzelnen Länderregierungen, individuelle Situation der Betroffenen etc.)?
- Welche Rolle spielen die Wünsche und Präferenzen der Betroffenen selbst, inwiefern muß auf ihre spezifische Lebenswelt eingegangen werden?

7.5. Auf der Suche nach Gemeinsamkeiten

Die Schwierigkeit eines Minimalkonzeptes der Sucht liegt in der Auseinandersetzung mit entgegen gesetzten Argumentationslinien. Im folgenden soll versucht werden, die in Kapitel 3. vorgestellten Gemeinsamkeiten einzelner Suchtdefinitionen darzustellen. In den vorangegangenen Kapiteln wurde überwiegend auf Unterschiede und Dissense zwischen den möglichen Denkstilen verwiesen. Es lassen sich jedoch auch Gemeinsamkeiten innerhalb der Denkstile feststellen, die sich sowohl auf die theoretischen Ursachenmodelle der Sucht (Kap.3) als auch auf praktische Ansätze im Suchthilfesystem beziehen. Diese Gemeinsamkeiten stellen zunächst lediglich Übereinstimmungen zwischen den Denkstilen dar. Es ist deshalb zu fragen, ob diese auf Zufälligkeiten beruhen, oder ob sie als eine gemeinsame Begründungsbasis genutzt werden können. Des weiteren muß geklärt werden, ob ein solches von mir vorgeschlagenes Minimalkonzept prinzipiell auf alle stoffgebundenen Suchtformen übertragbar ist, oder ob sich ein

allgemeines Konzept der Sucht mit einer allgemeinen Suchtdefinition nicht rechtfertigen läßt¹⁶⁹.

7.5.1. Eine gemeinsame Arbeitsdefinition?

Folgende Punkte lassen sich als mögliche minimale Grundlage des Verständnisses einer Alkohol und Heroinsucht erkennen, die sich auf beide Suchtformen beziehen und zur Formulierung einer gemeinsamen Definition herangezogen werden könnten:

1. Sucht verändert das Verhältnis vom Konsumenten zur Gesellschaft und zu einer spezifischen psychoaktiven Substanz.
2. Sucht wird in unserer Gesellschaft als nicht wünschenswerte und mögliche Folge des Konsums von psychoaktiven Substanzen bewertet.
3. Die Reaktionen und Wahrnehmungen auf das, was man als Sucht bezeichnet, sind in unserer pluralistischen Gesellschaft von verschiedenen Wertvorstellungen, Lebensanschauungen und persönlichen Vorstellungen eines "guten Lebens" geprägt.
4. Sucht motiviert dazu, den Konsum von Alkohol oder Heroin zu wiederholen und fortzusetzen, auch wenn der Konsum Auswirkungen auf das Wohlbefinden und/oder das Sozial- und Berufsleben hat.

Empirische Einschätzung der Drogenwirkung (Interaktion Droge-Person):

5. Der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen kann zu Folgeerkrankungen (sekundären Krankheiten) führen.
6. Die Langzeiteinnahme von psychoaktiven Substanzen wird von einer Dosissteigerung über einen längeren Zeitraum begleitet (Toleranzerscheinung).
7. Es können suchtinduzierte neuronale Veränderungen (Sensitivierung, Drogenhinweisreize) entstehen.
8. Regelmäßiger Konsum von Heroin und Alkohol kann zu körperlichen Entzugserscheinungen führen.
9. Das Belohnungssystem kann als einen gemeinsamen Angriffspunkt für psychoaktive Substanzen, wie Heroin und Alkohol, benannt werden.

¹⁶⁹ Ein allgemeines Konzept der Sucht weist sicher seine Schwierigkeiten auf und muß sich auf wenige gemeinsame Aspekte beschränken. Verschiedene, auf jede Substanz abgestimmte Konzepte von Sucht würden andererseits die Problematik einer Wertung oder Hierarchisierung der verschiedenen Substanzen und Suchtformen verschärfen. Denn welche Form wäre als am gefährlichsten zu bewerten? Welcher Suchtform und welcher Droge müßte demnach Priorität eingeräumt werden? Das Auseinanderhalten von Suchtstoffen wird auch dadurch erschwert, daß es sogenannte *Poly-Substance-Abusers* gibt, die mehrere Substanzen gleichzeitig über einen längeren Zeitraum hinweg konsumieren.

10. Lernmechanismen spielen beim chronischen Konsum eine essentielle Rolle.
11. Körperliche Entzugserscheinungen, die Toleranzsteigerung und der erneute Zugriff (*Wanting*) von Drogen können im Tierversuch nachgeahmt werden.

Fazit:

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen kann aufgrund unterschiedlicher Ursachen (genetische Disposition, psychische Voraussetzungen, soziale Bedingungen) zu einem Dauerkonsum führen, der nicht mehr beendet werden *kann oder will* und dadurch zur Gefährdung für Gesundheit, das soziale Umfeld und das Leben werden kann, aber nicht notwendigerweise muß.

Die hier aufgeführten elf Punkte lassen sich weiter ergänzen und sind nicht als vollständige Basisdefinition zu betrachten. Die hier formulierten Annahmen beinhalten sowohl empirische als auch normative Aussagen, die sich durch den in dieser Arbeit angestellten Vergleich als Gemeinsamkeiten zwischen den Denkstilen auffinden lassen und daher als Anregung für die Erstellung einer gemeinsamen Arbeitsgrundlage von Nutzen sein könnten. Es sollte klar werden, daß Sucht von verschiedenen Perspektiven aus beschrieben und durch verschiedene Ursachenzusammenhänge erklärt werden kann. Durch die unterschiedliche Betonung einzelner Aspekte und die Betrachtung individueller Fälle, wird Sucht als Krankheit, Automatismus, erlerntes Verhalten oder als gesellschaftliches Konstrukt verstanden. Monokausale Erklärungsmodelle greifen zu kurz und können das Phänomen der Sucht nicht vollständig und zufriedenstellend beschreiben.

Für die Erarbeitung weiterer oder konkreterer Merkmale einer Sucht erscheint eine interdisziplinäre Methodik unbedingt erforderlich zu sein. Hilfreich könnte hierbei auch die Unterteilung der Sucht in Ursachen, Verlauf und Folgen sein. Letztere lassen sich als Folgen für das Individuum, das soziale Umfeld und für die Gesellschaft im Ganzen formulieren.

Eine zentrale Gemeinsamkeit aller Denkstile läßt sich durch Aussage (2) *Sucht stellt einen unerwünschten (negativen) Zustand dar*, formulieren, die jedoch unterschiedlich begründet wird. Alkohol- oder Heroinsucht kann sowohl über deontologische Argumente, z.B. durch die Annahme, Sucht stelle die Verletzung einer Selbstverpflichtung dar, als auch aufgrund der Folgen einer Sucht für das Individuum und für die Gesellschaft negativ bewertet werden. Die Aussage läßt andererseits ein großes Diskussionsdefizit erkennen, das sich in einem fehlenden Interesse bzw. einem fehlenden öffentlichen wie auch wissenschaftlichen Diskussion über die *Wünschbarkeit* und *Reperaturbedürftigkeit* bestimmter psychischer Zustände (Erlebnisweisen- oder Bewußtseinszustände) zeigt.

Umgekehrt kann auch gefragt werden, welche Suchtformen wir erlauben oder sogar als positiv bewerten wollen (vgl. die Wortkreation 'Workaholic'). Eine solche Diskussion, die der Philosoph Thomas Metzinger als Aufgabe einer noch nicht vorhandenen Bewußtseinsethik¹⁷⁰ versteht, erscheint sinnvoll und notwendig, um solche Fragen beantworten zu können.

¹⁷⁰ Fragen nach speziellen Handlungen, bei denen Menschen durch Eingriffe gezielt ihr eigenes bewußtes Erleben oder das anderer Personen verändern wollen, ordnet Metzinger dem Gegenstandsbereich einer *angewandten Bewußtseinsethik* zu (Metzinger 1996).

7.5.2. Die Begründung der Suchthilfe - Gemeinsamkeiten

Als gemeinsame Begründung und Bedingung von Hilfe lassen sich anhand der Analyse einzelner Verständnisweisen zur Sucht implizit oder explizit folgende moralische Anforderungen und Prinzipien erkennen:

Abbildung 6.

Hilfsbestimmung	Moralisches Prinzip/Wert	Auswirkungen in der Praxis
Notwendigkeit von Hilfe	Wahrung der Menschenwürde Humanitätsforderung	Gewährung von Hilfe, Anspruch auf Hilfe, Respekt vor dem Menschen (Hilfsanspruch)
Verteilung der Hilfe	Gerechtigkeit, Solidaritätsprinzip	Bezahlung von Hilfe lokales Angebot von Hilfe gleiche Hilfe für alle süchtigen Menschen/keine Sonderstellung der Sucht
Art der Hilfe	Nichtschädigungsprinzip Wohltun	Harm-Reduction- Programme Überlebenshilfe Verbesserung der Lebensumstände und der Gesundheit

Aus der Würde des Menschen, die nicht durch bestimmte (*krank*) psychische Zustände aberkannt werden kann, leiten sich im Fall der Sucht das Gleichheitsprinzip (gleiche Hilfe für alle, gleicher Respekt für alle), das Gerechtigkeitsprinzip und das Nichtschädigungsprinzip ab.

Das Prinzip der Gerechtigkeit bezieht sich sowohl auf gerechte und gerecht verteilte Hilfe für süchtige Menschen als auch auf die Anerkennung der gemeinschaftlichen Interessen einer Gesellschaft, den gerechten Umgang mit allen Betroffenen sowie der gerechten Verteilung von finanziellen Ressourcen. Aus dem Prinzip der Nichtschädigung werden in der Praxis die sogenannten Harm-Reduction-Programme abgeleitet, die wiederum auf die Menschenwürde als übergreifendes Prinzip rekurrieren.

Das Prinzip der Nichtschädigung wird in der Medizinethik vor allem im Kontext mit der biomedizinischen Ethik von Beauchamp und Childress diskutiert, die einen Schutz vor Schaden oder Gewalteinwirkung als *mittleres Prinzip* zur Rechtfertigung oder zur Unterlassung von therapeutischen Eingriffen fordern (Beauchamps, Childress 1994)¹⁷¹.

Die Denkstile beziehen sich aber auch auf zu schützende Güter, wie die der Sicherheit, der Gesundheit (Volksgesundheit), des Genusses, von sozialen Beziehungen (Freundschaft, Familie) und auf materielle Werte, wie finanzielle

¹⁷¹ Beauchamp und Childress leiten aus dem Prinzip der Nichtschädigung folgende praktische Regeln ab, die sie der Therapiepraxis zur Seite stellen: (1) *do not kill*, (2) *do not cause pain*, (3) *do not incapacitate others*, (4) *do not deprive others of the goods of life*. (Beauchamps, Childress 1994).

Ressourcen, Arbeitskraft, Leistungspotential etc. Diese werden innerhalb fast aller Denkstile in Form einer Bewertung der Folgen einer Sucht angesprochen. Dabei wird deutlich, daß diese Werte und die oben angeführten moralischen Prinzipien als schützenswert gelten und als allgemein anerkannte Werte vorausgesetzt werden. Wie dieser Schutz im einzelnen umgesetzt werden kann, und wie weit der Schutz der vorangestellten Güter eine Rechtfertigung für die Einschränkung von Autonomie darstellt, darüber besteht jedoch keine Einigkeit. Die Frage nach der Autonomie wird in den einzelnen Denkstilen und Interventionsformen unterschiedlich beantwortet.

Weitere Probleme ergeben sich durch die Auslegung und die Abwägung der hier als gemeinsam vorgefundenen Prinzipien und Werte. Die Begriffe Schaden bzw. *Harm* können, so merken Beauchamp und Childress an, verschiedene Bedeutungen besitzen, wie z.B. verletzen, ungerecht behandeln, krank sein, Gewalt anwenden etc., die sich wiederum auf unterschiedliche Personen oder Personengruppen beziehen können (Beauchamps, Childress 1994). Die Auslegung der Begriffe und die Hierarchisierung solcher Prinzipienlisten stellen vor allem in Bezug auf die unterschiedlichen Interessen von Drogenkonsumenten und Gesellschaft eine Herausforderung an die Drogenpolitik und Suchthilfe dar.

In den weiteren Kapiteln soll vor allem auf die Bestimmung der Begriffe Autonomie/Freiheit des Konsumenten und das Allgemeinwohl, d.h. auf eine Interessensbestimmung eingegangen werden.

7.6. Ein Konsens in der Suchthilfe?

Ich habe im Verlauf dieses Kapitels bereits darauf hingewiesen, daß es in der Diskussion um eine geeignete Hilfestellung für süchtige Menschen wie auch innerhalb des sogenannten Grundkonfliktes keinen empirisch-praktischen und keinen moralischen Konsens zu geben scheint. In den vorangegangenen Abschnitten habe ich versucht, mich nicht nur auf die Unterschiede innerhalb der Denkstile und ihre praktischen Auswirkungen zu beschränken, sondern gemeinsame Aspekte des Suchtverständnisses und der Begründung von Hilfeleistungen zu finden.

Zufällige Übereinstimmungen bilden keine gemeinsamen Leitvorstellungen oder gemeinsame Therapieziele aus. "*Aus der bloßen Übereinstimmung von Propositionen lassen sich, wie Moreno hervorhebt, keine normativen Schlußfolgerungen zur Bewertung dieser Propositionen ableiten*" (Moreno 1996, S. 179). Faktische Gemeinsamkeiten können in diesem Sinne noch nicht als Konsens gewertet werden. Zur Erarbeitung eines Konsens ist die aktive Auseinandersetzung mit transparent dargestellten Problemen notwendig. Diese erfordert wiederum einen Dialog zwischen den betroffenen Gruppen und Institutionen, die in einen Diskurs eingebunden werden müssen. Einen Konsens, dem alle Beteiligten aufgrund von rationalen Abwägungen und Überlegungen zustimmen können, nennt Bayertz auch einen *rational begründeten Konsens* (Bayertz 1996)¹⁷².

Die Sucht- und Drogenproblematik benötigt daher nicht nur zufällige Übereinstimmungen, um zu Entscheidungen finden zu können, sondern einen rational begründeten Konsens der sich auf die Interventionsziele und die gemeinschaftlichen wie auch individuellen Interessen bezieht. Solch ein Diskurs erfordert eine interdisziplinäre Methode zwischen den Wissenschaften sowie die Beteiligung der direkt Betroffenen. Bei der Erarbeitung eines Konsenses können die

¹⁷² Unter rational begründetem Konsens versteht Bayertz einen begründeten, auf dem besseren Argument beruhenden Konsens aller Vernünftigen. Der Konsens wird im Diskurs herbeigeführt und kann immer nur eine vorläufige Gültigkeit beanspruchen (Bayertz 1996, S. 44).

Definitionen, die Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Bezug auf die Fakten- und Wertebene als Ausgangsbasis betrachtet werden. Faktische und moralische Dissense erinnern andererseits daran, daß die Handlungspraxis und damit verbundenen Entscheidungen hinterfragt werden und nicht als einzige oder selbstverständliche Interventionsformen oder wissenschaftliche Wahrheiten hingenommen werden. Eine Ethik der Sucht kann in diesem Sinne nur Grundlagen erarbeiten und auf Konflikte hinweisen. Es ist jedoch nicht ihre Aufgabe, konkrete Leitlinien vorzuschlagen und diese der Suchthilfe als Regelkatalog vorzusetzen. Insofern möchte ich mit und durch diese Arbeit gerade zu einem Dialog in der Suchthilfe und Drogenpolitik anregen und die beteiligten Institutionen, Therapeuten und Betroffenen zu einem Diskurs auffordern, der möglicherweise zu einem Konsens bezüglich der von mir angeführten und erarbeiteten Probleme in der Suchthilfe führen kann und die Situation der Suchthilfe und vor allem der häufig aus der Diskussion ausgeschlossenen süchtigen Menschen verbessern könnte.

Die in dieser Arbeit analysierten Denkstile und Interventionsmöglichkeiten könnten als Basis eines Dialoges dienen. Weitere Elemente, die vor allem im Bereich der Drogenpolitik und der gesellschaftlichen Reaktionen gegenüber Sucht und Drogen relevant sind, bestehen in den von mir angesprochenen individuellen und gesellschaftlichen Interessen. Die Abwägung dieser Interessen, die ich auch im Grundkonflikt der Sucht thematisiert habe, ist von der Frage nach der Autonomie bzw. Freiheit eines Drogensüchtigen abhängig. Die Frage nach der Autonomie stellt sich auch und gerade im Zusammenhang mit der Idee des Konsenses. Konsenstheorien gehen vom Begriff der Autonomie und Zustimmungsfähigkeit aller Betroffenen aus. Deshalb möchte ich im weiteren die Frage nach der Freiheitsfähigkeit von süchtigen Menschen ausführlich aufarbeiten, um im Anschluß daran auf die Frage nach den gesellschaftlichen Interessen und der gesellschaftlichen Verantwortung gegenüber Betroffenen eingehen zu können.

Die Ausführung der beiden Fragen soll eine weitere Grundlage für den Dialog zwischen verschiedenen Beteiligten anbieten, in der Hoffnung, daß ein rational begründeter Konsens sowohl in der Suchthilfe, als auch in der Drogenpolitik (in Bezug auf den Grundkonflikt) möglich ist. Es soll jedoch nicht verschwiegen werden, daß auch Konsenstheorien und prozedurale Methoden der Ethik in der Praxis an ihre Grenzen stoßen und als nicht realisierbare oder schwer realisierbare Strategien gelten (siehe dazu auch Engelhardt, Moreno, Bayertz)¹⁷³.

Da es innerhalb des Suchtverständnisses jedoch keine Ausgangsbasis zu geben scheint, möchte ich die Diskussion grundsätzlicher Fragen zur Erarbeitung gemeinsamer Leitlinien in Politik und Therapie in den Vordergrund stellen. Ich werde versuchen, mich diesem Gedanken durch die Erörterung der Autonomie und Freiheitsfähigkeit von süchtigen Menschen zunächst einmal anzunähern.

¹⁷³ In: Bayertz 1996

8. Die Frage nach der Freiheit von süchtigen Menschen

Süchtige Menschen werden in den bestehenden Denkstilen unterschiedlich beschrieben und charakterisiert. Dabei fällt auf, daß sich die Denkstile vor allem in der Behandlung der Frage nach der *Freiheit* von süchtigen Menschen unterscheiden. Süchtige Menschen werden durch die Begriffe zwanghaft, fremdbestimmt, versklavt, willenlos, willensschwach und unkontrolliert als Opfer oder Täter einer erworbenen Leidenschaft zur Droge beschrieben. Es kommt jedoch selten vor, daß die eben aufgeführten Begriffe genauer erläutert und definiert werden. Die Definition der Sucht als Freiheitsverlust besitzt aber nicht nur praktische Konsequenzen, sondern enthält auch ein normatives Urteil, das dem süchtig gewordenen Menschen seine Freiheitsfähigkeit abspricht und ihn damit auf eine niedrigere menschliche Daseinsstufe zurückfallen läßt, die wiederum auf die Therapie und den sozialen Umgang mit Drogenkonsumenten rückwirkt. Durch das Postulat eines Freiheitsverlustes werden deshalb nicht nur die möglichen Interventionsmaßnahmen vorgegeben; das Postulat eines Freiheitsverlustes wirkt sich auch auf unser moralisches Urteil über Süchtige, sowie auf das Selbstverständnis der betroffenen Drogenkonsumenten aus und nimmt innerhalb des öffentlichen Diskurses um Sucht und Süchtige eine bedeutende Stellung ein.

Im folgenden möchte ich mich deshalb mit der Analyse von Freiheitbegriffen und deren Anwendung in der Suchthilfepraxis auseinandersetzen. Aufgrund der ungeklärten Definition von Freiheit und Autonomie werde ich im folgenden, im Kontext der Sucht, zunächst auf einen allgemeinen Freiheitsbegriff zurückgreifen. Wenn nicht anders ausgewiesen, wird mit den Begriffen Freiheit und Freiheitsverlust zunächst eine Entscheidungsfähigkeit für oder gegen Drogen verstanden, die sich mit oder ohne fremde Hilfe innerhalb des eigenen Lebenskonzeptes umsetzen läßt.

In diesem Kapitel geht es mir nicht primär um eine Beweisführung für oder gegen die Möglichkeit eines Freiheitsverlustes bei süchtig gewordenen Menschen, sondern vielmehr um die Frage, ob wir anhand unseres bisherigen Wissens und der Reflexionen zur Sucht von einem generellen oder graduellen Freiheitsverlust bei *allen* Alkohol- und Heroinsüchtigen sprechen können und dürfen. Diese Frage regt zum Nachdenken über die generelle Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit, Menschen ihre Freiheitsfähigkeit abzusprechen, an. Ich widme mich daher drei spezifischen Fragestellungen der Freiheitsfrage bei süchtigen Menschen. (1) Zum einen werde ich nach der Rechtfertigung (Rechtfertigungsfrage) eines derartigen Freiheitsverlustes bei *allen* süchtigen Menschen fragen und (2) die Reichweite des so postulierten Freiheitsverlustes in der Praxis diskutieren, um dann darzulegen, was sich aus dem Postulat eines Freiheitsverlustes für die Praxis ableiten läßt (Frage nach der Reichweite), d.h. welche Interventionsmaßnahmen eingefordert und gerechtfertigt werden können und schließlich erörtern, (3) ob die möglichen Therapiemethoden- und Ziele als *geeignet*¹⁷⁴ angesehen werden können, um den postulierten Freiheitsverlust wieder aufzuheben (Frage nach der Rückgewinnung von Freiheit). Um die Fragen untersuchen zu können, möchte ich zunächst den Begriff der Freiheit und seine möglichen Definition im Kontext der Sucht skizzieren. Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit der *Rechtfertigungsfrage* (1) werde ich Harry Frankfurts Suchttypologie und Freiheitsdefinition vorstellen, die in philosophischen (z.B. Elster 1999; Köhl 2001; Elster, Shag 1999) wie auch medizinischen Diskussionen (Rust

¹⁷⁴ Darunter verstehe ich eine Hilfe im Sinne einer fairen Hilfe, die sich sowohl fair gegenüber den Interessen und Wünschen der Betroffenen süchtigen Menschen als auch gegenüber dem direkten Umfeld und den Interessen der Gesellschaft verhält.

2000) häufig zur Begründung eines Freiheitsverlustes innerhalb der Sucht angeführt wird. Anhand von Harry Frankfurts Freiheitskonzeption läßt sich die Komplexität der Freiheitsfrage aufzeigen und als möglicher Zugang zu einer *anwendungsbezogenen Ethik der Sucht* nutzen. Des weiteren möchte ich mich vor allem dem Begriff der Willensfreiheit zuwenden, der im historischen Kontext der Sucht als *Krankheit des Willens* bereits angesprochen wurde. Eine ausführliche Diskussion der Freiheitsbegriffe würde den Rahmen dieser Arbeit jedoch sprengen und ist auch nicht deren Ziel. In diesem Sinne ist die nachfolgende Darstellung von Definitionen nur als ein Versuch für den medizinischen Kontext der Sucht zu verstehen und erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

8.1. Sucht und Freiheit

Die Ambivalenz der Sucht verweist gegenwärtig auf ein Bild des süchtigen Menschen, der so Köhl, zugleich frei und zugleich zwanghaft, leistungsstark und leistungsschwach sein kann. Sucht ist für Köhl (gerade aufgrund des postulierten Freiheitsverlustes) *"kein angemessener Gegenstand für moralische und rechtliche Reaktionen"* (Köhl 2001, S. 45). Andererseits wird gerade aufgrund des Schadens für Dritte und die Gesellschaft dem süchtigen Menschen auch *"absichtliches, willentliches Verhalten"* zugeschrieben. *"Sie sind gemäß eines elementaren Freiheitsbegriffes insofern frei, als auch der Süchtige sich aufgrund dessen verhält, was er tun will, weil er es tun will"* (Köhl 2001, S. 45). Zugleich unfrei und doch irgendwie frei und verantwortlich zu sein, erscheint uns zu Recht als hinterfragbares Konzept. Gerade der inkohärente und inkonsequente ¹⁷⁵ Umgang mit den Freiheitsbegriffen und den Freiheitsvorstellungen im Leben eines süchtigen Menschen führen, so glaube ich, zu Verwirrungen, die weder dem Selbstverständnis, noch dem Umgang und der Behandlung von als süchtig diagnostizierten Menschen besonders dienlich sind.

Es scheint nicht geklärt zu sein, von welcher *Freiheit* im Kontext der Sucht die Rede ist. Welche Freiheit verliert der süchtige Mensch und auf welchen Freiheitsbegriff bezieht sich das Krankheitskonzept der Sucht eigentlich? Die Wiedergewinnung der Freiheit stellt in vielen therapeutischen Ansätzen das höchste Ziel einer Suchttherapie dar, und doch wird die Freiheit im Sinne der Zustimmung und Mitarbeit zu einer Therapie bereits vorausgesetzt. Therapieziel und Therapievoraussetzung rekurren vermutlich auf zwei unterschiedliche Freiheitsbegriffe, die durch die Vernachlässigung entsprechender Definitionen und Begründungen zu unklaren Therapievoraussetzungen geführt haben. Wer nicht ausweisen kann, welche und wieviel Freiheit ein süchtiger Mensch aufgrund seines Drogenkonsums verloren hat, kommt in Begründungsnot, wenn er zur Wiedererlangung derselben Freiheit auch äußeren Zwang billigt. Beispiele wie die

¹⁷⁵ Hierzu zähle ich vor allem den Gebrauch von unterschiedlichen Freiheitskonzepten innerhalb einer Darstellungsweise zur Sucht und den oft unreflektierten Bezug auf einen Freiheitsverlust durch ganz spezifische Drogen, wie z.B. Heroin und Alkohol, während die starke psychische Abhängigkeit von z.B. Nikotin seltener in einen Zusammenhang mit dem postulierten Freiheitsverlust gebracht wird. Der Freiheitsverlust wird also mit ganz bestimmten, narkotisch-beruhigend wirkenden und durch physische Abhängigkeit gekennzeichneten Drogen, in Verbindung gebracht. Stimulierende Drogen werden eher selten oder gar nicht als Beispiele eines Freiheitsverlustes thematisiert. Obwohl es auch gute Gründe gibt mit dem Rauchen aufzuhören, wird diese Gewohnheit an die psychoaktive Substanz wesentlich stärker mit Konzepten der Willensschwäche und/oder der freien Entscheidung zur Eigenschädigung diskutiert. Es besteht also ein abgrenzbares Image zwischen dem willenlosen und unfreien Heroinsüchtigen und dem genießerischen Raucher.

der Zwangstherapie, das Konzept der Therapie statt Strafe, oder sogar der rechtlichen Entmündigung von süchtigen Menschen veranschaulichen diesen Sachverhalt und werfen ethische Probleme auf.

8.2. Das Verständnis von Freiheit im Kontext der Sucht

Es läßt sich zeigen, daß Suchtdefinitionen, die mit dem vollständigen Verlust von Freiheit bzw. dem Verlust von Freiheitsgraden¹⁷⁶ operieren, auf bestimmte Vorannahmen zurückgreifen. Zum einen wird vorausgesetzt, daß (1) jeder Mensch prinzipiell frei sein kann; Freiheit also keine menschliche Illusion darstellt und daß (2) Drogen und die Entwicklung einer Sucht diese menschliche Freiheit zu unterlaufen drohen; (3) Sucht ist gerade aufgrund eines möglichen Freiheitsverlustes als destruktiver und nicht akzeptabler Zustand eines Menschen gegen sich selbst und seiner möglichen Lebenskonzepte zu verstehen. Der Freiheitsverlust betont und unterstützt in diesem Sinne eine deontologische Begründung für die Ablehnung eines Suchtzustandes als einer Daseinsform, die sich mit der Vorstellung eines *guten Lebens* und der Achtung gegenüber sich selbst, nicht vereinbaren läßt. Sucht wird insofern nicht nur aufgrund seiner sozialen und gesundheitlichen Folgen für Individuum und Gesellschaft abgelehnt, sondern gerade deshalb, weil es gegen ein in unserer Gesellschaft hochgehaltenes Prinzip, nämlich das der individuellen Freiheit, zu verstoßen scheint.

Die Bedeutung von Freiheit in westlichen Gesellschaften manifestiert sich in persönlichen Freiheitsrechten. Fordern diese Rechte aber auch eine Pflicht zur Freiheit ein, und stellt die gesellschaftliche und individuelle Bewahrung der Freiheit eine Selbstverpflichtung dar? Damit wäre Sucht ein *regelwidriger Zustand*, weil er diese Selbstverpflichtung verletzt¹⁷⁷. Das würde aber auch bedeuten, daß Suchtfreiheit als *Maxime*, als Verpflichtung gegenüber sich selbst und einem gelingenden Leben verstanden werden muß (Homann 1992)¹⁷⁸. Da die Autonomiefähigkeit des Menschen in liberalen Theorien gerade auch als eine Bedingung für sozialen Respekt und die Würde des Menschen beschrieben wird, bedeutet ein Verlust individueller Freiheit auch eine elementare Veränderung des Selbstseins und der sozialen Wahrnehmung.

Der Verlust von Freiheit, so könnte man anhand dieser Überlegungen vermuten, gilt als Verlust der sozialen Anerkennung des süchtigen Menschen als ein gleichwertiges moralisches Subjekt. Mit dem *Kampf gegen die Drogensucht* wird

¹⁷⁶ In manchen Definitionen wird das Konzept des Freiheitsverlustes etwas abgeschwächt, indem man Sucht als Verlust von Freiheitsgraden definiert. Doch auch hier wird nicht darauf eingegangen, was vollständige Freiheit auszeichnet und was ein süchtiger Menschen durch die Drogenabhängigkeit genau verliert.

¹⁷⁷ Diese Interpretation erinnert an Kantische Gedankengänge. Für Kant hat der Mensch Pflichten gegenüber sich selbst, die sich der Mensch als sittlich freies Wesen selbst setzt. Zu solchen Pflichten gehört die Selbsterhaltung. Sich selbst der eigenen psychischen und physischen Kräfte zu berauben, hält Kant für eine Selbstverstümmelung, zu der auch die Selbstbetäubung gehört, die durch Unmäßigkeit im Gebrauch von Genuß- und Nahrungsmittel entstehen kann. Auf diesen Sachverhalt verweist auch Störig (Störig 1988, Fünfter Teil).

¹⁷⁸ Homann hält diese mögliche Sichtweise jedoch für hinterfragbar und schreibt: "Wie kann einem autonomen Individuum, das im Naturzustand ein Recht auf alles hat, das Recht auf Zerstörung des eigenen Körpers wirksam bestritten werden" (Homann 1992, S. 24)?

damit auch das Prinzip der individuellen und gesellschaftlichen Freiheit sowie die Würde des Menschen und seine Selbstachtung verteidigt¹⁷⁹.

Nach Höffe verstehen wir unter Freiheit im allgemeinen eine Form von *Selbstbestimmung*. Höffe unterscheidet dabei zwischen den Begriffen der *Handlungsfreiheit*, der *Willensfreiheit* und der *Autonomie*. Unter Autonomie versteht Höffe die Selbstgesetzgebung, nach der man als Individuum handelt. Im Kontext der Sucht soll Autonomie allgemein im Sinne von über seinen Körper und seine Psyche selbst bestimmen zu können, verstanden werden (Höffe 1997).

Die Handlungsfreiheit läßt sich dagegen als *Wahlfreiheit* oder *Handlungsalternative* bestimmen, die einem unter bestimmten Rahmenbedingungen ermöglicht zwischen Handlungen auswählen zu können. Höffe merkt an, daß es sich bei der Handlungsfreiheit insofern um eine erworbene und damit nicht angeborne Eigenschaft handelt, deren Reichweite nicht nur von uns selbst, sondern von äußeren Bedingungen abhängt. Willensfreiheit besteht dagegen darin, daß sich der Wille als mentale Fähigkeit von Personen letztlich nicht von etwas anderem, wie äußeren Bedingungen, Zwängen, oder Trieben bestimmen läßt, sondern selbst Ursprung seines So-Und-Nicht-Anders-Seins ist (Höffe 1997).

Der Begriff des *freien Willens* beinhaltet damit, daß sich die freie Willensentscheidung durch keine inneren, oder äußeren Bedingungen vollständig festlegen und voraussagen läßt und auch keinem inneren oder äußeren Zwang untersteht. Die *Freiheitsfrage* innerhalb einer Suchtentwicklung läßt sich ebenfalls als *Frage nach dem freien Willen* und der *menschlichen Autonomie*¹⁸⁰ verstehen, die im Sinne, selbst über sich und seine körperliche, wie auch psychische Verfassung verfügen zu können und sich selbst Handlungsziele zu setzen¹⁸¹, beschrieben werden kann. Dennoch bleibt unklar, ob die so verstandene willentliche Selbstbestimmung des Menschen durch eine Sucht verletzt wird. Zunächst muß deshalb geklärt werden, welche Eigenschaften und Fähigkeiten durch eine Sucht möglicherweise verloren gehen und ob sich Freiheit im Kontext der Sucht als eine angeborne Eigenschaft, als Fähigkeit im normativen Sinne, als eine quantifizierbare Funktion, eine transzendente menschliche Eigenschaft oder lediglich als ein Rechtsanspruch in Form einer Bedingung für unser soziales Leben verstehen läßt. Ein Blick in die Praxis soll helfen, den Freiheitsbegriff im Kontext der Sucht faßbar zu machen.

In der medizinischen Praxis wird auf die psychische Abhängigkeit verwiesen, die als schwer oder nicht bezwingbares Verlangen, das eine periodische oder ständig wiederholte Einnahme der Droge zur Folge hat, definiert ist. Das Hauptcharakteristikum der psychischen Abhängigkeit ist damit das Nicht-Mehr-Aufhören-Können, d.h. es kann nach Beginn des Konsums nicht mehr frei zwischen

¹⁷⁹ Vielleicht wird die Sucht und der Drogenkonsum gerade deshalb besonders vehement in den USA bekämpft (Prohibitionspolitik), einem Land, das dauernd auf seine politisch-liberale Freiheitstradition verweist und in welchem individuelle Freiheiten eine bedeutende Rolle im Selbstverständnis der Bevölkerung spielen.

¹⁸⁰ Nach Baumann ist praktische Autonomie durch Selbstbestimmung im Wollen und Handeln gekennzeichnet (Baumann 2000a).

¹⁸¹ Es besteht eine lange Tradition den Verlust der Willensfreiheit und Selbstbestimmung mit einer Krankheit gleichzusetzen. Die psychische Krankheit unterläuft diese Selbstbestimmung und ist durch das Symptom eines inneren Zwanges gekennzeichnet. Damit wird die Freiheit jedoch auch zur Voraussetzung für Gesundheit und kann als angeborne menschliche Eigenschaft interpretiert werden.

Konsum oder Nichtkonsum der entsprechenden Substanz gewählt werden. Insofern stellt die hier beschriebene Abhängigkeit eine Einschränkung des Anders-Könnens bzw. Anders-Wählen-Könnens dar. Die psychische Abhängigkeit bezieht sich zunächst nur auf den Konsum der Substanz und besitzt eine beschränkte Reichweite, die lediglich die Handlung des Drogenkonsums in einer zeitlich umgrenzten Situation beinhaltet.

So schreibt Soyka, daß Alkoholsucht ein Zustand ist, bei dem, ist einmal der *point of no return* überschritten, die Fähigkeit zur Steuerung des Alkoholkonsums dauerhaft verlorengegangen ist (Soyka 1995). O'Brian drückt diesen Sachverhalt folgendermaßen aus:

"Whereas initial drug use is voluntary, the individual, once addicted, is beset by nearly irresistible urges to continue or to resume drug-taking. Even after detoxification and long periods of abstinence, relapse frequently occurs despite sincere efforts to refrain. People or reactions previously associated with drug use produce involuntary reactions and may provoke a relapse" (O'Brian 1997, S.66).

Andererseits wird Sucht als ein Zustand wahrgenommen, der sich über das persistierende Verlangen auf alle Lebensbereiche und die gesamte Persönlichkeit der Betroffenen auswirkt. In Stimmers Lexikon der Sucht liest man demzufolge *"das süchtige Verhalten entzieht sich zunehmend der willentlichen Kontrolle und damit der Verantwortung des Betroffenen. [...] Die Sucht entwickelt eine Eigendynamik"* (Stimmers 2000, S. 581).

Diese Eigendynamik impliziert eine Art von Fremdkontrolle, wie sie auch das Landesinstitut für Schule und Bildung beschreibt, das in der Sucht ein Verhalten sieht, *"das sich selbst organisiert und das sich rücksichtslos beständig zu verwirklichen sucht"* (Landesinstitut für Schule und Bildung 1988, S. 14). Sucht wird somit als Prozeß verstanden, der einmal durch den Konsumenten angestoßen ein unkontrollierbares Eigenleben entwickelt, das den Konsumenten in seinen Entscheidungen beeinflusst und sein Anders-Können einschränkt. Eigenbestimmte Handlungen werden damit durch das unkontrollierbare Fortschreiten des Suchprozesses, in Frage gestellt¹⁸².

Auch die DHS merkt auf ihren Webseiten an, daß Sucht durch den fortschreitenden Verlust der Verhandlungsfähigkeit und der Kontrolle des eigenen Verhaltens gekennzeichnet ist (www.dhs.de/information). Die Entwicklung einer Sucht scheint so verschiedene Stadien zu durchlaufen, die von einem graduellen Verlust der Konsumkontrolle bis zum vollständigen Verlust der Entscheidungsfähigkeit, *"der Einsichtsfähigkeit, der Urteilsfähigkeit und der Verhandlungsfähigkeit"* reichen kann (Steinbrecher, Solms 1977).

Suchtfreiheit zeichnet sich demgemäß gerade durch die Abwesenheit solcher *Beschränkungen* und *Funktionsverluste* aus. Der Freiheitsverlust wird hier, parallel zum Krankheitsbegriff, als negative Freiheitsdefinition gedacht. Relevant sind hier also die Fähigkeiten und Möglichkeiten, die ein Individuum durch den Drogenkonsum nicht mehr besitzt. Die beschriebenen Einschränkungen und Funktionsverluste werden als diagnostizierbare *Fehlfunktionen* und damit als behandlungsbedürftig

¹⁸² Zu den Definitionen von Sucht, die diesen als einen Freiheitsverzicht ansehen, muß gesagt werden, daß ein Konsument zwar das Risiko eines übermäßigen oder außer Kontrolle geratenen Konsums eingeht, daß er sich aber nicht schon zu Beginn des Gelegenheitskonsums für einen Freiheitsverlust entscheiden wird, von dem durchaus angezweifelt werden kann, ob und ab wann dieser postulierte Freiheitsverlust eintritt.

ausgewiesen. Freiheit und Krankheit werden damit aber auch zu empirisch meßbaren Größen gemacht, deren Verlust sich durch psychologische und neurobiologische Theorien erklären läßt. Der Verlust von kognitiven Fähigkeiten, zu denen die Freiheit als Freiheitsfähigkeit möglicherweise hinzugerechnet wird, korrespondiert mit physiologischen Parametern und einem entsprechenden Verhalten (*Output*), das sich von außen erkennen und diagnostizieren läßt.

Freiheit wird in der wissenschaftlichen Suchtliteratur insofern als menschliche Fähigkeit beschrieben, die in der therapeutischen Praxis auch als höchstes Therapieziel eingefordert wird. Das Ziel der Therapie ist die Wiedererlangung von Freiheit und Unabhängigkeit im normativen Sinne.

Als Therapiebedingung wird dagegen gleichzeitig aber eine Patientenzustimmung vorausgesetzt, die Freiheit als ein Recht auf Selbstverfügung und Selbstbestimmung versteht. Die Patientenautonomie als Rechtsanspruch spielt in der Therapiepraxis eine immer bedeutendere Rolle. Der scheinbare Widerspruch zwischen Therapieziel und Therapievoraussetzung löst sich damit insofern auf, als daß es sich dabei um zwei verschiedene Vorstellungen (Definitionen) von Freiheit handelt. Es bleibt jedoch unklar, zu welcher Art von Freiheit man unter welchen Umständen einer Sucht noch befähigt sein kann. Bei der Wiedererlangung einer Freiheitsfähigkeit scheint es sich in der Therapie jedoch um eine Freiheitsfähigkeit im normativen Sinne zu handeln, die mit anderen Fähigkeiten, wie z.B. der Rationalität, einhergeht.

Sucht wird in vielen Krankheitsdefinitionen aber auch als chronische Krankheit beschreiben, für die es eine gewisse "Anfälligkeit" zu geben scheint. Dieses Suchtverständnis enthält eine weitere Komponente von Freiheit. Vor allem bei der Betrachtung von genetischen Studien zur Sucht gewinnt man den Eindruck, Freiheit sei eine angeborene Eigenschaft, die, wenn einmal durch einen Suchtprozeß verloren, nie wieder zurückgewonnen werden kann. Eine dauerhafte Diät (Abstinenz) bleibt erforderlich und verweist auf die immer mögliche Rückfallgefahr und die Unmöglichkeit eines frei wählbaren Konsums. Die Freiheit ist damit trotz Abstinenz immer in Gefahr und kann nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Auch hier spielt die Empirie eine entscheidende Rolle in der Begründungs- und Darstellungsweise des postulierten Freiheitsverlustes. Die genetische Prädisposition entlarvt manche Menschen als anfälliger oder empfindlicher für den durch eine Sucht erzeugten Freiheits- und Kontrollverlust. Genetisch Prädispositionierte scheinen so ein höheres Risiko für eine Suchtentwicklung zu besitzen und man könnte behaupten, sie hätten damit auch einen reduzierten Handlungsspielraum. Sind Menschen mit einer familiären Häufung von Suchtfällen, für die eine genetische Basis vermutet wird, deshalb weniger verantwortlich für ihren Zustand? Werden sie durch ihr erhöhtes Risikopotential leichter entschuldigt und sind sie damit auch potentiell zur Suchtkrankheit verurteilte?

Das Postulat eines Freiheitsverlustes beinhaltet, wie eingangs angesprochen, ein normatives Urteil, das nicht allein über eine empirisch-deskriptive Ebene beschrieben und begründet werden kann. Normative Aussagen müssen, um einem naturalistischen Fehlschluß zu entgehen, über die empirische Ebene hinausführen und auf einer ethisch-normativen Ebene diskutiert und ausgewiesen werden. Reiter-Theil merkt hierzu an: *"Jeder Versuch einer direkten Ableitung von normativen Begründungen aus der empirischen Basis ist ein unerlaubtes Zuviel, das Ignorieren [der empirischen Basis] aber ein Fehler"* (Reiter-Theil 1988, S. 192).

Ein Freiheitsverlust kann also nie allein aus der empirischen Basis heraus begründet werden, sondern erfordert eine eigene ethisch-normative Diskussion, die

allerdings die empirische Sachebene zu berücksichtigen hat. Diese ethisch-normative Diskussionsebene wird aber gerade in der therapeutischen Praxis sowie in der Suchtforschung vernachlässigt. Die Vernachlässigung einer ausführlichen Begründung des Freiheitsverlustes bei Sucht führt zu ernst zu nehmenden ethischen Problemen; die Festsetzung von Therapiezielen und Leitbildern und die damit verbundenen therapeutischen und rechtlichen Interventionsmaßnahmen beruhen damit auf einer unbefriedigenden und nicht ausreichend begründeten empirischen Argumentationsweise.

Zusammenfassend läßt sich zeigen, daß die Aussagen zum Freiheitsverlust in der Suchthilfepraxis auf ein empirisches Verständnis von Freiheit rekurrieren. Freiheit wird hier vermutlich indirekt über den Verlust von bestimmten menschlichen Fähigkeiten wahrgenommen. Pauer-Studer bezeichnet diese Art der Freiheitsdefinition auch als negativen Freiheitsbegriff, der die Abwesenheit von Beschränkungen und Einmischungen beschreibt. Negative Freiheit bedeutet keinerlei Form von Zwang unterworfen zu sein (Pauer-Studer 2000, S. 9).

Daneben spielt der Begriff der Patientenautonomie als rechtlicher Anspruch eine essentielle Rolle bezüglich der "freiwilligen Zustimmung" zu einer Therapiemaßnahme. Eine *Freiheit im positiven Sinne*¹⁸³ wird allerdings selten diskutiert, ist aber notwendig, um den Freiheitsverlust und seine Reichweite in der Praxis tatsächlich befriedigend begründen zu können. Dies betrifft vor allem die sozialen und rechtlichen Folgen der Interventionen, die sich aus dem Postulat eines Freiheitsverlustes bereits ergeben haben. Positive Definitionen finden sich im Zusammenhang mit der Sucht nur innerhalb philosophischer und historischer Diskussionen zur Willensfreiheit. Aus diesem Grund möchte ich hauptsächlich auf die Bestimmung der Willensfreiheit bzw. des freien Willens innerhalb einer Suchtentwicklung eingehen und werde im folgenden zunächst einmal die Begriffe der Handlungsfreiheit und Autonomie vernachlässigen. Der Begriff der Autonomie wird jedoch im Kontext mit der von Harry Frankfurt entwickelten Stufentheorie wieder aufgegriffen, die Autonomie im Sinne eines selbstbestimmten Willens (d.h. sich selbst gesetzten Willens) diskutiert.

Ich möchte deshalb zunächst aufzeigen, welche Aspekte der Sucht mit einem Verlust der Willensfreiheit in Verbindung gebracht werden. Da zahlreiche Definitionen von Willensfreiheit existieren, werde ich mich in der folgenden Diskussion auf die von Henrik Walter extrahierten Kriterien der Willensfreiheit beziehen, sowie den bereits angesprochenen Begriff der Willensfreiheit von Harry Frankfurt am Beispiel der Sucht vorstellen und diskutieren (Walter 1998).

8.2.1. Kranker Wille - fremdbestimmter Wille?

Walter benennt drei Kriterien, die, seiner Meinung nach, in allen positiven Definitionen der Willensfreiheit enthalten sind (Walter 1998 S. 23). Diese Kriterien sind hier deshalb interessant, weil sie im Kontext der Suchtkrankheit, wenn auch nur implizit, als Kriterien eines kranken oder fremdbestimmten Willens auch tatsächlich angeführt werden. Eine Person, so Walter, hat dann einen freien Willen, wenn bei Handlungen und Entscheidungen drei Bedingungen erfüllt sind, (1) *das Anders-*

¹⁸³ Der positive Freiheitsbegriff umfaßt, nach Pauer-Studer, die Möglichkeiten von Individuen, die sich selbstgesetzten Ziele und Zwecke zu verfolgen (Pauer-Studer 2000, S. 10).

Können, (2) die *Intelligibilität* und (3) die *Urheberschaft*. Gerade das Nicht-Anders-Können, das durch die seelenversklavende Substanz der Droge herbeigeführt wurde und den Süchtigen als abhängig und sich selbst entfremdet klassifiziert, deutet bereits auf eines dieser Kriterien hin. Die häufig von Süchtigen selbst formulierte Aussage *ich kann nicht anders, als die Droge nehmen*, verweist geradezu auf das Verständnis eines Verlustes, sich anders entscheiden zu können, oder etwas anderes wählen zu können (siehe auch Handlungsfreiheit oder Wahlfreiheit). Die Intelligibilität¹⁸⁴, die Walter mit dem Begriff der Rationalität verbindet, wird dem Drogensüchtigen oft abgesprochen, mit der Begründung, es könne sich bei einem destruktiven Konsum, der gegen den Nutzen des Individuums und seiner Gesundheit gerichtet ist, nicht um eine rationale Verhaltensweise handeln. Jon Elster merkt in diesem Zusammenhang an, daß "*das craving die Kapazität einer Person, rationale Entscheidungen treffen zu können, unterläuft*" (Elster 1999, S. 190). Das irrationale Element der Sucht begründet ja gleichfalls den Krankheitswert der so definierten *psychischen Störung*.

Sucht wird demnach der Rationalität polar entgegengesetzt. Mit vernünftigen Handeln wird im Kontext der Suchtkrankheit ein Handeln definiert, das sich daraus ergibt, sich nicht gegen sein Leben und seine Gesundheit zu verhalten. Der Erhalt von Gesundheit und Leben gelten als Selbstverpflichtung des Individuums. Die Opioidhypothese zeigt allerdings, daß es durchaus eine rationale und physiologische begründete Ursache für Drogenkonsum geben kann, nämlich den der Selbstmedikation oder des Ausgleiches eines physiologischen Defizites. Drogenkonsum muß damit nicht notwendigerweise irrational sein. Die Begründung eines irrationalen Verhaltens müßte, meiner Meinung nach, wesentlich ausführlicher behandelt werden und sich an den Erkenntnissen der Suchtforschung orientieren. Gegenwärtig scheinen Begründungen für eine irrationale Verhaltensweise subjektive und normative Einstellungen zu enthalten, die aber intransparent bleiben und nicht zur Diskussion gestellt werden.

Der Begriff der Urheberschaft bezieht sich hingegen auf den Ursprung der Handlung, der im allgemeinen einem Akteur zugewiesen wird. Implizit steckt hinter dem Kriterium der Urheberschaft die Vorstellung, daß etwas, was seinen Ursprung nicht in uns selbst hat, nicht bei uns liegen kann. Der Begriff der Urheberschaft ist auch eng an den Verantwortungsbegriff gebunden, so sind wir nur für Handlungen verantwortlich zu machen, die uns als Urheber, also als Ursache einer Handlung, ausweisen. Die Urheberschaft einer Sucht wird jedoch häufig nicht dem süchtig gewordenen Menschen zugeschrieben, sondern der "seelenversklavenden" Droge bzw. dem Drogenkonsum, der als Ursache für eine Suchtentwicklung gilt. Die Droge nimmt damit zumindestens die Rolle eines Mittäters ein und wird sprachlich personifiziert¹⁸⁵.

Eine andere Interpretationsmöglichkeit für eine fremde Urheberschaft ist die bereits angesprochene Eigendynamik und mögliche Selbstorganisation eines Suchtprozesses. Straftaten, die innerhalb z.B. einer Heroinsucht vollzogen werden,

¹⁸⁴ Definition von Walter: "*Eine Person handelt intelligibel genau dann, wenn sie Alternativen und ihre Folgen zumindest teilweise mental repräsentiert, deren Bedeutung erfaßt und aus prinzipiell einsehbaren Gründen eine der Alternativen aktiv verwirklicht*" (Walter 1998, S. 24,25).

¹⁸⁵ Dies wird auch in der Kampfansage an die Drogen deutlich und dem Feindbild, das ausschließlich gegenüber illegalen Drogen und Drogendealern aufgebaut wird, bei denen das Drogenangebot als bedingender Faktor für eine Suchtentwicklung diskutiert wird.

gelten als durch einen inneren Zwang¹⁸⁶ zur Droge, und den damit verbundenen psychischen und physischen Entzugssymptomen erzeugte Handlungen und sprechen den Akteur, der als Marionette seiner Zwänge und seiner Entzugssymptomatik beschrieben wird, von der Zurechnung der Handlung und damit von der moralischen Verantwortung frei.

Da die drei Komponenten, mittels denen Walter Willensfreiheit definiert, mit den innerhalb einer Suchtentwicklung als "verlorengegangen" Fähigkeiten korreliert, meine ich, daß sich Walters Kriterien der Willensfreiheit auch für die Beschreibung und Benennung des in der analysierten Literatur zur Sucht definierten Freiheitsverlustes eignet (Walter 1998). Willensfreiheit wäre im Sinne Walters dann mit einem selbstbestimmten Willen gleichzusetzen, der die oben angeführten Kriterien erfüllt.

Um die Komplexität der Frage nach der Freiheit bei süchtigen Menschen weiter herauszuarbeiten, möchte ich mich auf die Suchttypologie von Harry Frankfurt beziehen und diese im Hinblick auf eine mögliche Begründung eines Verlustes von Willensfreiheit bei süchtigen Menschen diskutieren. Frankfurts Suchtbeispiel verweist auch auf die Schwierigkeiten, die sich bei der Begründung eines Freiheitsverlustes von süchtigen Menschen ergeben und die ich in den nächsten Abschnitten explizit darstellen und ausführen möchte.

8.3. Das Beispiel des *unwilligen Süchtigen* in Harry Frankfurts Freiheitskonzeption

Um die umfassende Problematik der Freiheitsfrage (Rechtfertigung und Reichweite), wie ich sie nenne, im weiteren aufzeigen zu können, werde ich die Freiheitskonzeption von Harry Frankfurt vorstellen und kritisch diskutieren. Frankfurt benutzt die Darstellung verschiedener Typen von Heroinsüchtigen zur Veranschaulichung seines Freiheits- und Verantwortungsbegriffes, was möglicherweise ein Grund dafür ist, daß Frankfurts Idee einer hierarchischen Wunschordnung von verschiedenen Autoren im Kontext eines Suchtdiskurses aufgegriffen und anwendungsbezogen diskutiert wurde (z.B. Rust 2000 ; Köhl 2000; Elster, Shag 1999).

Frankfurts Suchtbeschreibung stellt aus mehreren Gründen eine interessante Eingangsperspektive zur benannten Thematik dar. Zum einen wendet sich der Autor gerade jenem Typus des süchtigen Menschen (Frankfurt nennt ihn den *unwilligen Drogensüchtiger*) zu, der sich in einer Konfliktsituation zwischen seinen Wünschen befindet. Einerseits will der *unwillige Süchtige* den Konsum beenden, andererseits verspürt er auch den Wunsch, die Droge weiter zu konsumieren. Diese Konfliktsituation kann zu der in der Praxis vorgefundenen und erklärungsbedürftigen Aussage "*ich will ja aufhören, aber ich kann nicht*" führen und deckt sich daher mit den in der Literatur vorgestellten Selbstaussagen, sowie mit dem Begriff und Konzept des *cravings*, das per Definition, einen unwiderstehlichen Wunsch nach der Droge zum Ausdruck bringt. Frankfurts Ansatz beantwortet zum anderen die Frage nach der

¹⁸⁶ Der innere Zwang unterläuft nur indirekt die Möglichkeit *anders* handeln zu können; er tangiert vielmehr die beiden anderen von Walter angesprochenen Aspekte von Willensfreiheit, nämlich die Urheberschaft, (die Selbstbestimmung) und die Rationalität einer Handlung. Wie bereits angeführt, werden rationale Gründe für die Aufrechterhaltung einer Sucht generell abgelehnt. Die Einschränkung eines Anders-Könnens ergibt sich nach Walter in der fehlenden Urheberschaft und Selbstbestimmung, d.h. die Einschränkung oder der Verlust eines Anders-Könnens wird hier als eine Folge von fehlender Urheberschaft und Selbstbestimmung beschrieben. (Walter 1998). Auch der Begriff des inneren Zwanges bleibt unscharf und unbestimmt

Verantwortung von süchtigen Menschen für seine Handlungen positiv. Frankfurts Verantwortungsbegriff weist dem süchtig gewordenen Menschen eine aktive Rolle und Verantwortungsfähigkeit für seinen Zustand zu und unterläuft damit das Bild des passiven und unzurechnungsfähigen Drogenopfers, das ja gerade von soziologischer Seite als kontraproduktiv für die Therapiepraxis kritisiert worden ist. Frankfurt versucht also, auf die bereits beschriebene Ambivalenz in den Vorstellungen zur Sucht zu reagieren.

Ein weiterer Grund, Frankfurts Konzept im Zusammenhang mit der Sucht anzuführen, besteht in der Übereinstimmung seiner Ansichten mit neurowissenschaftlichen Darstellungen des Suchtprozesses in der analysierten Literatur. Sucht wird vor allem im Denkstil der Suchtkrankheit als ein Prozeß beschrieben, der zum Konsum von weiteren Drogen zwingt (Nicht-Anders-Können) und damit eine biologisch-deterministische Sichtweise enthält. Trotz des Kausalzusammenhangs von Drogenwirkung und Handlungsspielraum wird von den gleichen Autoren auf den Freiheitsverlust und den Wert der Freiheit für ein gesundes Leben verwiesen.

Diese Sichtweise läßt sich sehr gut mit der kompatibilistischen Philosophie¹⁸⁷ von Harry Frankfurt in Einklang bringen, die davon ausgeht, daß Determinismus und Freiheit sich nicht gegenseitig ausschließen müssen. Neurowissenschaftlichen Konzeptualisierungen der Sucht liegen, so kann man vermuten¹⁸⁸, kompatibilistische Denkmuster bzw. ein sogenannter weicher Determinismus zugrunde, was die Diskussion von Harry Frankfurts Thesen in diesem Zusammenhang interessant und fruchtbar erscheinen läßt.

8.3.1. Der Freiheits- und Personbegriff bei Frankfurt

Ich werde im folgenden Frankfurts Theorie des *Wünschens* und *Wollens* skizzieren um dann ausführlicher auf Frankfurts "Suchttypologie" einzugehen. Trotz vielseitiger Kritik am hierarchischen Wunschmodell stellt Frankfurts Theorie eine interessante, aber wie wir sehen werden, nicht lückenlose Grundlage für die Diskussion eines möglichen Freiheitsverlustes innerhalb einer substanzbezogenen Suchtentwicklung dar.

Die Freiheitstheorie des *Wünschens* und *Wollens* läßt sich anhand von Frankfurts Thesen kurz skizzieren. Für Frankfurt sind alternative Handlungsmöglichkeiten keine notwendige Voraussetzung für Freiheit und Verantwortlichkeit¹⁸⁹. Frankfurt verwendet den Begriff der Willensfreiheit teilweise synonym mit dem der Autonomie. Das hängt damit zusammen, daß Frankfurt Willensfreiheit mit dem Vorhandensein eines selbstbestimmten, d.h. autonomen

¹⁸⁷ Kompatibilismus wird hier im Sinne eines weichen Determinismus verstanden und bedeutet die Vereinbarkeit von Determiniertheit und der Freiheit menschlichen Handelns. Die induktiv gewonnenen kausalen Gesetze werden nicht als normsetzend verstanden, zwingen also auch nicht zu einer bestimmten Handlung. Als logischer Gegenbegriff zur Freiheit wird vielmehr der Zwang, gegen seinen Willen zu handeln, benannt.

¹⁸⁸ Ich habe hier das Verb *vermuten* benutzt, weil die Grundhaltung von Ärzten, Biologen, Pharmakologen und Psychologen nicht immer ausgewiesen bzw. expliziert wird.

¹⁸⁹ "The principle of alternative possibilities is false i.e. the claim that freedom of action is, in the sense that a person could have done otherwise, a necessary condition for moral responsibility" (Frankfurt 1988).

Willen verbindet. Freiheit und Verantwortung sind bei ihm auf die Fähigkeit zurückzuführen, Wünsche in Bezug auf Wünsche auszubilden¹⁹⁰ (Guckes 2001, S. 7). Freiheit ist also die Fähigkeit, unsere Wünsche kontrollieren und uns mit diesen Wünschen identifizieren zu können, als etwas, das uns wichtig ist, das uns in diesem Sinne sehr am Herzen liegt ("*something we care about*"; Frankfurt 1988)¹⁹¹.

Der Personbegriff konstituiert sich bei Frankfurt im Anschluß an den Freiheitsbegriff aus der Fähigkeit heraus, zu uns selbst Stellung zu nehmen, d.h. uns gegenüber eine reflexive Ebene und Bewertung unserer eigenen Wünsche einzunehmen. Das Personsein, so Frankfurt, erfordert ein Sich-Sorgen, "*etwas das uns wichtig ist, was uns bekümmert und zwar nicht nur im instrumentellen Sinn, sondern als Wert an sich, kurz, man muß zur Liebe für etwas fähig sein und sei es auch nur in Form von Liebhaberei*" (Stoecker 2000, S. 109). "*Was uns kümmert, ist uns eigen*" (Stoecker 2000, S. 110). Das Sich-Sorgen ist bei Frankfurt auch als Bedingung für Autonomie zu verstehen. "*Es bedarf einer stabilitätsverbürgenden Struktur der Sorge, damit sich Kohärenz und Zufriedenheit als Manifestationen personaler Autonomie verstehen lassen*" (Quante 2000, S. 127).

Auch Pauer-Studer beschreibt den Begriff der Autonomie als Fähigkeit, "*eine reflexiv-kritische Haltung zu unseren spontanen Wünschen und Begehren einzunehmen*" [...], damit wird Autonomie "*als prüfende Einstellung zu unserem unmittelbaren Wollen*" verstanden (Pauer-Studer 2000, S. 15-16).

8.3.2. Das hierarchische Modell des Wünschens und Wollen: ein Stufenmodell

Frankfurts hierarchisches Modell des Wünschens bezieht sich auf sein Verständnis von Willensfreiheit und Selbstbestimmung. Freiheit ist ja, wie bereits erwähnt, die Fähigkeit, Wünsche in Bezug auf Wünsche¹⁹² auszubilden. Dies soll anhand des Stufenmodells nun näher erläutert werden. Frankfurt unterscheidet in seiner Definition von Willensfreiheit den Willen, das Wollen und das Wünschen. Wünsche sind zunächst nicht definiert und können auch unterbewußte Wunschvorstellungen enthalten. Der Wille ist laut Frankfurt ein handlungseffektiver Wunsch, also ein effektives Wünschen, das verwirklicht wird. Wünschen und der Wille sind also über die Handlung miteinander verbunden. Wünscht eine Person etwas und handelt danach, dann wird der Wunsch zum handlungswirksamen Wollen und repräsentiert damit den Willen. Nach Frankfurt existieren zwei Arten von

¹⁹⁰ Die Freiheit auf einer zweiten Stufe sein handlungsbezogenes Wollen erster Stufe kontrollieren zu können, kann man als Selbstbestimmung oder Autonomie bezeichnen (Betzler, Guckes 2001)

¹⁹¹ Frankfurt verweist hier auf die uns eigenen Wünsche, die er fremden Wünschen, mit denen wir uns nicht identifizieren können, gegenüberstellt. Betzler schreibt hierzu "*In diesem Sinne übernimmt Frankfurt die Vorstellungen personaler Autonomie von Kant, derzufolge wir uns nur mit etwas identifizieren und dies somit als bindend erachten können, wenn wir diesem freiwillig zugestimmt haben. Im Unterschied zu Kant, demzufolge Autonomie als rationale Selbstgesetzgebung Moralität impliziert und unsere Einstellungen durch ein objektives Gesetz und damit durch die Rationalität selbst genötigt werden, erfolgt nach Frankfurt die freiwillige Identifikation mit unseren gegebenen Einstellungen auf Grund der nicht bereits als rational ausgewiesenen Natur unseres Wollens. Unsere Motivationsgefüge sind damit gar nicht rational korrigierbar*" (Betzler 2001, S.19).

¹⁹² Nach Baumann sind die Wünsche bei Harry Frankfurt als propositionale Einstellungen, die ebenso wie Meinungen zur Erklärung von Verhalten herangezogen werden können (Baumann 2000a).

Wünschen (1) Wünsche erster Ordnung und (2) Wünsche 2. Ordnung. Schematisch läßt sich Frankfurts Wunschhierarchie folgendermaßen darstellen:

1. Stufe:

- a. Wünsche 1. Ordnung, die nicht unbedingt handlungswirksam werden
- b. Wünsche 1. Ordnung, die handlungswirksam werden = Wollen, das mit dem Willen übereinstimmt

2. Stufe: (Stufe des Personseins)

- a. Wünsche 2. Ordnung, die sich auf die Wünsche 1. Ordnung beziehen
- b. Wünsche (= Volitionen) 2. Ordnung, die sich auf das effektive Wünschen, d.h. das Wollen beziehen.

Wünsche erster Ordnung beziehen sich bei Frankfurt auf die Handlungsebene (*Ich wünsche mir x*). Wünsche zweiter Ordnung verhalten sich dagegen zu den Wünschen der ersten Ordnung im Sinne eines reflexiven und bewertenden Elementes der Form *Ich wünsche, ich hätte den Wunsch x*. Wünsche zweiter Ordnung sind so zunächst von theoretischer Art und nur Personen eigen. Tiere besitzen im Frankfurtschen Sinne nur Wünsche erster Stufe. Sie sind damit nicht in der Lage, zu sich selbst und zu ihren Wünschen Stellung zu beziehen.

Frankfurts eigentliches Interesse gilt jedoch dem Wünschen und Wollen auf der zweiten Stufe, der Stufe des Personseins. Wünsche der zweiten Stufe können lediglich auf der theoretischen Ebene verbleiben (2a). Denn ich kann mir ja wünschen, den Wunsch x zu haben, ohne ihn jemals tatsächlich auf der ersten Stufe zu wünschen und ohne ihn letztlich umzusetzen. Handlungsbezogen sind die Wünsche zweiter Ordnung erst in Form sogenannter Volitionen der zweiten Ordnung (2b). Volitionen zweiter Ordnung beziehen sich auf den Wunsch sich etwas zu wünschen, das dann auch zu handlungswirksamen Wünschen erster Stufe führt. Damit fällt dieser Wunsch mit dem handlungseffektiven Wunsch erster Stufe (*ich wünsche mir, daß mein Wunsch x effektiv sein wird, d.h. das x mein Wille ist*) zusammen und drückt den Wunsch aus, den Willen zu haben, den man auch haben möchte. Die Volitionen 2. Stufe sind also eine Wunschinstanz, nur die Wünsche auf der ersten Stufe zu realisieren, von denen man wirklich haben möchte, daß sie handlungswirksam werden. Doch man darf die Volitionen zweiter Stufe nicht mit dem Willen gleichsetzen; im Idealfall fallen beide zusammen. Es kann jedoch auch sein, daß Volitionen zweiter Stufe unerfüllt bleiben und nur als Wunsch existieren, der auf die erste Stufe bezogen ist, aber nicht realisiert werden kann.

Personale Autonomie ist für Frankfurt demnach an drei Bedingungen geknüpft, die ich in Anlehnung an Baumann nochmals zusammenfassen möchte (Baumann 2000a, S. 163). Eine Person ist genau dann autonom, wenn

1. sie Volitionen der zweiten Ordnung ausbilden kann
2. wenn diese Volitionen bestimmen, welche Wünsche auf der ersten Stufe handlungswirksam werden
3. wenn das Haben von Volitionen zweiter Ordnung unabhängig und hinreichend für das Haben entsprechender Wünsche erster Ordnung auf der ersten Stufe ist.

Nach Kusser ist Freiheit bei Frankfurt Ausdruck eines geglückten Personseins, d.h. ein Dasein, bei dem eine willentliche Stellungnahme höherer Stufe nicht bloß gegeben ist, sondern praktisch bestimmend und wirksam wird, also im Handeln durchschlägt und im Handeln auch zu erkennen ist (Kusser 2000, S.85). Das bedeutet auch, daß man sich mit dem Wunsch erster Stufe identifizieren kann. Diese Identifikationsmöglichkeit ist ein entscheidendes Kriterium für Frankfurts Personbegriff. Sie bedeutet aber auch, daß die Person ganz bestimmte Wünsche und Ziele in ihrem Leben festgelegt hat und diese soweit wie möglich auch umsetzen will¹⁹³.

Unfreiheit bedeutet demgegenüber, daß eine Person von Wünschen zum Handeln getrieben wird, von denen sie nicht zum Handeln getrieben werden will, die also nicht mit den Volitionen 2. Ordnung übereinstimmen.

Unfreiheit kann jedoch auch auf das Fehlen einer reflexiven Ebene des Wünschens verweisen und damit ein fehlendes Selbstverständnis bzw. für Frankfurt den Verlust des Personseins offenlegen. Damit können wir zu Frankfurts Beispiel der Sucht übergehen, das eine Konfliktsituation besonderer Art darstellt.

8.3.3. Frankfurts Suchttypologie

Für Frankfurt hat der süchtig gewordene Mensch zunächst konfligierende Wünsche auf der ersten Stufe, zum einen wünscht er die Droge zu nehmen, er kann andererseits aber auch wünschen, die Droge nicht mehr zu nehmen und nicht mehr nehmen zu wollen. Von was ist seine Handlung nun abhängig ?

Für Frankfurt gibt es prinzipiell drei Typen von Drogensüchtigen, die sich vor allem durch ihre Wünsche zweiter Ordnung voneinander unterscheiden. Frankfurt nennt sie (a) den unwilligen Süchtigen, (b) das Wanton und (c) den willigen Süchtigen. Ich möchte Frankfurts Freiheitsvorstellung und seine Typologie der Sucht nun ausführlicher darstellen und im Anschluß einige wichtige Einwände und Anregungen für die Praxis vorstellen.

a. Der unwillige Drogensüchtige (A)

Der unwillige Drogensüchtige wird auch als Süchtiger wider Willen bezeichnet. Diese süchtige Person besitzt einen Konflikt zwischen seinen Wünschen auf der ersten Stufe, die sich nicht gleichzeitig miteinander vereinbaren lassen. Der unwillige Süchtige steht also im Widerstreit mit seinen Wünschen der ersten Stufe. Diesem Widerstreit steht der süchtige wider Willen aber nicht neutral gegenüber. Durch die Ausbildung von Volitionen zweiter Stufe, so Frankfurt, ist die Person in der Lage dazu, Stellung zu ihren konfligierenden Wünschen zu beziehen. Der süchtige wider Willen, nennen wir sie oder ihn A, möchte, daß sein Wunsch, die Droge nicht zu nehmen, zu seinem Willen, also handlungseffektiv, wird. Er wünscht sich also, daß er den Wunsch - ich wünsche mir die Droge nicht zu nehmen, wirkungsvoll umsetzen kann. Dieser Wunsch soll sein Wille sein. Er ist aber tatsächlich erst As Wille, wenn A danach handelt, d.h. wenn sein Wunsch handlungseffektiv wird und er sich in seinem Verhalten niederschlägt. Das bedeutet demnach, daß Frankfurt Willens- und Handlungsfreiheit verbindet, oder zumindest nicht klar voneinander abgrenzt.

¹⁹³ Auch für Gerald Dworkin ist der Freiheitsbegriff an eine Identifikation mit dem eigenen Wünschen und Wollen geknüpft. So schreibt Dworkin: "*I suggest it is the attitude a man takes towards the reasons for which he acts, whether or not he identifies himself with these reasons, assimilates them to himself, which is crucial for determining whether or not he acts freely*" (Dworkin 1970, S. 377).

Faktisch wird As Wunsch, die Droge nicht zu nehmen, nicht umgesetzt. A versucht zwar, mit den Drogen aufzuhören, schafft es aber nicht, abstinent zu bleiben (*"ich will ja aufhören, ich kann aber nicht"* ¹⁹⁴). Zwischen seinem Willen (handlungsaktiver Wunsch) und seinen Volitionen zweiter Stufe besteht eine Dissonanz. A wird von dem Wunsch zur Handlung getrieben, von dem er sich nicht zum Handeln getrieben wissen will. Er steht unter einem *inneren Zwang* und besitzt nach Frankfurt zwar die Fähigkeit, sich von seiner Handlung zu distanzieren, damit ist sie aber nicht sein Wille, er handelt damit unfrei, also so, daß sein Wunsch, die Droge nicht zu nehmen, der sein Wille sein soll, nicht zur Umsetzung gelangt. Für Frankfurt identifiziert diese Dissonanz A als nicht willensfreie Person, da sie sich nicht mit ihren handlungseffektiven Wünschen erster Stufe identifizieren kann. A lebt nicht frei, d.h. nicht nach den für ihn wichtigen Wünschen und Grundsätzen, um die A sich sorgt. A besitzt aber durchaus die Fähigkeit, sich zunächst auf theoretischer Ebene für einen Wunsch frei entscheiden zu können.

b. Das Wanton (B)

Das Wanton ¹⁹⁵ spricht Frankfurt im strengen Sinne das Personsein ab. Da das Wanton im Unterschied zum unwilligen Süchtigen, dem Typ A, keine Volitionen zweiter Stufe ausbildet, oder sie zumindest nicht bewußt äußert, besitzt das Wanton für Frankfurt keinen Personstatus. Das Wanton nenne ich im weiteren Verlauf B. Auch B hat konfligierende Wünsche auf der ersten Stufe. Doch im Vergleich zu A nimmt B keine Stellung dazu ein. Frankfurt beschreibt B als Typus eines zügellosen und haltlosen Süchtigen, dem es gleichgültig ist welcher seiner Wünsche letztlich handlungswirksam wird (*"es ist mir egal, was aus mir wird und welcher Wunsch sich durchsetzt"*). Das Wanton bildet keine bewußten Wünsche zweiter Stufe aus und besitzt damit nicht die Fähigkeit bzw. nimmt sie zumindest nicht wahr, über sich selbst und seinen Wunschkonflikt zu reflektieren. Frankfurt hat B deshalb den Namen des Wantons, des nur wollenden und triebhaften Wesens gegeben. Das Motiv seiner Wünsche kümmert B angeblich nicht, B beachtet seinen Willen nicht, oder es hat gar keinen. Frankfurt gewinnt den Eindruck, daß es das Wanton der Situation und den äußeren Bedingungen überläßt, welcher Wunsch handlungswirksam wird.

c. Der willige Drogensüchtige (C)

Den willigen Drogensüchtigen nenne ich der Reihenfolge gemäß C. C besitzt im Gegensatz zu A und B keine konfligierenden Wünschen der ersten Stufe. C gibt immer der Droge den Vorrang, weil der Konsum von ihm gewollt wird. Auch C besitzt Volitionen zweiter Stufe und hat nach Frankfurt den Personstatus. Bei C besteht des weiteren auch keine Dissonanz, sondern Harmonie zwischen den Wünschen erster Stufe und der Volition zweiter Stufe. Der süchtige Mensch entspricht möglicherweise dem Typus, der sich durch die Aussage *ich könnte aufhören, ich will aber nicht* charakterisieren läßt. Man könnte nun annehmen, daß C Willensfreiheit besitzt, da doch sein geäußelter Wille tatsächlich handlungswirksam wird. C konsumiert weiter seine Droge. Frankfurt bezeichnet C aber ebenfalls als unfrei. Doch wie begründet Frankfurt diese Unfreiheit? Er begründet die fehlende Willensfreiheit von C mit dem

¹⁹⁴ *Wollen* und *Sollen* impliziert *Können*, das *Können* (Umsetzen der Volition) oder die Ursache für den zwanghaften Wunsch, der die Volition überlagern kann, wird von Frankfurt nicht näher ausgeführt.

¹⁹⁵ Das *triebhaft* *Wesen*, dem Frankfurt keinen Personstatus zuweist, nenne ich in Anlehnung an Frankfurt *das Wanton* oder B.

Einwand, C würde sich über seine wahren Volitionen hinwegtäuschen. Es wäre nicht sein eigentlicher Wunsch die Droge zu nehmen, insofern ist die Volition zweiter Stufe, die handlungswirksam wird, nicht seine wirkliche Volition, sondern eine Täuschung.

Man kann vermuten, daß Frankfurt von der Vorannahme ausgeht, daß man die Aufrechterhaltung der Sucht nie rational wollen kann, weil sie nicht mit seiner Auffassung des idealen Personseins und des Sich-Sorgens (*Caring*) übereinstimmt. Sie entspricht damit offensichtlich nicht Frankfurts Vorstellungen eines guten und geglückten Lebens, welche er mit seinem Urteil über C indirekt einbringt. Frankfurt geht dabei von folgenden Annahmen aus, die für seine Interpretation essentiell sind, aber nicht durch ihn begründet werden:

1. Drogenkonsum ist etwas persönlich nicht wünschenswertes.
2. Sucht ist nicht vereinbar mit einem geglückten Leben und Personsein.
3. Drogenkonsum ist irrational (Intelligibilitätskriterium).
4. Frankfurt fokussiert auf die Substanzen Alkohol und Heroin, leistungssteigernde Substanzen bedenkt er nicht in seiner Suchttypologie. Damit ist die Typisierung nicht verallgemeinerbar.
5. Es besteht eine Beziehung zwischen der Drogenwirkung und den handlungswirksamen Wünschen; die Droge verursacht einen starken, unwiderstehlichen Wunsch erster Ordnung, der die Volitionen 2. Ordnung überschreibt. (Fremdbestimmung durch Drogen ~ Kriterium der Urheberchaft).
6. Drogenwünsche/*Craving* sind damit sehr intensive Wünsche 1. Ordnung. Die Intensität der Wünsche, mit der ein anderer Wunsch ausgeschaltet wird, erwähnt Frankfurt jedoch nicht. Warum sich der Wunsch durchsetzt, bleibt damit unklar.

8.3.4. Anmerkungen zu *Frankfurts Süchtigen*

Frankfurt wird häufig der infinite Regress seiner Wunschhierarchie, die man bis ins Unendliche fortführen könnte, zum Vorwurf gemacht. Auch die Wunschgenese und die Wunschdefinition, die Frankfurt nicht erwähnt, sondern als gegeben voraussetzt, werden z.B. von Baumann (2000a, 2000b) und Kusser (1987, 2000) kritisiert. Schwerwiegend ist auch der Einwand der Reichweite des Frankfurtschen Freiheitsbegriffes.

In der Auseinandersetzung mit möglichen Interventionsformen spielen gerade, die aus dem postulierten Freiheitsverlust ableitbaren Schlußfolgerungen eine essentielle Rolle. Freiheitsbegriffe werden im klinischen Kontext sowohl auf die konkrete Konsumhandlung als auch auf den gesamten Handlungsspielraum von süchtigen Menschen und deren kognitiven Fähigkeiten angewandt. Auch Faden und Beauchamps kritisieren die infinite Stufigkeit und die fehlende Unabhängigkeit von Frankfurts Volitionen. Nach Faden und Beauchamps überfordert Frankfurt den Menschen mit seinem Autonomieverständnis, das eine reflexiv-kritische Wohlüberlegtheit voraussetzt (Faden, Beauchamps 1986, S. 262-263).

Wie bereits aufgezeigt, erkläre ich mich nicht in allen Punkten mit Frankfurts Freiheitskonzeption und seiner Suchttypologie einverstanden. Frankfurts Differenzierung der Suchttypen und seine Wunschhierarchie bieten jedoch trotz der vorgebrachten Kritik eine interessante und durchaus fruchtbare Eingangsperspektive an, um sich auf einer praktischen Ebene mit der Freiheitsfrage bei süchtigen Menschen auseinanderzusetzen. So zeigen Frankfurts Ausführungen die

Komplexität der Fragestellung auf, die durch seine unterschiedlichen Typen bereits differenzierter dargestellt wird, als dies gemeinhin getan wird. Gerade die Typologie verweist auf wichtige Fragen, die auch Frankfurt nicht befriedigend beantwortet. Frankfurts Ausführungen lassen daran zweifeln, ob sich die Freiheitsfrage für jeden süchtigen Menschen und für jede Suchtform gleichermaßen und allgemein beantworten läßt. Frankfurt greift trotz seiner Bezugnahme auf Heroinsüchtige auf ganz bestimmte Stereotypen zurück, die sich jeweils anderen Suchtformen zuordnen lassen. So scheint der *willige Süchtige* mit den Aussagen von Rauchern¹⁹⁶ übereinzustimmen; der *unwillige Süchtige* erinnert andererseits an den rückfälligen Alkoholiker, und das *Wanton* schließlich entspricht den negativen Konnotationen, die wir mit dem langjährigen und sozial abgerutschten Heroinsüchtigen assoziieren.

Die verschiedenen Typen machen es jedoch erforderlich, Kriterien zu benennen, mittels derer in der Praxis entschieden werden kann, um welche Form des Freiheitsverlustes und Wunschkonfliktes es sich handelt. Dabei ist das Selbstverständnis von süchtigen Menschen und vor allem die Wunschgenese sowie die Art des Wunschkonfliktes bedeutend für die Bewertung von Sucht. Frankfurt streicht in seinen Ausführungen die Bedeutung des Selbstverständnisses für süchtige Menschen und deren Einstellung zu ihren eigenen Wünschen heraus. Gerade das Selbstverständnis von süchtigen Menschen ist ein wichtiger Aspekt in Frankfurts Suchtbetrachtung, die sich auch therapeutisch nutzen läßt (siehe auch 8.4.). Daneben verdeutlicht Frankfurts Suchttypologie, daß süchtige Menschen zunächst nur anhand konkreter Situationen und Handlungen in ihrem Freisein beurteilt werden können, eine Ausdehnung des postulierten Freiheitsverlustes auf den gesamten Handlungsspielraum ist bei Frankfurt deshalb nicht möglich.

a. Kritik am unwilligen Süchtigen

Was verliert der Süchtige wider Willen im Frankfurtschen Beispiel? Allem Anschein nach besitzt A einen rationalen und eigenen Willen, wenn man davon ausgeht, daß der Süchtige es mit seiner Aussage *ich will ja aufhören* auch tatsächlich ernst meint und nicht lediglich auf äußeren Druck (gesellschaftliche Bewertung, Familienangehörige, finanzielle Not)¹⁹⁷ reagiert, in welchem Fall die Äußerung nicht als seine Volition zweiter Ordnung, sondern vielmehr als gesellschaftlicher und *fremder Wunsch* bezeichnet werden könnte. Im letzteren Fall hätten wir aber nicht Typ A vor uns, sondern eigentlich würde es sich um einen weniger selbstbewußten Typ C handeln. Gehen wir aber nun davon aus, A wolle wirklich aufhören (aufgrund eines persönlichen Ereignisses, oder wegen seines Gesundheitszustandes) und kann aber seinen Willen nicht immer umsetzen, d.h. daß es ihm durchaus phasenweise gelingt, abstinent zu leben. A sich aber immer wieder mit Rückfällen

¹⁹⁶ Wichtig erscheint mir hier auch die Diskussion über die Unterschiede, die wir in der Wahrnehmung und der sozialen Reaktion gegenüber unterschiedlichen Drogen und ihren Konsumenten machen. Dem Raucher wird man gemeinhin nicht die gesamte Willensfreiheit absprechen, Rauchen gilt eher als Willensschwäche oder als unfreies Moment, das sich ausschließlich auf den Konsum des Nikotins selbst bezieht. So ist die Wirkung der Droge, z.B. Konzentrationssteigerung, nicht unerheblich für unsere Einschätzung und Bewertung von Rationalität, Freiheit und moralischer Verantwortung. Diese Unterschiede werden aber nur selten erörtert. Im Gegensatz dazu werden meistens allgemeine Schlußfolgerungen gezogen.

¹⁹⁷ So merkt Egg an, daß Unfreiwilligkeit, äußere Veranlassung und ähnliches oft genug ein wesentlicher Bestandteil des Vor- und Umfeldes von therapeutischen Maßnahmen sind (Egg 1986).

auseinandersetzen muß. In den abstinenten Phasen, die länger andauern können, hätte A keinen Konflikt auf der ersten Stufe, oder A könnte im Konflikt seinen/ihren Willen im Frankfurtschen Sinne mit seinen/ihren Wünschen erster Ordnung in Einklang bringen. Das würde aber bedeuten, daß A nicht dauerhaft die Fähigkeit zur Autonomie und Freiheit verloren hat, sondern daß diese Fähigkeit keine selbstverständliche Eigenschaft von A ist. A müßte sich seine/ihre Freiheit immer wieder neu erwerben oder erkämpfen. A würde sich also zwischen Zuständen der Freiheit und Unfreiheit hin und her bewegen. Diese Ansichtweise entspricht der in Kapitel 2. erwähnten Definition von Tretter, nach der Sucht ein Kreisprozeß aus Abhängigkeit und Unabhängigkeit darstellt (Tretter 1998).

Doch was bewirkt in Frankfurts Beispiel eigentlich, daß sich A für einen handlungswirksamen Wunsch entscheidet? Kusser kritisiert am Frankfurtschen Modell gerade, daß es keine graduellen Unterschiede der Wünsche in Intensität und Stärke gibt. Der *unwiderstehliche* Wunsch, die Droge zu nehmen, überdeckt in konkreten Situationen den Wunsch bzw. die Volition, abstinent leben zu wollen. Einer der Wünsche muß sich deshalb auf irgend eine Art und Weise durchsetzen (Kusser 2000, S. 89). Frankfurt geht nie auf die Genese der Wünsche oder die Biographie des süchtigen Menschen ein, die er nur indirekt über sein Identifikationskriterium einbringt. A kann man die Freiheit deshalb, auch im Frankfurtschen Sinne, nur in ganz konkreten Situationen (z.B. Rückfall) absprechen.

Die Reichweite des Freiheitsverlustes bezieht sich damit nur auf eine ganz bestimmte Situation und Handlung. Der Wunsch von A, die Droge zu nehmen, ist ihm, laut Frankfurt, fremd, A handelt fremdbestimmt. Doch wer ist dann Urheber seiner Handlungen? Der Wunsch, die Droge in einem Moment zu nehmen, rechnen wir A nicht als seine Entscheidung oder seinen eigentlichen Wunsch an, sondern wird anscheinend durch seine psychische Abhängigkeit von der Droge, seinen Entzugssymptomen, seinem Suchtgedächtnis oder einem Schlüsselerlebnis bestimmt. Doch was bedeutet der Begriff *innerer Zwang*? Erklärt die Drogenwirkung die Handlung lediglich, oder verursacht sie diese? Der Mensch greift zunächst zur Droge, die Droge zwingt nicht zum Konsum. Erst die mehrmalige Wiederholung des Konsums über einen längeren Zeitraum kann per Definition überhaupt erst zu einer Suchtentwicklung führen.

Nach den neurobiologischen Studien, die in Kapitel 3 angeführt wurden, erzeugt unser Gedächtnis (positive Verstärkung, Sensitivierung) das Verlangen, dem wir wiederum folgen. Das Verlangen ist in diesem Fall aber durchaus unser Verlangen und unser Wunsch, der mit anderen Wünschen konfligiert. Dabei ist die zeitliche Komponente der Wunschstruktur nicht unwichtig. Der Wunsch, eine Droge zu nehmen, scheint ein kurzfristiger Wunsch zu sein, der der Befriedigung eines kurzzeitigen Bedürfnisses dient. Abstinent zu leben ist jedoch ein langfristiges Ziel oder ein über einen längeren Zeitraum verfolgter Wunsch. Wünsche können, müssen aber nicht zeitlich konstant bleiben und erscheinen uns durchaus durch äußere Ereignisse beeinflussbar zu sein.

Alle Wünsche, auch der Wunsch die Droge zu nehmen, spiegelt meines Erachtens unseren Erfahrungshorizont wider und läßt sich so als biographisches Element verstehen. Die Droge kann nicht Urheber unserer Handlungen sein. Unser Körper reagiert auf die Droge möglicherweise auf eine Art, die wir nicht mehr oder eben nur schwer kontrollieren können, und deren Kontrollierbarkeit offensichtlich auch von der Situation und unserer Stimmung zu einem gegebenen Zeitpunkt abhängt. Doch wie können wir darauf reagieren? Gerade von A könnte man doch erwarten, daß A aufgrund seines Wunsches auf der zweiten Stufe,

die Droge nicht zu nehmen, aktiv Hilfe aufsucht, um sein/ihr langfristiges Ziel, wenn nötig, auch mit fremder Hilfe zu erreichen. A scheint demnach zumindest die Freiheit zu besitzen, über seine/ihre Handlungen und Handlungsmöglichkeiten frei nachzudenken, sich langfristige Ziele zu setzen und sie rational begründen zu können. Was genau A daran hindert, dies umzusetzen oder sich Hilfe zu suchen, bleibt so zunächst hinterfragbar.

b. Kritik am Wanton

Die Beschreibung des Wanton ist im Vergleich zu A in sich widersprüchlich. So schreibt Kusser, wenn das Wanton wirklich einen Konflikt auf der ersten Stufe wahrnehmen würde, dann müsste es bereits eine Abwägung zwischen Wünschen getroffen haben bzw. es nimmt mit der Konfliktwahrnehmung auch Stellung zu diesen Wünschen. Wenn es dem Wanton nicht gleichgültig ist welche Handlung es letztlich ausführt, müsste es theoretisch auch Wünsche zweiter Stufe besitzen (Kusser 1987, S. 151). Tatsächlich ist es nicht ganz klar, warum das Wanton einen Konflikt verspüren bzw. wahrnehmen sollte. Wenn B einfach zufällig oder gleichgültig handelt, dann besteht keine Dissonanz zwischen der Volition und seinem Wunsch auf der ersten Stufe. B wird also auch nicht unzufrieden mit seiner Entscheidung sein, denn B reflektiert sie laut Frankfurt ja überhaupt nicht. Für mich erscheint es jedoch fraglich zu sein, ob es einen solchen süchtigen des Typs B überhaupt gibt. Nimmt ein Konsument die Droge wirklich, ohne sich je die Folgen seiner Sucht zu überlegen oder mit den Folgen direkt konfrontiert zu werden? Und wie unterscheidet Frankfurt die Konflikte auf der ersten Stufe von Konflikten auf der zweiten Stufe? Wieder gibt er keine eindeutigen Kriterien an. Abgesehen von diesen Einwänden wirft die Konstruktion des Wantons schwerwiegende ethische Probleme auf. Schwerstabhängigen vom Typus B, die eine gewisse Gleichgültigkeit oder Passivität erkennen lassen, wird nach Frankfurt nicht nur die Willensfreiheit, sondern auch das Personsein abgesprochen. Das Wanton wird damit zum triebhaften und möglicherweise *unmenschlichen Wesen*, dem wir keinen Respekt und keine Würde mehr zugestehen wollen oder können. Dieser Zustand läßt sich nicht rechtfertigen und wird dem Phänomen der Sucht und vor allem den süchtigen Menschen nicht gerecht.

c. Kritik am willigen Süchtigen

Der Süchtige aus freiem Willen täuscht sich nach Frankfurt über seine wirklichen Wünsche und Motive der Handlung hinweg. Die Aussage *ich könnte aufhören, ich will aber nicht* wird als Selbsttäuschung interpretiert. Diese läßt sich jedoch nur nachweisen, wenn der süchtige Mensch tatsächlich versuchen würde, damit aufzuhören, um seine "wahren Volitionen" zu erkennen¹⁹⁸. Damit schwächt Frankfurt seine eigene Wunschtheorie ab, denn er kann nicht begründen, wie man generell erkennen kann, was die Volition zweiter Stufe ist und welche der Volitionen wahr oder falsch sind. Das ist aber keine Begründung für die Absprache einer *echten* oder *wahren* Volition von C, während die von A glaubhaft erscheint, weil A, die in den Augen Frankfurts *richtige Entscheidung* getroffen hat, sich gegen den Drogenkonsum zu entscheiden. Frankfurt rekurriert hier auf ein Verständnis von Selbstverlust, wie er auch im Modell des subjektiven Krankheitsverständnisses gegeben ist. Die Unfreiheit liegt hier in der Selbsttäuschung, die die eigentlichen

¹⁹⁸ "To lack free will one must not merely not quit, but be unable to quit" (Scribner 1994, S. 93).

Ziele verdecken und ein *geglücktes Leben* verhindern. Frankfurt greift hier auf die Intelligibilität einer Person als Kriterium für die Beurteilung der Volitionen zurück. Er hält es implizit für irrational, die Volition, ich wünsche mir den Wunsch zu haben, die Droge zu nehmen und es zu meinem handlungseffektiven Wunsch werden zu lassen, langfristig umsetzen zu wollen¹⁹⁹. Frankfurt begründet jedoch nicht, warum es irrational sein soll, eine Droge mehrfach zu konsumieren bzw. konsumieren zu wollen. Es lassen sich jedoch durchaus rationale Gründe für den Drogenkonsum finden. Die Selbstmedikation oder die Interpretation der Sucht als Lebensstil bieten eine Erklärungsmöglichkeit an, mit der sich der Drogenkonsument identifizieren kann und seine Sucht möglicherweise als Erweiterung einer besonderen *Freiheit des Bewußtseins* begreift. Die eigentlich wichtigere Frage ist jedoch die der Beurteilungsfähigkeit des willigen Süchtigen. C wird trotz seiner Selbstaussage ein fremdes und äußerliches Handeln unterstellt. Es ist jedoch nicht klar, wie das, was zu C gehört, was C aktiv will und ihm deshalb eigen ist, von einer Außenperspektive zugänglich sein kann.

Frankfurt geht im Verlauf seiner Argumentation auch nicht darauf ein, ob und was den Konsumenten zu A, B oder C werden läßt. Dafür fehlen ihm praktisch anwendbare Kriterien. Was macht A, B und C zu dem was sie sind, was erzeugt ihre fehlende oder unterschiedlichen Volitionen auf der zweiten Stufe? Möglicherweise kann ein Drogenabhängiger auch alle Typen als Stadien einer Sucht durchlaufen und vom willigen Süchtigen über den sorglosen, gleichgültigen Drogenkonsumenten zum unwilligen Süchtigen werden?²⁰⁰ Frankfurts Differenzierung zeigt gerade die Komplexität einer Zuordnung von Kriterien und den damit verbundenen Autonomiegraden innerhalb einer Suchtentwicklung auf. Es schließt sich zweifelsohne die Frage an, wie wir bestimmen können, ob und in welcher Situation ein süchtig gewordener Mensch unfrei ist und was sich daraus für die Interventionsformen in der Suchthilfe ergibt. Da diese Fragen auch bei Frankfurt unbeantwortet bleiben, erscheint die Begründung eines Freiheitsverlustes nicht ausreichend zu sein, um Maßnahmen wie Zwangseinweisungen oder Entmündigungen allgemein rechtfertigen zu können.

8.4. Freiheit, Sucht und anwendungsbezogene Ethik

Anhand der vorangegangenen Beispiele sollte verdeutlicht werden, daß es ethisch problematisch sein kann, *allen* süchtigen Menschen generell die Fähigkeit zur autonomen Selbstbestimmung abzusprechen. Die Abhängigkeit der Krankheitsdefinition von einem Freiheitsverlust, der zudem in den Suchtdefinitionen nicht näher definiert wird, erscheint mir, abgesehen von akuten Vergiftungszuständen und konkreten Entzugssituationen, bisher nicht befriedigend begründbar zu sein. Die von Köhl angesprochene *elementare Freiheit*, das zu tun, was man tun will, wird dem süchtigen Menschen oft implizit zugesprochen (Köhl 2001). Für einen Freiheitsverlust mit einer Reichweite, die sich auf das gesamte Lebenskonzept und auf die gesamte Persönlichkeit des süchtigen Menschen erstreckt, konnte im Rahmen dieser Arbeit keine ausreichende und überzeugende Begründung gefunden werden. Einerseits reichen die empirischen Beschreibungen

¹⁹⁹ Scribner schreibt im Gegensatz dazu "The rationality depends on how both the continued use of the drugs and the process of quitting fits into one's life [...]. It could be part of a plan in which the benefits of drugs sufficiently outweigh such costs" (Scribner 1994, S. 93).

²⁰⁰ Eine andere Reihenfolge wäre natürlich auch möglich.

nicht dazu aus, Menschen die Fähigkeit oder Eigenschaft der Freiheit im Sinne eines selbstbestimmten Willens abzusprechen. Andererseits vernachlässigen philosophische Ausführungen die Ergebnisse aus der Suchtforschung oder zeichnen sich durch fehlende und in der Praxis nicht anwendbare Kriterien zur Bestimmung eines postulierten Freiheitsverlustes aus. Es konnte jedoch gezeigt werden, daß die Begriffe der Sucht, Krankheit und Freiheit unscharf und inkohärent angewandt werden. Kriterien für den Freiheitsverlust oder den Verlust von kognitiven Fähigkeiten sind nicht immer deutlich voneinander abzugrenzen und unterliegen zudem normativen wie subjektiven Beurteilungen. Gerade die Festsetzung von Kriterien, wie z.B. die der Entscheidungsfreiheit, der Selbstkontrolle, der Einsichtsfähigkeit oder der Rationalität, erzeugt das Problem der empirischen Erfäßbarkeit dieser Kriterien und deren Anwendbarkeit in der Praxis. Spaemann merkt in ähnlichem Kontext an:

"Werden Menschenrechte an bestimmte Kriterien gebunden, wie z.B. das Personsein, Rationalität, Selbstbewußtsein, dann ist die Anerkennung eines Menschen als Mensch abhängig von Anderen, die diese Qualitäten definieren und über ihr Vorhandensein im Einzelfall entscheiden" (Spaemann 1990, S. 153, siehe auch die Problematik des Wantons bei Frankfurt).

Die Interpretation von Freiheit als empirische Fähigkeit beinhaltet eine eigene ethische Problematik. Eibach diskutiert diese Problematik im Zusammenhang mit dem im medizinischen Bereich verwendeten Würdebegriff des Menschen und der freien Selbstverfügung über sein Leben (Eibach 1997). Eibach kritisiert, daß der Würde- und Autonomiebegriff als empirischer Sachverhalt ausgewiesen wird, deren Vorhandensein oder Verlust man diagnostizieren kann. Die menschliche Freiheit wird damit als empirische menschliche Qualität verstanden, die zwar als schützenswert und als oberstes Gut gilt, die aber durch wissenschaftliche Definitionen und Erklärungen eines bestimmten, sozial auffälligen Zustandes bestimmbar ist (Eibach 1997, S. 218).

In Kapitel 7.1.3. *Das Problem des Gedankensprungs* habe ich versucht zu zeigen, daß die Diskussion der psychischen Abhängigkeit und die Ursachensuche für die hohe Rückfallrate bei Alkohol- und Heroinsüchtigen oft zu einer übergreifenden naturphilosophischen Diskussion führt. Problematisch sind hierbei die Folgerungen von der deskriptiven auf die normative Ebene. Es stellt sich die Frage, was über die Freiheitsfähigkeit eines süchtigen Menschen ausgesagt werden kann. Auch wenn der freie oder unfreie Wille in unseren neuronalen Netzen repräsentiert sein mag, ist es nicht notwendigerweise bedingt, daß dieser Wille durch das neuronale Netz vollständig festgelegt ist und durch eine Dysfunktion in den Transmittersystemen notwendigerweise beeinträchtigt wird. Gleichzeitig ist fragwürdig, ob wir eine solche Beeinträchtigung "von außen" überhaupt erkennen könnten.

Nicht zuletzt stellen gerade die Kriterien des *Cravings* und des Kontrollverlustes Parameter aus der Biomedizin dar, die den Verlust einer Kontrolle über sich selbst und den intensiven Wunsch nach der Droge, dem der Süchtige letztlich unterliegen soll, als einen durch die Droge verursachten biopsychophysischen Prozeß beschreibt. Dieses Verständnis von Freiheit läßt sich auch nach Eibach durchaus hinterfragen. Insbesondere dann, wenn sie als Voraussetzung für die Würde des Menschen betrachtet wird, wie dies beispielsweise bei Peter Singer sowie dem Personkonzept von Frankfurt der Fall ist (Eibach 1997, S. 218).

Die eingangs gestellte Frage, ob man den als süchtig klassifizierten Menschen ihre Willensfreiheit und Selbstbestimmung aufgrund biologischer und

psychologischer Modelle und Hypothesen absprechen darf, bleibt deshalb ein berechtigter Einwand, der hier dazu benutzt wird, das Postulat eines generellen Freiheitsverlustes innerhalb einer Alkohol- und Heroinsucht in Frage zu stellen. Die Entscheidung, sich generell für oder gegen ein Leben mit Drogen entscheiden zu können, kann trotz einer Sucht bestehen bleiben. Auch wenn die Entscheidung bzw. der Wunsch, Aufzuhören, nicht immer umgesetzt wird und Wunschveränderungen unterliegt, ist seine Umsetzung in die Handlungspraxis des Betroffenen nicht notwendigerweise unmöglich.

Die Umsetzung eines solchen Wunsches kann alleine und ohne fremde Hilfe erfolgen, wie dies bei vielen Ex- Alkoholikern und Heroinsüchtigen, die nicht statistisch erfaßt sind, der Fall ist. Sie kann aber, abhängig von den Lebensumständen, der Biographie und der Persönlichkeit des süchtigen Menschen sowie bestehender Begleiterkrankungen fremde Hilfe erforderlich machen. Das Aufsuchen bzw. die Inanspruchnahme fremder Hilfe ist dabei der erste Schritt zur Selbsthilfe. Dem unwilligen Süchtigen (A) bei Frankfurt gestehen wir durchaus die Fähigkeit zu, sich aktiv Hilfe zu suchen und diese Hilfe auch in Anspruch nehmen zu wollen. Dies setzt voraus, daß Hilfeleistungen überhaupt in ausreichender Kapazität und mit niedrigen bzw. ohne Zugangsbarrieren zur Verfügung gestellt werden.

Die Auseinandersetzung mit der Freiheitsproblematik ist so keineswegs nur eine abstrakte Betätigung, sondern stellt einen Teil der praktischen Therapieziel Diskussion und der Diskussion um Leitbilder in der Suchthilfe und ihren einzelnen Institutionen dar. In Anlehnung an Reiter-Theil könnte man sagen, daß die Suchtherapie eine gemeinsame therapeutisch-ethische Basis benötigt (Reiter-Theil 1988).

Die Unschärfe der verwendeten Freiheitsbegriffe hat in der Praxis unter anderem dazu geführt, daß sich widersprüchliche Therapieziele und Leitbilder in der Suchthilfe formiert haben, die sich nun gegenseitig behindern und miteinander konkurrieren. Geyer faßt die Situation folgendermaßen zusammen: "*Fragen der Prävention und Therapie dagegen müßten in einem Kontext zur Sprache kommen, der Umfang und Grenzen einer verantworteten Freiheit thematisiert und problematisiert*" (Geyer 199, S. 22).

Frankfurt versucht anhand seines Beispiels der Sucht, das er für die Darstellung seiner Freiheitskonzeption benutzt, Grenzen und Umfang dieser Freiheit zu bestimmen²⁰¹. Es zeigt sich jedoch, daß auch die Verwendung von Frankfurts Konzeption zu keiner vollständigen Auflösung des Suchtproblems in der Praxis führen kann. Eine Verwendung von Frankfurts Konzeption wirft vielmehr weitere Fragen auf. Dennoch bietet Frankfurts Suchtinterpretation die Möglichkeit, Sucht differenzierter darzustellen und auf die Komplexität des Problems zu verweisen. So zeigt sich gerade bei Frankfurt, daß die Freiheitsfähigkeit eines süchtigen Menschen (wenn überhaupt) nur in ganz spezifischen Situationen bzw. konkreten Konsumhandlungen angezweifelt werden kann. Köhl schreibt hierzu: "*Nicht jede Handlung eines süchtigen Menschen ist ein Fall von Suchtverhalten, seine Verantwortlichkeit ist deshalb auch nicht bei jeder seiner Handlungen in Frage gestellt*" (Köhl 2001, S. 49)²⁰². Auch beim direkten Konsumverhalten muß differenzierter nach der Freiheitsfähigkeit gefragt werden als dies gemeinhin getan wird. Auch der Verweis auf das nicht unumstrittene Paradigma der psychischen

²⁰¹ Für Frankfurt besteht Freiheit eben nicht in Grenzenlosigkeit, sondern in identifizierbaren Einschränkungen, an denen sich der freie Wille orientieren kann, um Abwägungen überhaupt erst treffen zu können (siehe auch 8.3.2.)

²⁰² Jede und jeder (seiner Handlungen) wurden im ursprünglichen Text von Köhl hervorgehoben.

Krankheit reicht nicht aus, um einen starken Paternalismus oder Zwangsbehandlungen zu begründen.

Frankfurts Beispiel der verschiedenen Suchttypen, die man auch noch weiter differenzieren könnte, verdeutlicht die Komplexität der Freiheitsfrage. Gerade der unwillige Süchtige bei Frankfurt veranschaulicht, daß es süchtige Menschen geben kann, die sich in instabilen und alternierenden Zuständen von Freiheit und eingeschränkter Freiheit befinden können, daß es aber möglicherweise auch als süchtig klassifizierte Menschen gibt, die, wie am Beispiel des willigen Süchtigen deutlich wird, als autonom²⁰³ betrachtet werden müßten. Ein weiteres Problem stellen die auch bei Frankfurt fehlenden Kriterien dar, mit denen die einzelnen Typen in der Praxis unterschieden und erkannt werden können. Das Beispiel des Rauchers verdeutlicht zudem, wie stark wir zwischen den Substanzen und ihren Konsumenten differenzieren. Niemand würde sagen wollen, daß ein Raucher generell als unfrei zu betrachten ist, daß er all seine Entscheidungen abhängig von seinem Konsum trifft oder gar keinen Personstatus mehr besitzt. Auch die *sozial unauffälligen* Alkoholsüchtigen, denen durch ihren Beruf gesellschaftlicher Erfolg und Anerkennung zugestanden wird (Ärzte, Rechtsanwälte, Politiker), entsprechen nicht dem Bild des verantwortungslosen und unfreien Süchtigen. Die Entscheidung, wie weit sich der Freiheits- und Autonomieverlust auf einzelne Lebensbereiche auswirkt, scheint so einerseits an die Substanz selbst gebunden zu sein und andererseits von der Verhaltensweise und der gesellschaftlichen Position der Betroffenen abzuhängen²⁰⁴.

Scribner schreibt in Bezug auf die Reichweite des in der Literatur postulierten Freiheitsverlustes

"drug addicts are basically in control of other activities in their lives [...] Even if there are drugs that have the effect of weakening the desire that keeps the mechanisms of rational control in place, that would not explain drug addiction, because drug addiction does not involve a general loss of will in all situations" (Scribner 1994, S. 97).

Innerhalb von Zwangsmaßnahmen wird dem Freiheitsverlust bzw. dem Verlust bestimmter Fähigkeiten eine sehr große Reichweite zugestanden. Sie führen zu äußerem Zwang bis hin zur Entmündigung von als psychisch krank diagnostizierten Menschen und gehen mit einer massiven Einschränkung einer Vielzahl von Grundrechten einher. Der süchtige Mensch verliert damit aber auch die Selbstachtung und gesteht sich selbst keine Kontrolle mehr über seine Lebensentscheidungen zu. Diese Selbsteinschätzung könnte zur self-fulfilling-prophesy werden, durch die sich der süchtige Mensch erneut aufgibt. Insofern könnte man Sucht auch als Aufgabe oder Abgabe der eigenen Kontrollmöglichkeiten

²⁰³ Autonom im Sinne von Höffe, selbst über sich, seinen Körper und seine Psyche bestimmen zu können (Höffe 1997).

²⁰⁴ Ich möchte hierzu anmerken, daß nur beim Menschen von einem Freiheitsverlust aufgrund des unwiderstehlichen Verlangens gesprochen wird. Im Tiermodell der Sucht läßt sich ebenfalls ein *Craving* nachweisen, dessen Intensität gemessen werden kann und das beim Tier zum wiederholten Konsum der Droge führt. Das bedeutet, das der 'ähnliche', 'analoge' Prozeß, der beim Menschen die Suchtdefinition als Freiheitsverlust initiiert hat, beim Tier ebenfalls zu beobachten ist. Was hier jedoch nicht zur Definition eines Freiheitsverlustes führt, da dem Tier keine Freiheitsfähigkeit im menschlichen Sinne zugestanden wird. Die Frage, die aber durchaus gestellt werden kann, ist, ob sich das Kriterium des Craving bzw. die intensiv empfundene Gier nach Drogen für das Aufzeigen eines Freiheitsverlustes wirklich eignen und welche Konsequenzen dies im Hinblick auf das Tiermodell haben könnte.

verstehen. Aus dieser Sicht wird unser Verständnis der Sucht als versklavende und zwanghafte Krankheit möglicherweise zum selbst erzeugten ethischen Problem, indem die bereits aufgezählten Vorannahmen zur weiteren Entmündigung des Drogenkonsumenten führen und ihm durch einen gutgemeinten Paternalismus die Freiheit entziehen, die ihm durch bestehende Interventionsformen gerade wieder zurückgegeben werden soll. Zweifelhaft bleibt in diesem Zusammenhang auch, ob Freiheit überhaupt durch Zwang (z.B. durch eine Zwangstherapie) zurückgewonnen werden kann.

Oder wie Geyer es in einer ethischen Prämisse formuliert "*wenn Freiheit und Autonomie nicht nur ein hohes, sondern unverzichtbares Gut darstellen - ist es dann (und wenn ja unter welchen Umständen) erlaubt, eine Restitution dieses Gutes zu erzwingen, auch gegen die Entscheidung dessen, dem dieses Gut restituiert werden soll*"?(Geyer 1991, S. 24)

Muß nicht zunächst immer von der freien Entscheidungsfähigkeit eines Menschen über sich und sein Leben ausgegangen werden? Oder anders formuliert, welchen Wert besitzt eine Freiheitsfähigkeit, die erzwungen wird und erzwungen werden darf und gegen die man sich nicht entscheiden kann. Ein vorgeschriebenes *Frei-Sein-Müssen*, wäre keine Freiheit mehr und würde das, was wir ja als oberstes Gut ansehen, gerade unterminieren. Wenn wir von dem menschlichen *Gut der Freiheit* ausgehen, müßten wir den willigen Süchtigen aus Frankfurts Beschreibung und seine Sucht als möglichen menschlichen Zustand akzeptieren lernen. Die Freiheitsproblematik innerhalb der Suchtdiskussion kann aber nach Geyer auch als wesentlich umfassendere Werteproblematik angesehen werden, die sich in die gegenwärtige Diskussion um das Menschenbild und das menschliche Selbstverständnis in pluralistischen Gesellschaften einfügt (Geyer 1991, S. 26). Das Selbstverständnis stellt innerhalb der Sucht ein eigenes Problem dar und ist eng mit der Freiheitsproblematik verknüpft. Das Selbstverständnis wird auch bei Frankfurt als ein Problem innerhalb der Sucht angesprochen. Obwohl ich, wie in der Kritik an Frankfurt deutlich geworden ist, Frankfurts Suchttypologie nicht generell zustimme, erscheint mir der Aspekt des Sich-Sorgens und des eigenen Selbstverständnisses ein zentraler Punkt innerhalb einer Auseinandersetzung mit der Suchtthematik zu sein.

8.5. Freiheit und das Selbstverständnis von süchtigen Menschen

Frankfurt spricht mit seinem Personkonzept die Frage nach dem Leben an, das eine Person leben will. Diese Frage erfordert eine Evaluation eigener Werthaltungen, ein *sich klar werden* über eigene Ziele und Lebensperspektiven. Nach Quante ist die personale Identität ein sich in der Biographie der Person manifestierendes Selbstverständnis (Quante 2000, S. 117). Möglicherweise ist es das, was uns am süchtigen Menschen stört, die Tatsache, daß er seine Freiheit, mag er sie auch nur in einem elementaren Sinne besitzen, nicht nutzt, um sich bewußt mit eigenen Lebenszielen auseinanderzusetzen und sich mit ihnen zu identifizieren. Frankfurt geht bei seinem Beispiel der Sucht von einer Disharmonie auf der Wunschebene aus, die auch als psychisches Ungleichgewicht interpretiert werden könnte.

Der Konflikt zwischen den Wunschebenen und den Wünschen setzt zunächst voraus, daß man eine klare Vorstellung über seine Wünsche und Ziele hat, die es ermöglicht, Stellung zu eigenen Wünschen zu beziehen. Vielleicht ist gerade das das Problem des Wantons, sich Wünsche einer bestimmten Art nicht zu

vergegenwärtigen oder nichts zu finden, was einem wünschenswert erscheinen könnte. Die von Frankfurt beschriebene *Gleichgültigkeit* des Wantons kann in diesem Sinne als Unsicherheit oder Perspektivenlosigkeit bezeichnet werden. Ist diese aber damit auch als Unfreiheit zu interpretieren? Seebaß schreibt hierzu: *"Außerdem ist uns nicht alles was wir wollen immer präsent, sondern muß erst bewußt gemacht werden. Dazu ist das Durchdenken der Bedingungen in die ein bestimmter Willensinhalt optimal eingebettet ist, eines der wichtigsten heuristischen Hilfsmittel"* (Seebaß 2000, S.197).

Andererseits könnte man auch fragen, ob die Gleichgültigkeit nicht auch dadurch zustande kommen kann, daß das Zuviel an Zielen und Möglichkeiten in unserer Gesellschaft gerade zu einem Verlust der Orientierung führen kann. Frankfurt sieht Freiheit selbst als in Begrenzungen verwurzelte menschliche Fähigkeit an. *"Ein Mensch, der von allen Begrenzungen frei ist, entbehrt so vollständig aller identifizierbaren Tendenzen und Einschränkungen des Willens, daß er keine Abwägung mehr treffen kann. Ein autonomer Wille benötigt daher Grenzen"* (Frankfurt 1993, S. 110)²⁰⁵. Grenzenlosigkeit bedeutet daher bei Frankfurt Orientierungslosigkeit. Die Aufhebung von Grenzen wird andererseits gerade in unserer Gesellschaft als Ausdruck von Freiheit in Form grenzenloser Möglichkeiten propagandiert. Die Vielfalt an Alternativen könnte als Überforderung des menschlichen Willens verstanden werden und zu eben der Gleichgültigkeit führen, die Frankfurt dem Wanton zuordnet. Diese Überflutung bzw. Überforderung ist jedoch unter anderem durch die äußeren Bedingungen unserer Gesellschaft vorgegeben und nicht alleine von der Konsumsituation des süchtigen Menschen abhängig.

Mit den hier angestellten Überlegungen möchte ich deshalb in erster Linie erfragen, ob als süchtig diagnostizierte Menschen ihre Wünsche klar und präsent vor sich haben und sich mit langfristigen Zielen und Lebensperspektiven auseinandergesetzt haben oder auseinandersetzen wollen, auch wenn sie dabei möglicherweise an die Grenzen ihrer Wünsche stoßen. "Fremde Wünsche" sind so möglicherweise nicht fremd, sondern repräsentieren lediglich unreflektierte oder unbewußte Ideen und Wünsche des eigenen Selbst. Alasuutari merkt in diesem Zusammenhang an: *"If a person wants to get rid of an addiction she has to narrate her life story, so that the problem in question gets a new meaning in her life"* (Alasuutari 1990, S. 25).

In Anlehnung an dieses Zitat von Alasuutari und in Anlehnung an Haker möchte ich das Element der Narrativität einführen (Alasuutari 1990; Haker 2000). Das Erzählen der eigenen Suchtgeschichte könnte in diesem Sinne dazu beitragen, ein eigenes Verständnis des Selbstseins zu entwickeln, ohne auf fremde Wünsche oder seelenversklavende Dämonen und Drogen zurückgreifen zu müssen. So hindert nicht die Sucht, sondern der süchtig gewordene Mensch sich letztlich daran, sich selbst und seine Fähigkeit der Freiheit zu verwirklichen, weil er keine konkreten und langfristigen Ziele und Perspektiven entwickelt hat, entwickeln will oder sie aus bestimmten Gründen bereits zugunsten kurzfristiger Ziele aufgegeben hat. Diese Ungewissheit und ein *Leben in der Gegenwart* interpretiert er möglicherweise als Form einer von ihm selbst definierten Freiheit und zieht sie alternativen Vorstellungen von Freiheit vor.

Gerade deshalb erscheint es mir wichtig, auf Selbstaussagen und die Erzählung der eigenen Lebensgeschichte im therapeutischen Kontext zurückzugreifen, um Unsicherheit und Perspektivenlosigkeit nicht mit Unfreiheit zu

²⁰⁵ Frankfurt kann daher einer negativen Bestimmung von Freiheit, wie sie z.B. von Pauer-Studer in Kapitel 8.2. als Abwesenheit von Beschränkungen definiert wurde, nicht zustimmen.

verwechseln. Gleichzeitig wird damit die "Verobjektivierung" des süchtigen Menschen, über den immer nur gesprochen wird, ohne ihn selbst zu Wort kommen zu lassen, durchbrochen.

Das Erzählen der eigenen Geschichte, ohne äußere Vorgaben, bietet eine Möglichkeit, Sucht als eigene Erfahrung zu begreifen und diese Erfahrung, statt sie zu ignorieren, als Ressource zu nutzen, um sie in das eigene Leben einbauen zu können. Nur durch den Dialog mit süchtigen Menschen wird deren Lebensgeschichte als Geschichte einer Sucht für das Gegenüber zugänglich und verständlich. Der von Frankfurt vorausgesetzte Reflexionsprozeß kann so zum Beispiel über die Erzählperspektive des Konsumenten erfolgen. So schreibt Haker *"die Identität einer Person erwächst aus der Geschichte, die diese selbst erzählt, revidiert und unter dem Eindruck je neuer Erfahrungen variiert"* (Haker 2000, S. 42). Für Alasuutari ist die Identität einer Person ebenfalls unmittelbar mit ihrer Lebensgeschichte verbunden: *"Autobiographies are, after all, texts in which a person produces his or her individuality. Therefore, they can be conceived of as a modern feature: the modern individual constructs his or her identity with the help of his/her life-story"* (Alasuutari 1990, S. 23).

Durch diesen Gedanken inspiriert, könnte man fragen, ob dem süchtigen Menschen durch die Tabuisierung von Teilen seiner Lebensgeschichte nicht ein Teil seiner Identität weggenommen worden ist. Statt kurzfristige Ziele und Wünsche als Fehler zu interpretieren, wäre zunächst zu klären, welche langfristigen Pläne und Perspektiven eine betroffene Person hat und im Rahmen des Möglichen haben kann. Ohne den Versuch des Nachfragens bzw. Erfragens einer Suchtgeschichte kann nicht voreilig auf eine Unfähigkeit zur Selbstreflexion geschlossen werden. Das narrative Element und das Selbstverständnis eines süchtigen Menschen kann in der Therapiepraxis von großer Bedeutung sein, gerade dann, wenn man für einzelne Betroffene die *richtige* Therapie finden will, d.h. eine Therapie, die dem Betroffenen unter Berücksichtigung seiner Biographie und der Geschichte seines Konsums weiterhilft. Nach Alasuutari begreifen viele der von ihm untersuchten Alkoholiker ihr Leben als Schicksal, das sich durch einen *Schicksalsschlag* verändert hat, mit dem man eben auf seine Weise fertig werden muß. Sie glauben weniger an ihre eigenen Wahl- und Handlungsmöglichkeiten. *"They sincerely believe that they are different and that this difference is their destiny rather than the result of their own choices and actions"* (Alasuutari 1990, S. 60). Die Art der biographischen Wiedergabe und die *erzählten Schicksalsschläge* verbinden möglicherweise gerade die Teilnehmer von Selbsthilfegruppen, wie die der Anonymen Alkoholiker, und erzeugen ein Gruppengefühl. In diesen Gruppen wird oft berichtet, daß kleine Erfolge und das Erreichen von Zielen den Glauben an eine Selbstkontrolle zurückgeben, die dann wiederum erzählt und in die eigene Identität integriert werden kann.

Die eigene Suchtgeschichte und die so erzählte Identität können ebenfalls Anhaltspunkte für ein Suchtverständnis in Theorie und Praxis sein. Im nächsten Abschnitt möchte ich ein medizinisches Beratungsmodell vorstellen, daß die hier vorgestellten Gedanken in einen therapeutischen Kontext überführt und als Anregung für die therapeutische Suchthilfe verstanden werden kann.

8.5.1. Freiheit und Selbstverständnis im therapeutischen Kontext - ein Modell

Emanuel und Emanuel haben in ihrer Untersuchung des Arzt-Patient-Verhältnisses vier Modelle beschrieben, durch die sich die Arzt/Helfer- Patient/Klient-Beziehung charakterisieren läßt und die das Prinzip der Patientenautonomie

innerhalb des therapeutischen Kontexts unterschiedlich verwirklichen (Emanuel, Emanuel 1992). Die unterschiedliche Verwirklichung des Prinzips der Patientenautonomie läßt sich auch innerhalb der in dieser Arbeit vorgestellten Denkstile wiederfinden. Die mit den Denkstilen verbundenen Interventionsmaßnahmen und Therapieziele lassen sich mit einem jeweils anderen Helfer-Klient-Verhältnis in Einklang bringen, die sich gerade auch durch die Freiheitsfrage und das unterschiedliche Bild des süchtigen Menschen unterscheiden. Insofern repräsentieren die vier Modelle von Emanuel und Emanuel in einem gewissen Grad das Helfer-Klient-Verhältnis und die damit eingenommenen Grundhaltungen gegenüber süchtigen Menschen. Ich möchte Emanuel und Emanuel Modelle deshalb im Zusammenhang der Suchtbehandlung diskutieren und sie durch das Element der Narrativität ergänzen.

Die vier Modelle, die von den Autoren als charakteristische Behandlungstypen beschrieben werden, sind (a) das paternalistische Modell, das innerhalb des Denkstils der Sucht als Krankheit in der Praxis angewandt wird und die Problematik einer Zwangsbehandlung umfaßt; (b) das informative Modell, das als eine liberale Behandlungsmethode angesehen werden kann, sowie das (c) interpretative und (d) deliberative Behandlungsmodell. Das paternalistische Modell geht von objektiv geteilten Wertvorstellungen aus. Im paternalistischen Modell soll zum Wohle des Patienten gehandelt werden, auch wenn dieser andere Vorstellungen und Wünsche über mögliche Behandlungsziele äußert (Emanuel, Emanuel 1992). Die Autonomie kann hier also zugunsten des Fürsorgeprinzips überschrieben werden. Das Modell setzt damit aber auch voraus, daß es objektive Werte und Prinzipien geben kann, die als Kriterien für die Behandlung von Kranken angewandt und von der Gesellschaft, dem Arzt und dem Betroffenen geteilt werden können. Im informativen Modell gibt der Arzt nur Informationen und faktisches Wissen über mögliche Therapien und Risiken des Patienten/Klientenzustandes an diesen weiter. Der Arzt gibt sich hier als kompetenter, technischer Experte. Die Wahl für bestimmte therapeutische Eingriffe und Ziele bleibt letztlich dem Patienten/Klienten selbst überlassen. Dies entspricht bezüglich der Sucht einem liberalen Beratungsmodell, das dem süchtigen Menschen die volle Entscheidung und Verantwortung für seinen Zustand abverlangt. Während a. die Autonomiefähigkeit des Patienten im Konfliktfall vernachlässigt, erscheint b. der Autonomie des Patienten/Klienten eine zu starke Bedeutung zuzuschreiben, die der spezifischen Situation eines süchtigen Menschen in vielen Fällen nicht gerecht wird. Die *liberale Beratung* wird damit unter Umständen zu einer defizitären Hilfeleistung und kann im Extremfall dazu benutzt werden, Unterlassungen und gesellschaftliche Passivität gegenüber süchtigen Menschen und deren Problemen zu rechtfertigen.

Das interpretative Modell von Emanuel und Emanuel betont dagegen das Selbstverständnis des Patienten/Klienten und stellt es in den Mittelpunkt der Therapiepraxis. Zur Entscheidungsfindung und für das therapeutische Vorgehen versucht der Arzt, relevante Werthaltungen und Perspektiven beim Patienten/Klienten herauszuarbeiten und mit dem Betroffenen zu interpretieren. Es geht also um eine Implementierung der Patienten/Klientenwerte in die therapeutische Intervention. Der Arzt tritt dabei als Berater auf. "*The physician must conceive the patient's life as a narrative whole, and from this specify the patient's values and their priority*" (Emanuel, Emanuel 1992, S. 2222).

Der Begriff der Autonomie wird damit am Selbstverständnis und der personalen Identität des Klienten/Patienten ausgerichtet. Das erzählerische Moment und die Biographie des Klienten spielen eine bedeutende Rolle bei der Bestimmung von Therapiezielen und einer geeigneten Interventionsform und ist nicht zuletzt

essentiell für die Beantwortung der Autonomie/Freiheitsfrage. Die Autonomie oder Freiheit, wie sie in diesem Kapitel diskutiert worden ist, wird im Fall des interpretativen Modells an das Selbstverständnis und die erzählte Identität des Betroffenen gebunden und auch dadurch beantwortet.

Im sogenannten deliberativen Modell verhilft der Arzt/Helfer dem Patienten/Klienten ebenfalls zur besten Wahl von Werten und Zielvorstellungen. Im Vergleich zum interpretativen Modell versucht der Arzt jedoch, seinem Klienten die nach seinem Wissen besten Werte und Ziele vorzugeben und ihn von diesen Werten und Zielen zu überzeugen. Der Arzt schlüpft also in die Rolle eines Lehrers, der die Autonomie seines Patienten/Klienten als moralischen Entwicklungsprozeß in Bezug auf die therapeutische Versorgung versteht. Der Patient und Klient soll nicht einfach die Werte und therapeutischen Zielvorstellung seines Arztes übernehmen, sondern sich diesen in einem gleichwertigen Dialog annähern. Dies setzt jedoch voraus, daß der Arzt weiß, was das Beste für seinen Patienten/Klienten ist. Das entspricht möglicherweise der in der Psychotherapie angesprochenen Diskussion um mögliche *Sollwerte* in der Suchttherapie. Die Vorgabe von bestimmten Zielen und Verbesserungen kann durchaus für rein medizinische Information über den Gesundheitszustand sinnvoll erscheinen. In Situationen, die sich darüber hinaus auf die Lebensumstände und die sozialen Interaktionen von Betroffenen beziehen, scheint mir dieses Modell jedoch eine Überforderung an die Medizin und den Arzt darzustellen.

Da eines der relevanten Probleme einer Suchtentwicklung aus dem Selbstverständnis des Betroffenen im Zusammenhang mit seiner Autonomiefähigkeit resultiert, schlage ich hier das interpretative Modell, als das möglicherweise geeignetste für viele Alkohol- und Heroinsüchtige Menschen vor. Es gibt durchaus Situationen im Kontext der Sucht, die eine paternalistische oder deliberative Vorgehensweise erforderlich machen (z.B. akute Vergiftungserscheinungen, zusätzliche psychische Störungen, äußere Umstände). Ich möchte das bevorzugte Modell auch als *interpretatives Hilfsmodell* bezeichnen und es auf das Helfer-Klient-Verhältnis in der Suchthilfe anwenden.

Das interpretative Modell könnte sowohl innerhalb des Denkstils 'Krankheit' als auch innerhalb des Behavioural Approach und des Akzeptanzmodells zur Anwendung gebracht werden. Die Autonomie des Klienten wird dabei im Sinne, sich selbst neue Perspektiven setzen zu können und sich für bestimmte *langfristige Ziele* entscheiden zu können, verstanden und anerkannt. Die interpretative Methode hat damit zum Ziel, im Rahmen des Möglichen, alternative oder bereits bestehende langfristige Perspektiven für und mit dem Süchtigen herauszuarbeiten. Die Hilfe zur Umsetzung muß dabei im Einzelfall bestimmt und in dem vom Klienten benötigten und gewollten Maße gewährleistet werden. Das interpretative Modell läßt im Extremfall aber auch die Therapieverweigerung durch den Klienten zu. Es erfordert gleichzeitig auch die Zulässigkeit von alternativen Behandlungszielen (Methadonbehandlung, kontrolliertes Trinken) ein, die mit dem Klienten und seiner persönlichen Lebensgeschichte abgestimmt werden müssen. Dabei spielt, wie bereits erwähnt, das erzählerische Element eine große Rolle. Die Anregung zur eigenen und offenen Darstellung einer Sucht, ohne sich mittels Ausreden vor dieser zu verstecken, initiiert die Artikulation von Wertvorstellungen und regt zur Stellungnahme zu sich selbst und zu den eigenen Handlungen an.

Innerhalb der Diskussion um Qualitätsstandards und das Qualitätsmanagement in der Suchthilfe wurde auf die Schwierigkeit verwiesen, Werte und Leitbilder zu entwickeln, die von allen Beteiligten übernommen werden können und die nicht nur die Wertvorstellungen und Ausrichtungen des behandelten Arztes

oder der Institution repräsentieren. Therapieziele der Suchthilfe könnten in Anlehnung an Emanuel und Emanuel, neben der Sicherung des Überlebens und der Verbesserung des Gesundheitszustandes von süchtigen Menschen (Harm Reduction) die Aufarbeitung eines Selbstverständnisses in Form von Werthaltungen und Lebensperspektiven der Betroffenen sein, denen über die interpretative Methodik eigene Werte und Ziele bewußt gemacht werden. Die so herausgearbeiteten Werte müßten dann jedoch auch diskutiert und akzeptiert werden können.

Zur Realisierung konsensfähiger Leitbilder in der Therapie erscheint es notwendig, die Betroffenen stärker in das Therapiegeschehen einzubeziehen. Mit dem Erzählen der eigenen Geschichte kann ein Dialog induziert werden, der durch einen reflexiven Prozeß zur Erarbeitung genereller Leitbilder und Sollwerte führen kann, die dann im Einzelfall nochmals näher spezifiziert werden müßten. Indem der süchtige Mensch die Sucht nicht nur als etwas Passives, das ihm passiert ist, sondern als *seine* persönliche Geschichte anzuerkennen bereit ist, übernimmt er auch wieder eine Eigenverantwortung für sich und sein Leben. Das Potential der erzählten Lebensgeschichten kann auch innerhalb von Präventionsprogrammen sinnvoll genutzt werden und zur Diskussion eigener Ziele und Wünsche bei Jugendlichen und Kindern anregen. Da die eigene Geschichte im Kontext anderer Lebensgeschichten steht und mit ihnen verbunden ist, bedeutet das für die Betroffenen jedoch auch konsequenterweise, eigene Lebenskonzepte überdenken zu müssen und im Hinblick auf die Interessen anderer Menschen in ihrem Umfeld und der Gesellschaft zu überprüfen. Die individuelle Lebensgeschichte wird so in den sozialen Kontext eingebunden. Die *Frankfurtsche Sorge* um sich selbst setzt gerade das Eingebundensein einer Person in einen sozialen Kontext voraus, in dem auch ein *Sich-Sorgen um Andere* entwickelt werden kann. Die eigene Sorge um das Selbst wird damit zur Voraussetzung, Sorge für Andere (Für-Sorge) übernehmen zu können (in Anlehnung an Reich 2000). Vielleicht ist es diese Art von Verantwortung, die Frankfurt der Person zuschreibt, wenn er von der Identifikation einer Person mit den ihr eigenen und den zu ihr gehörenden Wünschen spricht, die immer selbst verantwortet werden müssen.

Diese Anmerkungen leiten bereits über zur Frage nach der Verantwortung eines süchtigen Menschen für seine Sucht und die damit verbundenen Handlungen, die nicht nur Süchtige, sondern auch Dritte und die Gesellschaft im Ganzen betreffen und zugleich schädigen können.

Kapitel 9. Sucht und Gesellschaft

Die eigenen Werte und Wertsysteme des süchtigen Menschen wurden in Kapitel 8. als essentiell für die Behandlung und das Selbstverständnis des süchtigen Menschen vorgestellt. Das interpretative Modell bietet dabei eine Hilfe zur Selbsthilfe an. Eine Interpretation der eigenen Lebensziele- und Perspektiven kann aber nicht isoliert erfolgen, sondern muß in den gesellschaftlichen Kontext eingebunden sein. Auch individuelles Handeln kann nicht unabhängig von den bestehenden institutionellen Bedingungen betrachtet werden, in denen sich der Mensch immer schon befindet (Knobloch 1994). Die persönlichen Werte und Ziele Einzelner können nicht rücksichtslos umgesetzt werden, sie stoßen, geht man nicht von einer egoistischen Gesellschaft aus, an die Grenzen, die durch die Interessen Dritter und die Gesellschaft gekennzeichnet sind. Die gesellschaftlichen Interessen und die Interessen von Drogenkonsumenten bestimmen zudem auch die Form und Ausgestaltung erwünschter Hilfeleistungen. Ziele und Leitbilder der Suchthilfe sind so an Interessen und Interpretationen einzelner Gruppen (z.B. Vertreter einzelner Denkstile), der Gesellschaft und an das Selbstverständnis einzelner Drogenkonsumenten geknüpft. Deshalb möchte ich in diesem Kapitel Fragen nach dem guten Leben (Individauehik), Fragen nach einem sozial verträglichen Konsumverhalten sowie gerechten Hilfeleistungen thematisieren.

Das gesellschaftliche und therapeutische *Handeln* in der Suchthilfe soll im Rahmen der Gerechtigkeitstheorie von John Rawls und dessen Idee einer Gerechtigkeit als Fairness diskutiert werden. Ziel des Kapitels *Sucht und Gesellschaft* ist es darzulegen wie ein Minimalkonsens im Suchthilfesystem aussehen könnte, und wie uns dieser erworbene Konsens zu einer *Kultur des Umgangs* mit süchtigen Menschen und Drogen befähigen würde.

9.1. Gesellschaftliche Interessen

Es läßt sich zeigen, daß eine *Ethik der Sucht* wohl beide Perspektiven, die individuelle, wie auch die institutionelle, berücksichtigen muß, um dem Phänomen der Sucht gerecht zu werden. Läßt man die soziale Perspektive aus, gewinnt man schnell den Eindruck, es handele sich bei Sucht um ein rein individuelles Problem, das sich in seinen Auswirkungen nur auf den Konsumenten von psychoaktiven Substanzen bezieht. Eine solche Perspektive reicht jedoch nicht aus, um das Phänomen der Sucht befriedigend beschreiben zu können. Die Gesellschaft wird von den Folgen der Sucht ebenfalls tangiert und besitzt zudem dem Drogenkonsum entgegengesetzte Interessen. In Anlehnung an Rust steht dem Wunsch nach Drogenkonsum und dem damit verbundenen Risiko einer Suchtentwicklung, das gesellschaftliche Interesse an der (1) Volksgesundheit, (2) Schutz der Jugend vor *Ansteckung*, und (3) die Vermeidung von öffentlichem Ärgernis gegenüber (Rust 2000, S. 579). Dem läßt sich zudem der Schutz direkt Betroffener, also dritter Personen hinzufügen, die durch psychisches Leid, Gewalttaten oder Unfälle in das Problem des Drogenkonsums involviert sind. Leider wird die öffentliche Diskussion gesellschaftlicher Interessen meistens auf die Kosten, die durch den Konsum und seine Folgen entstehen, beschränkt. Dies ist insofern bedauerlich, als sich ein großer Anteil der aufgeführten Kosten, durch spezifische Einstellungen und Maßnahmen der Prohibition als selbst erzeugte Kosten ausweisen lassen. Andere angeführte Kosten, wie psychosoziales Leid, Unfallkosten usw. lassen sich des weiteren schwer oder gar nicht bestimmen. Im Fall der Kosten werden in verschiedenen Quellen zudem völlig

andere Zahlenwerte angegeben. Das liegt in der unterschiedlichen Einbeziehung von Kostenfaktoren begründet. In den einzelnen Quellen zur Kostenrechnung der Alkohol- und Heroinsucht wird außerdem nicht darauf eingegangen, wie sich die Rechnung zusammensetzt und welche Werte lediglich als Schätzwerte angenommen werden. Insofern können die Kosten auch nur jeweils indirekt oder als Schätzwerte in eine Kosten-Nutzen-Rechnung einfließen. Dem Konsum, der immer mit dem Risiko einer Suchtentwicklung einhergeht und insofern von allen regelmäßigen Konsumenten von psychoaktiven Substanzen in Kauf genommen wird, stehen aber, vor allem im Bereich der legalen Drogen, durchaus auch positive Effekte gegenüber. Der Konsum von legalen Drogen, wie z.B. Alkohol, besitzt in unserer Gesellschaft Tradition und ist mit Genußwerten verbunden, die aufgrund des sozialen Charakters der Konsumsituation, die Geselligkeit fördern und zur allgemeinen Entspannung beitragen. Gerade die entspannende Wirkung des Alkohols verleiht der Substanz eine soziale Bedeutung. Alkohol wird aufgrund seiner entspannenden und geselligkeitsfördernden Wirkung oft dazu benutzt, Streß und schlechte Laune im Alltag auszugleichen. Das gesellschaftliche Interesse an bestimmten Regelungen und Interventionsformen in Bezug auf den Drogenkonsum ist somit nicht immer eindeutig bestimmbar. Es wäre daher sinnvoll, sich zunächst mit folgenden Fragen auseinanderzusetzen, die relevant für eine öffentlichen Diskussion sein könnten. Die Gesellschaft muß in Bezug auf den Suchtmittelkonsum nachfolgende Aspekte klären:

(1) Wie gehen wir mit Drogen in unserer Gesellschaft um.

(2) Welche Drogen und welche Bewußtseinszustände wollen wir in unserer Gesellschaft zugunsten des Genusses bzw. anderer Werte zulassen und als positiv betrachten?

(3) Wie gehen wir mit dem Risiko einer möglichen Suchtentwicklung um und welche präventiven Strategien und Hilfeleistungen wollen wir anbieten? Welche Kosten und Schäden wollen und können wir tolerieren und bezahlen.

(4) Was erwarten wir von einzelnen Konsumenten, vor allem dann, wenn sie die sozial und kulturell gesetzten Grenzen eines normalen und von uns als sozial verträglich erachteten Konsums überschritten haben bzw. sich im Zustand der so definierten Sucht befinden.

(5) Welche Art von Freiheit und Verantwortung gestehen wir den als süchtig klassifizierten noch zu?

Die ersten beiden Überlegungen (1,2) tangieren die Frage nach den Erlebniszuständen, die wir in unserer Gesellschaft akzeptieren oder sogar fördern wollen und solchen, die wir als unerwünscht betrachten und nicht zulassen wollen. Dies setzt eine grundlegende Diskussion über die Erwünschtheit und Unerwünschtheit von psychischen Erlebnis- und Befindlichkeitszuständen voraus, die gerade auch innerhalb der Definition und Behandlung von psychischen Erkrankungen von großer Bedeutung ist. Denn eine psychische Erkrankung verweist auf nicht wünschenswerte bzw. psychische Zustandsweisen, die entweder sozial oder individuell als unerträglich und zerstörerisch empfunden werden. Um Sollzustände überhaupt formulieren zu können, muß zunächst geklärt werden, welche Interessen die Gesellschaft in dieser Hinsicht verfolgt.

Die Fragen (3), (4) und (5) beziehen sich auf die soziale Verantwortung, die die Gesellschaft für Suchtentwicklungen übernehmen will und sprechen vor allem die Frage nach gesellschaftlich bereitgestellten Hilfeleistungen und Präventionsprogrammen an.

Damit ist das in Kapitel 7. dargelegte Prinzip der staatlichen Fürsorge angesprochen, das im therapeutischen Kontext dem Recht und der Fähigkeit auf Selbstbestimmung entgegengesetzt wird und zu dem erwähnten Grundkonflikt der Sucht beiträgt.

Die eben aufgeworfenen Fragestellungen, die in diesem Kapitel behandelt werden, beziehen sich also zum einen auf (1) den öffentlichen Diskurs über die Bewertung von psychischen Erlebnisweisen und den psychischen Krankheitsbegriff²⁰⁶ und (2) auf die von einer Gesellschaft bereitgestellte, institutionalisierte Hilfe, die zugleich die Frage nach den Rechten wie auch Pflichten der Gesellschaft und der in ihr lebenden Drogenkonsumenten thematisiert. Insofern läßt sich die letzte Frage auch als Frage nach einer gerechten Berücksichtigung von Interessen und Bedürfnissen aller im Suchtdiskurs beteiligten Personen und Gruppen verstehen. Diese sollen im vorliegenden Kapitel in Form einer gerechten und fairen Hilfe diskutiert werden.

9.1.1. Über Wünschenswerte und sozial erwünschte Erlebniszustände

Wie könnte eine Diskussion über psychische Erlebnisweisen und Drogen in unserer Gesellschaft aussehen? Die Suchtproblematik kann beispielsweise als Frage nach der Veränderung von psychischen Erlebnisweisen beim Menschen diskutiert werden. Dabei ist vor allem wichtig, welche Erlebniszustände wir auf psychischer Ebene zulassen wollen und welche Sollzustände in der Psychotherapie in Form von Therapiezielen angestrebt werden. Diese Frage hat erheblichen Einfluß auf die Bewertung der Sucht und der Konsumenten von psychoaktiven Substanzen sowie auf die therapeutische Praxis, in der implizit formuliert wird, welche psychischen Zustände wir als gesund und in diesem Sinne auch als gut bezeichnen²⁰⁷ wollen. Eine Diskussionsform bietet die von Thomas Metzinger postulierte Bewußtseinsethik an, die ich im am Beispiel der Drogensucht kurz erläutern und zu Diskussion stellen möchte (Metzinger 1996, 1996a). Unter Bewußtseinsethik²⁰⁸ versteht Metzinger die Reflexion über Handlungen, bei denen Menschen durch gezielte Eingriffe ihr eigenes, oder fremdes Bewußtsein verändern, um ein bestimmtes und von ihnen

²⁰⁶ Denn das Unerwünschte wird auch als psychisch abnormal bzw. abweichend und damit auch häufig als krankhaft definiert. Insofern tangiert eine Diskussion um wünschbare psychische Zustände gerade auch die Definition von psychischer Krankheit und den gesellschaftlichen Umgang mit psychisch Kranken.

²⁰⁷ Ich möchte hier nicht den Eindruck vermitteln, das *gesund* und *gut* als Synonyme verwendet werden können oder sollen. Wie aber bereits in den Kapiteln 5. und 6. angesprochen, scheint eine Gleichsetzung in der psychotherapeutischen Praxis durchaus üblich zu sein. Damit wird der Begriff *gut* allerdings durch eine bestimmte Vorstellung von Gesundheit und Funktionsfähigkeit ersetzt, die sich entweder auf einen funktionalen oder subjektiven Gesundheitsbegriff beziehen.

²⁰⁸ Die Definition des Begriffes *Bewußtsein* ist umstritten. Daher soll auf den Begriff hier nur im Zusammenhang mit der von Metzinger vorgeschlagenen Bewußtseinsethik eingegangen werden. Im weiteren wird der Begriff der Erlebnisweise vorgezogen, unter dem das *subjektive Erleben* einer bestimmten Situation verstanden wird, welcher dann als subjektive Erfahrung eines bestimmten Individuums beschreibbar und vergleichbar wird.

intendiertes Erlebnis herbeizuführen. Metzingers Bewußtseinsethik reflektiert die Bewertung von Erlebniszuständen und deren moralische Relevanz in unserem Leben (Metzinger 1996). Was ist beispielsweise ein guter Bewußtseinszustand, gibt es im normalen Alltag Formen des subjektiven Erlebens und der Selbsterfahrung, die besser sind als andere? Damit schneidet Metzinger im moralischen Sinne gerade die Frage nach dem guten Leben an. Die Bewertung einer Droge selbst könnte jedoch zunächst eine außermoralische Bewertung sein. Sie wird erst zu einer moralischen Frage, wenn eine Person oder eine Gruppe von Personen diese für einen bestimmten Zweck benutzt bzw. einen bestimmten Zustand anstrebt, der als umstritten gilt, oder zu moralisch bewertbaren Folgen führt, wie dies im Fall des Drogenkonsums und der Sucht gegeben zu sein scheint. Metzinger fragt deshalb weiter, welche Klassen von Bewußtseinszuständen in unserer Gesellschaft illegal sein sollten, welche wir etwa durch die Pharmakologie, die Pädagogik oder bei der Gestaltung von medialen Umwelten verstärkt fördern wollen. Das Projekt einer Bewußtseinsethik ist nach Metzinger ein schwieriges Unterfangen, weil es sich dabei nicht nur um eine ethische Bewertung, sondern um die normative Einschätzung von Erlebnisformen im allgemeinen handelt. Bewußtseinsethik könnte man deshalb als eine neue Bereichsethik verstehen, die sich mit solchen Handlungen auseinandersetzt, deren primäres Ziel es ist, den phänomenalen Inhalt der geistigen Zustände des Handelnden in eine bestimmte Richtung gezielt²⁰⁹ zu verändern (Metzinger 1996a).

Das bedeutet, man braucht eine normative Theorie darüber, was gute und schlechte Bewußtseinszustände sind. Dabei sollte es nach Metzinger neben der Analyse von neurowissenschaftlichen Theorien auch darum gehen, deren kulturelle Konsequenzen rechtzeitig zu analysieren und Vorschläge zu Verminderung der mit ihnen verbundenen Risiken zu entwickeln. Die Idee einer normativen Theorie von Bewußtseinszuständen ist vor allem auch für die psychotherapeutische Praxis und ihre Ziele relevant. So erscheint es uns doch notwendig zu sein, psychische Veränderungen und angestrebte Therapieergebnisse begründen zu können, insbesondere dann, wenn wir sie ohne Einwilligung der Patienten unter Zwang einfordern.

Um die Erwünschtheit eines Erlebniszustandes zu evaluieren, ist es notwendig, den Wert dieses Erlebnisses vor allem im Vergleich mit anderen Erlebnisformen zu bestimmen und vergleichen zu können. Der Wert und der potentielle Schaden einer Droge und eines Drogenerlebnisses für den Konsumenten und die Gesellschaft scheinen von pharmakologischen wie auch von sozialen Variablen bestimmt zu sein. Der Wert eines Drogenerlebnisses kann mit Bezug auf die Gesellschaft gemessen werden (z.B. wird Alkohol ein sozialer Wert beigemessen), oder sich nur auf den einzelnen Konsumenten (Genußerlebnis, Glück) beziehen. Genauer gesagt, geht es darum, zu bestimmen, ob ein künstlich durch Drogen erzeugtes Erlebnis den gleichen Wert haben kann wie eine alternative Veränderung des psychischen Zustandes, die ohne Drogen z.B. durch Meditation erreicht werden kann. Der Wert wird auch daran gemessen werden, ob sich solche *künstlichen*²¹⁰ Erlebnisse in die Idee eines guten Lebens integrieren lassen und als

²⁰⁹ Dies wäre bei Drogen ein schwieriges Unterfangen, da gerade die kontrollierte Unkontrolliertheit Folge der Droge ist und auch sein soll. Gerade das Unwissen darüber, was passiert, wird zum Kick für das Drogenerlebnis.

²¹⁰ Das Drogenerlebnis wird als künstliche oder virtuelle Erfahrung beschrieben, da die Wahrnehmung und das Erleben der jeweiligen Situation durch die Einnahme von psychoaktiven Substanzen bewußt verändert bzw. manipuliert wird, ohne den weiteren Verlauf kontrollieren zu können (*kontrollierte Unkontrolliertheit*). Die Zuschreibung einer *Künstlichkeit* relativiert sich allerdings zu einem gewissen

langfristige Perspektive für Einzelpersonen gelten können. Dieser Ansatz ist eine mögliche Basis für die Diskussion von Sucht und Drogen und bietet auch einen Übergang zum therapeutischen Umgang an, weil er die Frage aufwirft, welche Zielzustände wir therapeutisch anstreben wollen und wie man solche Zielzustände methodisch erreichen kann. Im Anschluß möchte ich nun die gesellschaftliche Verantwortung und die damit assoziierten gesellschaftlichen Hilfeleistungen für süchtige Menschen diskutieren.

9.1.2. Der Begriff der Verantwortung

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel deutlich wurde, halte ich es für problematisch, süchtigen Menschen jede Art von Verantwortung grundsätzlich und verallgemeinernd abzusprechen. Gerade eine Übernahme von Verantwortung für den Verlauf des eigenen Lebens erscheint auch für die Therapie und die Entscheidung für eine Kooperation mit Hilffsystemen von großer Bedeutung zu sein. So schreibt Petzhold *"Erziehung und Veränderung eines Verhaltens sind nur unter der Voraussetzung denkbar, daß der Klient als verantwortliches und moralisches Subjekt wahrgenommen werden kann"* (Petzhold 1990)²¹¹.

Der Begriff der Verantwortung ist äußerst facettenreich. Verantwortung kann sich im allgemeinen auf individuelle wie auch kollektive Handlungen beziehen, die in der Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft ausgeführt und gegenüber etwas, jemanden, sich selbst oder einer Instanz geltend gemacht wird. Aufgrund der Verantwortung, so Höffe, wird der Mensch zu einem moralischen Subjekt, aber auch zu einem Rechtssubjekt und muß für seine Handlungen oder Unterlassungen und deren Folgen eintreten (Höffe 1997, S. 315). Das Eintreten äußert sich nach Höffe in einer Rechenschaftsverantwortung gegenüber jemanden und in einer Haftungsverantwortung, mit der man für seine Schädigungen, Verfehlungen oder Vernachlässigungen und deren Folgen haftet.

Auch Lenk unterscheidet verschiedene Typen von Verantwortung, nämlich eine (1) Kausalverantwortung, d.h. Verantwortung für die Wirkung von Handlungen oder Unterlassungen (2) eine Haftungs- oder Verschuldungsverantwortung, (3) eine Betroffenheitsverantwortung gegenüber sich selbst (nach Lévinas)²¹², (4) eine Seinsverantwortung oder Fürsorgeverantwortung²¹³ und einer (5) moralischen Verantwortung (Lenk 1997).

Der Verantwortungsbezug wird in aktuellen Diskussionen häufig mit den Begriffen Haftbarkeit und Zurechnungsfähigkeit assoziiert²¹⁴. Dies muß jedoch nicht

Grad, wenn man sich vergegenwärtigt, daß in bestimmten Genuß- oder Streßsituationen endogene Opiate, deren Ausschüttung man bedingt z.B. durch sportliche Tätigkeiten veranlassen kann, ebenfalls zu einer zeitlich begrenzten und veränderten Form des Erlebens führen können. Mit den erweiterten Kenntnissen der Hirnforschung und der Kontrolle eigener Gehirnaktivitäten durch z.B. Biofeedback ist deshalb zu fragen, welche Bedeutung wir den Begriffen künstlich und natürlich geben wollen.

²¹¹ In: Battegey, Rauschfleisch 1990, S. 166.

²¹² Hierunter versteht Lenk im Sinne von E. Lévinas eine Selbstverantwortung, die die Ausbildung eines ethischen Wesens voraussetzt, die erst durch die Konfrontation mit dem Anderen und seiner Hilfsbedürftigkeit entsteht (Lenk 1997, S. 62).

²¹³ die Lenk in Anlehnung an Jonas als Verpflichtung zur Fürsorge und fürsorglichem Handeln versteht (Lenk 1997, S. 65).

so sein. Eine reine Kausalverantwortung benennt den Betroffenen zunächst nur als Urheber einer Handlung und fordert daher die Anerkennung der Urheberschaft ein, die bereits in Kapitel 8. im Zusammenhang mit der Willensfreiheit angesprochen wurde.

Die Urheberschaft besagt rein formal nur, daß entsprechende Handlungsfolgen oder Entscheidungen einer bestimmten Person zuzuordnen sind. Damit ist die Frage nach der Haftung und der Schuldfähigkeit noch nicht beantwortet. Die Kausalverantwortung und die Haftungsfrage werden oft voneinander abhängig gemacht, wobei die Haftung wiederum an das Kriterium der Zurechnungsfähigkeit gebunden ist. Eine zu starke Verbindung von Verantwortlichkeit und moralischer Schuld erscheint im Zusammenhang einer Suchtentwicklung wenig sinnvoll. Eine Mitverantwortung, die sich nicht als eine Schuldzuweisung verstehen lassen muß, ist kein Hindernis dafür, weitere Hilfeleistungen anzubieten und sie über das Sozial- und Gesundheitssystem finanziell zu fördern. Schließlich stellt Sucht bzw. der Konsum von psychoaktiven Substanzen ein Bedürfnis vieler Menschen in unserer Gesellschaft und damit ein kontextbezogenes Problem dar, das sich nicht isoliert betrachten läßt. Dies zeigen auch die Erklärungsmodelle, die den Einfluß von Peereffekten, der Familiensituationen oder situativer Streßfaktoren auf den Drogenkonsum Einzelner veranschaulichen.

Die hier eingeforderte Verantwortung bezieht sich deshalb auf den therapeutischen Bereich und die damit verbundene Mitverantwortung für Interventionsmaßnahmen und für die eigene Zukunft der Betroffenen, die auch Voraussetzung dafür ist, den süchtigen Menschen als moralisches Subjekt und gleichwertiges Gegenüber anzuerkennen. Eine mittelbare Verantwortung für die voraussehbaren Folgen bestimmter suchtbedingter Handlungen oder Unterlassungen sowie für den Eintritt in eine Suchtentwicklung selbst sind nicht einfach per Krankheitsdefinition auszuschließen. Dabei muß eine mittelbare Mitverantwortung nicht als ein simples Aufbürden von Schuld begriffen werden, sondern kann vor allem im Sinne einer Kausalverantwortung sowie im Sinne einer Verantwortung für die langfristige Perspektive und die Entscheidung für oder gegen Hilfe betrachtet werden. Verantwortung kann laut Wiesing zudem in einem Miteinander begründet sein, das eine Gegenseitigkeit voraussetzt. *"Folglich ist von dem Verantwortungssubjekt zu verlangen, daß es die aus dem Miteinandersein entstandene Verantwortungsinstanz bereits akzeptiert hat"* (Wiesing 1995, S. 86). Für Illhardt und Koch besteht ein Modell der therapeutisch-medizinischen Praxis in einem Verantwortungsbegriff, der diesen als Gegenseitigkeit, d.h. *"als Austausch von Interessen in voller Gegenseitigkeit versteht. Gegenseitigkeit weil, jeder, auch der Arzt, letztlich nur insoweit Verantwortung trägt, als auch der Andere bzw. die anderen Menschen für ihn Verantwortung tragen"* (Illhardt, Koch 1985, S.16). Diese Gegenseitigkeit, in der Institution und Patient/Klient gleichermaßen eine Verantwortung für den Zustand und die Perspektiven des Patienten/Klienten übernehmen, stellt eine Art von Interessengemeinschaft dar. Diese kann vom Patienten/Klienten aufgekündigt werden, wenn dieser zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Hilfe mehr in Anspruch nehmen will. Die Verantwortung, die der süchtige Mensch damit übernimmt, bedeutet jedoch nicht, daß er sich Sollwerte und Lebensziele vorschreiben lassen muß oder auf individuell Präferenzen verzichten

²¹⁴ Nach Bayertz entspricht die Verbindung von Verantwortung und Zurechnung dem klassischen Verständnis einer Kausalverantwortung für etwas (Bayertz 1995). Wichtig ist so Bayertz, *"daß die Zurechnung von Verantwortung stets mit einem Werturteil verknüpft ist [...]. Eine Verantwortungszuschreibung ist immer auch das Erheben eines Vorwurfes"* (Bayertz 1995, S. 13).

sollte. Denn das Prinzip der Gegenseitigkeit fordert auch die Gesellschaft zur Übernahme einer Verantwortung auf, die zum Beispiel in Form von Hilfeleistungen und Solidarität zum Ausdruck gebracht werden kann. *"Wenn wir in einer Situation einem anderen begegnen, der hilfsbedürftig ist, fühlen wir uns insoweit verantwortlich, als wir diese Hilfsbedürftigkeit feststellen und als wir von einem Anspruch von Hilfe an uns, betroffen sind"* (Lévinas in: Lenk 1997, S. 11).

Die sozialpsychologischen und soziologischen Ursachentheorien weisen den gesellschaftlichen Bedingungen eine kausale Verantwortung für eine Suchtentwicklung zu. Besonders bei legalen Drogen, deren Konsum durch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gefördert und durch die der Staat über Steuereinnahmen materielle Gewinne erzielt, kann sich die Gesellschaft im Ganzen einer Mitverantwortung an dem bewußt wahrgenommenen Risiko einer Suchtentwicklung nicht entziehen. Deshalb ist auch die Gesellschaft an dem Drogen- und Suchtproblem beteiligt. Eine gesellschaftliche Verantwortungsübernahme für das Problem der Sucht kann sich so in Präventions- und Hilfsprogrammen zeigen, die staatlich gefördert und finanziert werden. Eine Verantwortung im Sinne von Gegenseitigkeit fordert also sowohl die Konsumenten von Drogen wie auch die Gesellschaft zu einer Übernahme und Anerkennung von Verantwortung auf. Die Verantwortungsproblematik innerhalb des Suchtgeschehens verweist damit auf eine soziale Dimension von Verantwortung. Mit der sozialen Dimension gewinnt auch ein Typ von Verantwortung an Bedeutung, die Bayertz als prospektive Verantwortung bzw. als Fürsorge-Verantwortung (siehe auch Lenk) bezeichnet. Diese soziale Verantwortung unterliegt vor allem auch möglichen Interventionsformen zur Sucht, die im präventiven wie therapeutischen Kontext zur Erhaltung oder Wiederherstellung erwünschter Zustände angeboten werden.

9.2. Fragen nach dem guten Leben und Fragen der Gerechtigkeit

Eine Integration von gesellschaftlichen wie auch individuellen Interessen scheint notwendig zu sein, um eine stabile Akzeptanz eines Denkstils und entsprechender Hilfeleistungen sichern zu können. Das bedeutet auch, daß sich eine Ethik der Sucht gleichzeitig als Individualethik und als Sozialethik verstehen kann. Wir benötigen demnach eine Methode, mittels derer kollektive Interessen wie auch individuelle Interessen und Bedürfnisse gleichermaßen berücksichtigt werden können und als Grundlage für notwendige Hilfsangebote im Suchthilfesystem zur Verfügung gestellt werden. Auch Harry Frankfurt erörtert mit seinem Konzept des Sich-Sorgens die Frage nach dem Leben, das jeder Einzelne leben möchte. Das Sich-Sorgen schließt aber auch bei Frankfurt die Sorge um andere mit ein. Sucht betrifft so nicht nur einzelne Süchtige, sondern auch z.B. Familienangehörige und Opfer von Gewalttaten oder Unfällen. Wir müssen uns deshalb fragen, wie man mit der Sucht und den davon Betroffenen umgehen kann, ohne die Interessen und die Menschenwürde süchtiger Menschen wie auch Dritter zu verletzen oder zu mißachten. Die hier aufgeworfenen Fragen betreffen sowohl die Ethik des guten Lebens als auch ethische Fragen nach der Gerechtigkeit bzw. Gerechtigkeitsfragen. Das Problem der Sucht schneidet innerhalb und über den Behandlungskontext hinausgehend beide Bereiche gleichermaßen an. Die Verbindung zwischen den individuellen Interessen und denen der Gesellschaft sowie einer Individual- und Sozialethik soll anhand der folgenden Abbildung für den Kontext einer Ethik der Sucht aufgezeigt werden.

Abbildung 7.

	Fragen nach der Gerechtigkeit	Ethik des guten Lebens
Individuelle Ebene	Solidarbereitschaft, Hilfsbereitschaft, Sozialverträglichkeit der Bedürfnisse und Interessen	Integration von Interessen und Bedürfnissen in eine eigene Lebensplanung Selbstverständnis: wie will ich sein, bzw. wie will ich werden?
institutionelle Ebene:		
(1.) Gesellschaft	Sicherung der Sozialverträglichkeit gerechter Interessenausgleich	Sicherung der individuellen Rechte und der eigenen Lebensplanung. Wünschbarkeit von Bewußtseinszuständen
(2) Suchthilfesystem	Sicherung von Hilfe gerechte Verteilung von Hilfe	Förderung des Selbstverständnisses durch z.B. interpretatives Arzt- Patienten-Modell

(Abbildung, in Anlehnung an Knobloch 1994, Abb. 5.1: Normative-Reflexive Konsumethik)

Fragen nach dem guten Leben und Fragen nach einem gerechten Umgang mit Sucht in unserer Gesellschaft lassen sich auf der individuellen, wie auch institutioneller Ebene finden. Trotzdem bleibt die Frage, wie Bürger und Denkkollektive²¹⁵ mit divergierenden Vorstellungen und Bedürfnissen in einer Gesellschaft behandelt und integriert werden, ohne sie als kranke oder deviante Menschen auszugrenzen, offen. Die Idee eines minimalen Konsenses habe ich bereits in Kapitel 7 in Zusammenhang mit dem Suchthilfesystem und den verschiedenen Suchtinterpretationen vorgebracht. Ein Konsens ermöglicht es, Bedingungen zu formulieren, die Kriterien im Umgang mit Sucht und Drogenkonsum anbieten können, die trotz der individuellen Unterschiede von süchtigen Menschen und den verschiedenen konsumierten Substanzen eine soziale und therapeutische Akzeptanz erreichen könnten.

In Kapitel 7. habe ich auf die fehlende gemeinsame Basis und gemeinsame Leitmotive im Umgang mit süchtigen Menschen in unserer Gesellschaft und im Suchthilfesystem hingewiesen, die es unmöglich erscheinen lassen, eine gerechte, d.h. für alle in gleicher Weise zugängliche Hilfe zu gewährleisten, die nicht von dem Denkstil, dem Wissen oder Unwissen einzelner Helfer und Institutionen abhängig ist, sondern sich dagegen auf Kooperation und transparente Ziele einlassen kann und will. Eine solche Basis oder *gemeinsamer Nenner*, wie ich es genannt habe, erfordert eine Zustimmung aller beteiligten Gruppen und der Betroffenen. Insofern läßt sich die eben dargestellte Problematik auch als Frage nach einer gerechten Berücksichtigung von Interessen und Bedürfnissen einzelner Gruppen betrachten.

Für eine gerechte Abwägung von Interessen in Form eines Konsenses wird, vor allem bei Diskussionen über das Gesundheitssystem, auf die mittleren Prinzipien von Beauchamps und Childress, aber auch auf die *Diskurstheorie* oder die *Gerechtigkeitstheorie* von John Rawls zurückgegriffen. Die *mittleren Prinzipien*

²¹⁵ Anhänger eines Denkstils

führen aufgrund der nicht näher ausgeführten Auslegung und Gewichtung der vier Prinzipien zu einer Abwägungsproblematik bei der Entscheidungsfindung in einer konkreten Situation. Ohne die konkrete inhaltliche Bestimmung der vier Prinzipien für das Suchthilfesystem erscheinen sie mir im Kontext der Suchthilfe daher nicht besonders hilfreich zu sein.

Eine Ethik der Sucht, die sich auf die Abwägung von Interessen und Verantwortungszuschreibungen bezieht, könnte dagegen auch als reflexive Diskursethik formuliert werden. Die Diskursethik versucht, durch vernünftiges Argumentieren Übereinstimmungen der beteiligten Diskurspartner zu erreichen²¹⁶. Die Grundnorm des *reflexiven Diskurses* ist das Prinzip der Gegenseitigkeit, das bereits im Zusammenhang mit dem Verantwortungsbegriff erwähnt wurde. Das Prinzip der Gegenseitigkeit könnte daher innerhalb einer Diskursethik als Ausgangsbasis für die Suchtpraxis fruchtbar gemacht werden.

In Kapitel 7.5. wurde auf die vorgefundenen *Gemeinsamkeiten der Denkstile* zur Sucht verwiesen. Als Gemeinsamkeiten ließ sich die Forderung nach gerechter und gleicher Hilfe für alle betroffenen süchtigen Menschen erkennen, die dazu beitragen soll, willkürliche institutionelle Entscheidungen und Behandlungsvoraussetzungen auszuschließen. Hier könnte sich gerade aufgrund der Betonung von Gerechtigkeit und Gleichheit im Sinne eines Konsenses ein Rekurs auf John Rawls und seiner Theorie der Gerechtigkeit als Fairneß lohnen.

Meiner Meinung nach läßt sich die Theorie von Rawls auch für den Kontext der Suchthilfe als institutionelles Hilfsangebot fruchtbar machen. Aus dem Blickwinkel eines Interessengleichgewichtes könnten sowohl die Verantwortung und Rechte der süchtigen Menschen, als auch die Verantwortung der Gesellschaft und die Formen institutioneller Hilfe betrachtet werden. Die Anwendung der Rawlschen Theorie auf den Suchtkontext stellt jedoch nur eine mögliche ethische Betrachtungsweise dar, die hier zur Diskussion gestellt werden soll. Da die Prinzipien einer gerechten und gleichen Hilfe eine Gemeinsamkeit im Suchthilfesystem darstellen, möchte ich das Prinzip als Ausgangspunkt einer Diskussion um eine gerechte Hilfeleistung verwenden. Rawls' Theorie der Gerechtigkeit als Fairneß läßt sich mit dem in Kapitel 8 vorgestellten interpretativen Modell eines narrativen Selbstverständnisses von süchtigen Menschen vereinbaren. Rawls' Theorie kann dabei als eine mögliche Form von minimalen normativen Ausgangsbedingungen verstanden werden, die sich eignen, verschiedene Interessen und divergierende Ansichten zu vereinbaren. Deshalb wird im weiteren eine Verbindung zu einer prinzipienorientierten Ethik hergestellt. Diese soll dazu dienen, das Selbstverständnis und die Interessen aller Beteiligten ernst zu nehmen und durch Grundvereinbarungen zu schützen. Diese Grundvereinbarungen können als "gemeinsamer Nenner" auf die Suchthilfe und den gesellschaftlichen Umgang mit Sucht übertragen werden. Möglicherweise kann das Prinzip der Gerechtigkeit dem Phänomen der Sucht *gerecht* werden, indem es zur Formulierung einer fairen und verantworteten Hilfeleistung für süchtige Menschen führt. Auch Reiners-Kröncke spricht die Möglichkeit einer Verwendung von Rawls' Theorie im Zusammenhang mit Sucht und der Suchthilfe an.

"John Rawls ging der Frage nach, ob eine Gesellschaft so eingerichtet ist, daß in ihr Gerechtigkeit real wird, und er formulierte einen (Anspruchs-) Katalog von Rechten des Individuums, von denen gerade auch Abhängigkeitskranke nicht

²¹⁶ Die gegenseitige Anerkennung der Argumentationspartner als mündige Subjekte und der Wille zum vernünftigen Konsens wird vor jeder Argumentation schon vorausgesetzt, sonst würde die Argumentation keinen Sinn machen. Zur Diskursethik, siehe Knobloch 1994, Kapitel 5.1.b.

ausgeschlossen werden können". Insofern ist zu fragen, "welche Rechte Abhängige in unserem Sozial- und Rehabilitationssystem haben und ob sie nicht zu oft als Bittsteller moralisch verurteilt werden" (Reiners-Kröncke 1998, S. 7).

Auf diese Aussage bezieht sich im folgenden auch Sellmann, wenn er anmerkt, daß *"eine Ethik der Sucht als Sozialethik konzipiert werden müßte"* (Sellmann 1998, S. 12), wie dies mit Verweis auf Rawls von Reiners-Kröncke vorgeschlagen wurde. Aus diesen Gründen möchte ich versuchen, die Rawlsche Idee einer Gerechtigkeit als Fairneß auf die Berücksichtigung von gesellschaftlichen und individuellen Konsuminteressen und das Suchthilfesystem anzuwenden. Im folgenden werde ich deshalb die Ideen von John Rawls Theorie einer Gerechtigkeit kurz skizzieren.

9.3. Hilfe als faire Hilfe

Die Theorie von Rawls, die Gerechtigkeit als Fairneß definiert, bietet keine absoluten Standards der Gerechtigkeit an, sondern versucht vielmehr, faire Ausgangsbedingungen im Sinne eines fairen Verfahrens zu erzeugen, welche zu Grundvereinbarungen führen können, die allen gleichermaßen gerecht werden. Das Gerechtigkeitsprinzip fungiert hier als Minimalkonsens. Unter Gerechtigkeit versteht Rawls eine Zielvorstellung, die ideale Grundverhältnisse formuliert, die freie und vernünftige Menschen in ihrem eigenen Interesse in einer Ausgangssituation der Gleichheit zur Bestimmung gesellschaftlicher Bedingungen annehmen würden (Rawls 1990). Die Idee eines Minimalkonsenses habe ich bereits im Kontext der Suchthilfe und der Therapieziele aufgegriffen und sie als eine notwendige Basis vorgestellt, um gerechte und sozial verträgliche Hilfeleistungen überhaupt gewährleisten zu können und sich der therapeutischen Situation zu stellen, die Schaaf, Schäfer und Schuler folgendermaßen ausdrücken: *"Alle machen dasselbe und doch tun sie nicht das Gleiche"* (Schaaf, Schäfer, Schuler 2000, S. 299).

9.3.1. Rawls' Theorie der Gerechtigkeit - ein Überblick

Rawls Theorie der Gerechtigkeit ist eine Vertragstheorie im Sinne gleichberechtigter Vertragspartner. Der Vertrag selbst besteht in der Anerkennung minimaler Bedingungen der Gerechtigkeit. Dieses Prinzip stellt damit den Handlungsmaßstab dar, nach dem sich alle Vertragspartner richten sollen. Die Gerechtigkeitstheorie besteht prinzipiell aus sozialen Gerechtigkeitsprinzipien, die die gerechte Ausgestaltung von Institutionen sichern sollen sowie aus einer Beschreibung von natürlichen Pflichten²¹⁷, die als Grundsätze für individuelles Verhalten in einer gerechten Gesellschaft dienen können. Rawls schlägt damit eine faire Verfahrensweise vor, die zur Durchsetzung gerechter Bedingungen in der gesellschaftlichen Praxis benutzt werden kann. Unter sozialer Gerechtigkeit versteht Rawls einen Begriff, der in erster Linie einen Maßstab zur Beurteilung der Verteilungseigenschaften der gesellschaftlichen Güter regelt (Kühn 1984, S. 64). *"Der Gerechtigkeitsbegriff ist also für mich definiert durch seine Grundsätze für die Zuweisung von Rechten und Pflichten und die richtige Verteilung gesellschaftlicher Grundgüter. Eine Gerechtigkeitsvorstellung ist eine Ausdeutung dieser Funktion"* (Rawls 1990, S. 26-27). Die beiden Grundsätze lauten nach Rawls:

²¹⁷ *"Natürliche Pflichten hat man nicht als freiwillige Verpflichtungen, sondern man hat sie als Mensch gegenüber allen anderen Menschen als gleichen moralischen Subjekten"* (Forst 1998, S.189).

(1) *Jedermann soll gleiches Recht auf das umfangreichste System gleicher Grundfreiheiten haben, das mit dem gleichen System für alle anderen verträglich ist.*

(2) *Soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten sind so zu gestalten, daß (a) vernünftigerweise zu ermöglichen ist, daß sie zu jedermanns Vorteil dienen, und (b) sie mit Positionen und Ämtern verbunden sind, die jedem offen stehen.* (Rawls 1990, S. 81)

Die sozialen Gerechtigkeitsprinzipien beeinflussen damit aber auch das Verhalten der Menschen untereinander. Gerechtigkeitsprinzipien für das Handeln einzelner Menschen ergeben sich so aus dem Fairneßprinzip, mit dem Rawls seine Theorie der Gerechtigkeit zu einer Theorie der Gerechtigkeit als Fairneß erweitert. Fairneß definiert Rawls als einen Grundsatz für Einzelmenschen. Jemand ist verpflichtet, sich gemäß den Regeln einer Institution zu verhalten, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind. (1) Die Institution ist gerecht, d.h. sie entspricht dem Gerechtigkeitsprinzip, und (2) man nimmt freiwillig ihre Vorteile an oder nutzt die von ihr gebotenen Möglichkeiten zur Förderung eigener Interessen (Rawls 1990, S. 133).

Rawls geht nun davon aus, daß es in jeder Gesellschaft soziale Grundgüter gibt, die jeder vernünftige Mensch in ausreichendem Maße besitzen will. *"Nun sind Grundgüter [...] Dinge von denen man annimmt, daß sie ein vernünftiger Mensch haben möchte"* (Rawls 1990, S. 112). Zu den Grundgütern zählt Rawls Rechte, Chancen, Freiheit und die sozialen Grundlagen der Selbstachtung. Letztere könnte vor allem für den Kontext der Sucht von Bedeutung sein. Grundgüter sind die elementaren Mittel zur Chancenrealisierung und für ein gelingendes Leben. Im Zustand knapper Grundgüter wird es deshalb Interessenkonflikte über die Verteilung dieser geben. Solche Interessenkonflikte können nur über ein gerechtes Verteilungsverfahren aufgelöst werden. Die Grundgüter stellen bei Rawls eine, wie er es nennt, schwache Theorie des Guten²¹⁸ dar. Um die Gerechtigkeitsprinzipien, die Rawls angibt, zu begründen, versetzt er seine Vertragspartner bzw. die Bürger einer Gesellschaft in einen hypothetischen Urzustand. Dieser ideale Urzustand ermöglicht dabei ein faires Verfahren, indem die Einzelnen keine Kenntnisse über ihre Stellung und Position in der Gesellschaft besitzen, da sie sich hinter einem Schleier des Nichtwissens befinden. Sie werden quasi der Information über ihren Besitz und ihre politischen, weltanschaulichen und religiösen Ansichten beraubt. Deshalb und nur deshalb werden sie allgemeine Bedingungen auswählen, die für jeden in jeder Position eine gerechte Möglichkeit bieten, eigene Lebensziele und Interessen umzusetzen.

Während man sich in Lebensplänen und Präferenzen unterscheidet, stimmt man im Urzustand rationalerweise konsensfähigen Ausgangsbedingungen zu. Im Urzustand kann nur auf die zur Disposition stehenden sozialen Grundgüter zurückgegriffen werden, die die Voraussetzung einer Gerechtigkeitsvorstellung darstellen. Der rationale Vertragspartner versucht unter der Perspektive der Grundgüterverteilung das für ihn günstigste Grundgüterverteilungsmuster auszuwählen. Das für ihn günstigste Verteilungsmuster ist, dank dem Schleier des

²¹⁸ *"Diese Analyse des Guten nenne ich die schwache Theorie; sie soll die Voraussetzung für die Grundgüter liefern, die zur Herleitung der Gerechtigkeitsgrundsätze nötig sind"* (Rawls 1990, S. 434). *"Wir brauchen die schwache Theorie des Guten, um den vernünftigen Wunsch nach Grundgütern und den Begriff der Vernünftigkeit zu erklären, der der Wahl von Grundsätzen im Urzustand zugrundeliegt"* (Rawls 1990, S. 435).

Nichtwissens, der das Selbstinteresse gerade anonymisiert, das für jedermann günstigste Grundgüterverteilungsmuster (Kersting 1998, S. 212). Dabei wird der vernünftige Mensch versuchen, seine Ausgangsbedingungen, seien sie noch so schlecht, so weit wie möglich zu maximieren. Der Urzustand, der zu Prinzipien führt, die mit den wohlüberlegten Urteilen übereinstimmen, nennt Rawls Überlegungsgleichgewicht (*reflective equilibrium*).

"Es ist ein Gleichgewicht der Überlegung, weil wir wissen, welchen Prinzipien unsere Urteile entsprechen, und aus welchen Voraussetzungen diese abgeleitet sind". (Rawls 1990, S. 38)

"Die Theorie der Gerechtigkeit als Fairneß ist eine Theorie unserer moralischen Gefühle, wie sie sich in unseren wohlbedachten Urteilen im Überlegungsgleichgewicht darstellen" (Rawls 1990, S. 142).

Die auf individueller und allgemeiner Zustimmung beruhenden vertraglich eingegangenen Verpflichtungen haben den Charakter wechselseitiger Versprechen, sich an gemeinsam getroffene Entscheidungen und gemeinsam eingerichteten Prinzipien zu halten (Forst 1998, S. 189). Erst jetzt kann das, was man für moralisch gut hält, durch eine vollständige Theorie des Guten erweitert werden. Die vollständige Theorie des Guten setzt zur Definition die Gerechtigkeitsprinzipien voraus und benutzt zur Ausgestaltung anderer Vorstellungen über das Gute eine moralische Sprache. Die vollständige Theorie des Guten ist wiederum an persönliche Präferenzen gebunden und entwickelt auf der Grundlage der schwachen Theorie des Guten, Grundsätze zur Klärung wichtiger moralischer und moralpsychologischer Begriffe (Kersting 1998, S. 214). Die Vorstellung eines guten Lebens und eines guten Lebensplanes verbindet Rawls mit dem Begriff des Guten als Ausdruck einer vernünftigen Entscheidung (*goodness as rationality*). Als Regeln für eine vernünftige Lebensplanung gibt Rawls (1) rationale Entscheidungen, (2) abwägende Vernunft und (3) die Vorzugswürdigkeit von bereits entwickelten Fähigkeiten und Tätigkeiten an (Rawls 1990, S. 446-447).

Ein zentrales Thema in Rawls' Theorie stellt der Konflikt zwischen kollektiver und individueller Verantwortungsübernahme in einer Gesellschaft dar. Deshalb werden Rawls' Gerechtigkeitsprinzipien auch im Zusammenhang mit der Entwicklung und Ressourcenallokation im Gesundheitssystem diskutiert. Vor allem Norman Daniels hat die Prinzipien von Rawls auf das Gesundheitssystem als "*Just Health Care System*" übertragen und in Form gleicher und fairer Zugangsbedingungen formuliert (Daniels, 1985, S. 42). Die Theorie von Rawls kann dazu genutzt werden, Ausgangsbedingungen festzulegen, die bei Interessenkonflikten und Abwägungsprozessen ein Verfahren vorschlagen, das durch Fairneß und Gegenseitigkeit gekennzeichnet ist. Die Ziele und Ausgestaltung bleiben zunächst offen, da die Theorie von divergierenden und pluralen Ansichten in einer Gesellschaft ausgeht, die nicht aufgehoben werden sollen. Im folgenden möchte ich die Grundlagen der Rawlschen Theorie auf das Suchthilfesystem und den Umgang mit Sucht in unserer Gesellschaft anwenden.

9.3.2. Fairer Umgang, Faire Hilfe?

Auch die Einrichtungen des Suchthilfesystems bzw. jeder Form von institutionalisierter Hilfe, die innerhalb verschiedener Verlaufsformen einer Heroin- und Alkoholsucht angeboten wird, kann zum Zweck einer Betrachtung, zu den

grundlegenden Institutionen gerechnet werden. Dies trifft auch für die Gesellschaft zu, innerhalb derer auch das Familiengefüge als soziale Institution betrachtet werden kann. Auf so verstandenen Institutionen können die sozialen Gerechtigkeitsprinzipien angewandt werden, um einen Minimalkonsens im Umgang mit süchtigen Menschen zu bestimmen. Gerechte Institutionen sind bei Rawls die Voraussetzung dafür, daß es überhaupt zu einer Anerkennung einer individuellethischen Norm und damit zu einer moralischen Verpflichtung kommen kann (Kühn 1983, S. 99).

Anhand der sozialen Prinzipien der Gerechtigkeit und des Fairneßprinzips als Maßstab könnte man theoretisch folgende Fragenbereiche untersuchen und im Sinne Rawls' zu einem Umgang als fairen Umgang bzw. zu einer Hilfe als faire Hilfe weiterentwickeln.

1. Die Zulässigkeit und die Bedingungen für den Konsum von Drogen.
2. Die Pflichten und die Verantwortung, die Drogenkonsumenten zugestanden und zugesprochen werden kann.
3. Das Maß und die Art der Hilfe, die wir gesellschaftlich zur Verfügung stellen wollen.
4. Die Zugangsbedingungen, die wir der Hilfeleistung unterstellen und die für alle gleichermaßen gelten sollen.
5. Ein Minimalwohl, dem wir zustimmen können und ein Verfahren, das dieses Wohl schützt, wie Rawls sie in Form seiner Gerechtigkeitsprinzipien formuliert
6. Die Frage, ob es gerechtfertigt ist, z.B. Alkohol und Heroin unterschiedlich zu behandeln bzw., ob es gerechtfertigt ist, die Konsumenten dieser Substanzen unterschiedlich zu behandeln.

Man kann sich nun auf ein Gedankenexperiment einlassen und alle beteiligten Interessengruppen in einen Ausgangszustand zurückversetzen, der wie in Rawls' Urzustand durch den Schleier des Nichtwissens gekennzeichnet ist und zunächst ein faires Verfahren festlegt. Der hypothetische Schleier des Nichtwissens kann zur Bestimmung von Leitlinien und Umgangsformen innerhalb eines Suchtdiskurses genutzt werden, indem Bedingungen des Umgangs mit Sucht und Drogenkonsumenten vereinbart werden, denen alle rationalen, im Urzustand befindlichen Personen zustimmen können. Hinter dem Schleier des Nichtwissens besitzen wir keine Informationen über unseren Gesundheitszustand, unsere psychischen, moralischen und sozialen Einstellungen und Verhältnisse.

Um es präziser für den Kontext der Sucht und des Drogenkonsums zu formulieren, könnte man sagen, daß wir nichts über unser Konsumverhalten in Bezug auf Heroin und Alkohol wissen und daß uns unsere moralische Einstellung zu dieser Thematik völlig fremd ist, da sie hinter dem Schleier des Nichtwissens verborgen bleibt. In diesem Sinne hätten wir nur eine minimale Information über die situativen Bedingungen, die sich auf unser bisheriges Wissen über die Wirkung von Alkohol und Heroin auf unseren Körper und unsere Verhaltensweisen im Rauschzustand beschränken würden. Mögliche Folgen und Verlaufsformen sind bekannt, werden aber nicht moralisch im Sinne einer vollständigen Theorie des Guten und der guten Lebensplanung bewertet. Eine Zugehörigkeit zu einem Denkkollektiv, also einem Denkstil, innerhalb dessen Sucht auf unterschiedliche Weise interpretiert werden kann, wäre uns aus Gründen der Bedingungen im Urzustand nicht möglich. Wir müßten also zunächst, unabhängig von einer Zuordnung der Sucht zu einem Denkstil, Entscheidungen über den Umgang mit Drogen in unserer Gesellschaft und mit der institutionell bereitgestellten Hilfe im Falle einer Suchtentwicklung treffen. Das bedeutet, wir hätten es mit einer Entscheidung zu tun, die trotz der Unsicherheit über

Fakten und Normen sowie über unsere eigene Verfassung und Neigung zu Alkohol oder Heroin gefällt werden muß. Bei Entscheidungen unter Unsicherheit wendet auch Rawls die aus der Ökonomie und Ethik bereits bekannte Maximin-Regel an.

Die Maximin-Regel besagt, daß man für Entscheidungen, die unter Unsicherheit gefällt werden, das schlechteste Ergebnis bzw. den ungünstigsten Zustand, der eintreten kann, als Grundlage für eine Abwägung benutzen sollte. Das würde bedeuten, daß wir den ungünstigsten und schlecht möglichsten Zustand annehmen müßten, den wir uns nach allen vorhandenen Informationen über die Alkohol- und Heroinsucht und den zur Verfügung stehenden Optionen und der möglichen Verteilungen von Grundgütern vorstellen könnten. Um ein Minimalwohl zu sichern, würden wir uns auf solche Rahmenbedingungen einigen, die allen gerecht werden und dem wir uns im Sinne des Fairneßprinzips auch wieder verpflichtet fühlen können.

Das würde bedeuten, daß wir uns vermutlich auf Bedingungen einigen würden, die unsere Interessen nicht zu stark einschränken und uns im Falle einer Sucht eine gewisse Grundhilfe zusichern, die von allen akzeptiert und getragen werden kann. Im Urzustand könnten wir zu ähnlichen Prinzipien gelangen, wie Rawls sie in seinen zwei Gerechtigkeitsprinzipien vorschlägt, und sie im Kontext der Sucht analog formulieren als:

1. Jede Person hat das Recht auf die größtmögliche Freiheit, die für alle auf ähnliche Weise gelten muß. Dies könnte nun auch die Konsumgewohnheiten und die Befriedigung von kurzfristigen Bedürfnissen einschließen, solange sie das Individualinteresse nicht über die als gerecht verstandene Freiheitszusicherung für alle setzt. Konsequenterweise müssen wir uns also darauf einigen, daß, wenn wir diese Konsumfreiheit nicht allen Menschen in gleicher Weise zugestehen und sie nicht in ähnlicher Weise tolerieren wollen, wir den Konsum und die Konsumbedingungen auch nicht zulassen dürfen.
2. Hilfe muß so arrangiert werden, daß sie zum einen (1) zu jedermanns Vorteil gestaltet ist und (2) daß sie allen die gleichen Zugangsbedingungen zugesteht und Hilfe, wie auch materielle Ressourcen, gleichermaßen verteilt werden. Dazu ist es notwendig, auf minimale Leitbilder und Suchtdefinitionen zurückzugreifen, die es zulassen, daß alle Betroffenen, ungleich ihres Wohnortes und ihrer Schichtzugehörigkeit, eine vergleichbare und die wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigende Hilfeleistung erhalten. Die Hilfe darf nicht an unzureichender Ausbildung, Kooperation zwischen den Institutionen oder Ländergesetzen scheitern.

Die Prinzipien setzen voraus, daß dem süchtigen Menschen gerechte und faire Institutionen gegenübergestellt werden, die über *faire* und transparente Zugangsbedingungen verfügen und keine therapeutischen Barrieren aufbauen. Fair könnte in diesem Zusammenhang auch bedeuten, daß der süchtige Mensch Einfluß auf die Therapieform und den Therapieort erhält und solche Entscheidungen einer gegenseitigen Zustimmung im Sinne eines *informed consent* getroffen werden. Zudem stellen die unterschiedlichen Zugangsbedingungen und Therapieziele, die in einzelnen Institutionen der Suchthilfe angeboten werden, sicher keine gleiche Behandlung im Rawlschen Sinne dar. Dies trifft vor allem auch dann zu, wenn Menschen aus unterschiedlichen sozialen Schichten keine gleichen Zugangsbedingungen und Hilfevoraussetzungen erhalten. Um diese zu gewährleisten, ist es jedoch auch notwendig, die Hilfeleistungen an der

Suchtforschung auszurichten und die moralischen Implikationen, die auch den Wissenschaften zugrundeliegen können, zu reflektieren und zu diskutieren. Die Gewährleistung eines Austausches zwischen den Institutionen der Suchthilfe und der Suchtforschung sowie die Vereinbarung von Grundbedingungen könnte in Form von Konsensuskonferenzen und Weiterbildungsangeboten erfolgen. Nur ein ständiges Hinterfragen der herkömmlichen Methoden und Ziele und der regelmäßige Austausch zwischen allen Beteiligten kann eine gerechte Hilfeleistung sichern. Dazu gehört auch die Angleichung unterschiedlicher Gesetze und Hilfsangebote in den einzelnen Bundesländern und die Klärung (Vereinfachung) der Finanzierung dieser Hilfsmaßnahmen durch die gesetzlichen Versicherungsträger und Sozialämter.

Im Urzustand würden wir uns, um faire Bedingungen schaffen zu können, vermutlich dagegen absichern, uns staatlichen Willkürmaßnahmen auszusetzen, und wir müßten uns insofern auch im Urzustand Gedanken darüber machen, ob und wann sich Zwangsmaßnahmen im Kontext einer Suchtentwicklung aufgrund sozialer Gerechtigkeitsprinzipien rechtfertigen lassen.

"Unter anderem aus diesen Gründen verlangt die Theorie der Gerechtigkeit als Fairneß, daß gezeigt wird, daß eine Verhaltensweise die Grundfreiheiten weder beeinträchtigt oder eine Verpflichtung oder natürliche Pflicht verletzt, wenn sie eingeschränkt werden soll. Denn gerade wenn es keine solche Argumente gibt, sind die Menschen versucht, sich unsystematisch auf perfektionistische Maßstäbe zu berufen" (Rawls 1990, S. 366)

Das Prinzip des staatlichen Strafens und des Zwanges kommt bei Rawls nur am Rande zum Tragen, da eine gerechte Gesellschaft nach Rawls weniger auf Zwang als auf wechselseitige Vorteile und gegenseitiges Vertrauen aufgebaut sein sollte. Hilfe müßte im Rawlschen Sinne gewollt und geeignet sein, um die Situation der Hilfsbedürftigen wirklich zu verbessern. Der Begriff der Verbesserung ist nicht näher definiert und kann insofern offen diskutiert werden. Wobei in dem Begriff der Verbesserung auch eine gewisse Gefahr begründet liegt, den verbesserten Zustand im Sinne eines funktionalen oder an einen gesellschaftlichen Sollwert angepaßten Zustandes zu verstehen. Insofern ist hier Vorsicht geboten.

Gleichzeitig binden die getroffenen Vereinbarungen den Einzelnen auch an sein *gegenseitiges Versprechen*. Die Fairneß stellt damit eine Verpflichtung dar, die auf Gegenseitigkeit beruht. Die Theorie des *Fair Play* geht davon aus, daß dem Prinzip der Fairneß gemäß jemand, der bestimmte Vorteile aus einem System wechselseitiger Kooperationen gezogen und freiwillig akzeptiert hat, dazu verpflichtet ist, seinen Teil zu diesem System beizutragen. Das Gerechtigkeitsprinzip bestimmt auch die Grundfreiheit jedes Einzelnen und legt zugleich seine Grenzen fest. Damit läßt sich, auf den Kontext der Sucht bezogen, auch von den einzelnen Betroffenen eine Verantwortung für ihr eigenes Leben und ihre Zukunftsperspektive einfordern, die im Rahmen einer gesellschaftlichen Verantwortungsübernahme für Konsumbedingungen und deren potentiellen Gefahren betrachtet werden kann.

9.3.3. Gegenseitigkeit als Fairneß

Dem Selbstverständnis des süchtigen Menschen und seinen Lebensperspektiven stehen die Interessen Dritter und der Gesellschaft gegenüber. Kommt es zu einem Konflikt zwischen den Interessen, muß eine faire und für alle Beteiligte akzeptable Lösung gefunden werden. Aus dem Fairneßprinzip²¹⁹, das John Rawls als Element seiner Theorie der Gerechtigkeit als Grundsatz formuliert hat, leiten sich aber auch Regeln und Verpflichtungen für den Konsumenten ab. Fairneß und Gegenseitigkeit erzeugen damit Verpflichtungen gegenüber allen Mitgliedern einer Gemeinschaft. *"Versucht man einmal sich das Leben in einer Gesellschaft auszumalen, in der niemand das geringste Bedürfnis hat, sich diesen Pflichten gemäß zu verhalten, so erkennt man, daß das eine Gleichgültigkeit, ja Menschenverachtung ausdrücken würde, die jedes Selbstwertgefühl unmöglich machen würde"* (Rawls 1990, S. 374).

Geht man von einer Freiheitsfähigkeit jedes Menschen aus, dann läßt sich diese Fairneß als Entscheidung für ein sozialverträgliches Verhalten interpretieren. Doch Fairneß läßt sich auch auf die Kooperation zwischen Menschen und zwischen Menschen und Institutionen anwenden. In diesem Sinne könnte Fairneß auch als eine Voraussetzung für institutionelle Hilfe gelten, insofern auch der Kranke kooperieren muß, wenn er Hilfe in Anspruch nehmen will. Sucht wird jedoch gerade als Krankheit des Willens und der Rationalität beschrieben, in der für solche Fairneß aus Gründen der fehlenden Rationalität und Willensfreiheit kein Platz mehr zu sein scheint. Aus diesem Grund kritisiert Jantzen die Anwendung der Rawlschen Gerechtigkeitstheorie auf den Personstatus und die Interessen von geistig Behinderten und chronisch Kranken (Jantzen 1999). Andererseits besteht im Urzustand kein Wissen über die psychische und physische Verfassung der Vertragspartner. Insofern erscheint es nicht plausibel, daß sich Personen im Urzustand für eine diskriminierende oder ungerechte Regelung für alte, chronisch kranke oder geistig behinderte Menschen aussprechen würden. Des weiteren habe ich im letzten Kapitel zu zeigen versucht, daß man mit Freiheitsbegriffen und psychischen Sollwerten wesentlich vorsichtiger umgehen sollte, als dies gemeinhin getan wird. Sucht läßt sich *nicht generell* als ein Verlust von menschlichen Eigenschaften und Fähigkeiten beschreiben. Drogenkonsum kann sehr wohl einem rationalen Handlungsschema folgen. Die Selbstmedikation und die bewußte Flucht aus der Realität, die man nicht mehr ertragen kann (z.B. im Vietnamkrieg²²⁰), können, je nach Definition, auch als rationale Entscheidungen gewertet werden. Ohne eine Definition, von Rationalität ist es zudem schwierig, Sucht immer automatisch als irrationalen Zustand zu deuten und alle Handlungen, die innerhalb einer Sucht durchgeführt werden, als irrational zu bewerten. Insofern wir Suchtkranken eine *elementare Freiheit* zuordnen, das zu tun, was sie tun wollen und diese Entscheidung vor allem bei Konsumbeginn auch als Entscheidung verstehen, die das Risiko einer Suchtentwicklung bewußt miteinschließt, könnte man auch vom Suchtkranken minimale Ausgangsbedingungen für den Behandlungskontext

²¹⁹ Fairneß definiert Rawls als einen Grundsatz für Einzelmenschen. Jemand ist verpflichtet sich gemäß den Regeln einer Institution zu verhalten, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind: erstens, daß die Institutionen gerecht sind, d.h. dem Gerechtigkeitsprinzip entsprechen, zweitens, daß man freiwillig ihre Vorteile annimmt oder die von ihr gebotenen Möglichkeiten der Förderung seiner Interessen ausnützt. Die Fairneß stellt damit eine Verpflichtung dar, die aber auf Gegenseitigkeit beruht.

²²⁰ Viele amerikanische Soldaten haben während des Vietnamkrieges Heroin konsumiert, um der Realität des Krieges entfliehen zu können. Die Mehrheit der Konsumenten hat nach der Rückkehr in die USA den Konsum wieder beendet.

einfordern, wenn man sie als Mitglieder einer Gesellschaft ernst nehmen will. Diese können aufgrund des Gesundheitszustandes und der psychischen Verfassung Einzelnen sicher nicht von allen Betroffenen zu jedem Zeitpunkt eingefordert werden. Sie können jedoch sehr wohl als minimaler Anspruchskatalog dienen, der im Fall der Suchthilfe noch weiter spezifiziert werden kann. *"Jemand als moralisches Subjekt zu achten, heißt also versuchen, seine Ziele und Interessen von seinem Standpunkt aus zu verstehen und ihm Überlegungen vorzulegen, aufgrund der er die seinem Verhalten auferlegten Beschränkungen anerkennen kann"* (Rawls 1990, S. 373).

Rawls rechnet interessanterweise die Selbstachtung den sozialen Grundgütern zu, die sich jeder in gleichem Maße wünscht. Unter Selbstachtung versteht Rawls Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Selbstzweifel dagegen führen nach Rawls zu Apathie, Teilnahmslosigkeit und Schamgefühlen. Scham entsteht nach Rawls dadurch, daß wir unserem eigenen Anspruchsniveau nicht genügen können und uns daher durch unsere eigenen Ansprüche und Ziele selbst gedemütigt sehen. Die Aufzählung der Selbstachtung als zu schützendes Grundgut kann auch auf den Suchtdiskurs und die Suchttherapie angewandt werden. Scham, Apathie und Teilnahmslosigkeit sind gerade Begriffe, die als Folgen einer Suchtentwicklung beschrieben und mit der fehlenden Motivation für Interventionsmaßnahmen in Verbindung gesetzt werden.

Das Selbstverständnis eines süchtigen Menschen ist möglicherweise geprägt durch die Selbstzweifel, die als Folge psychischer Überforderung ein Vertrauen in die eigene Kontrollfähigkeit und die eigene Lebensperspektive unmöglich gemacht haben. Das Grundgut der Selbstachtung kann deshalb mit dem Selbstverständnis und der eigenen erzählten Lebensgeschichte verbunden werden. Selbsthilfegruppen versuchen gerade über die reflexive und öffentliche Stellungnahme zum eigenen Leben, neues Selbstvertrauen in eigene Fähigkeiten aufzubauen und das Gefühl, *"gegenüber sich selbst gerecht"* zu werden, wieder herzustellen. Gerade die Selbstachtung, die Rawls als Grundgut versteht, scheint insofern eine essentielle Voraussetzung dafür zu sein, daß süchtige Menschen sich fair gegenüber sich selbst und gegenüber Anderen verhalten können. Durch das Prinzip der Gegenseitigkeit ist Selbstachtung aber auch an die Achtung gekoppelt, die jedem Mitglied gesellschaftlich entgegengebracht wird. *"Jeder Mensch besitzt eine aus der Gerechtigkeit entspringende Unverletzlichkeit, die auch im Namen des Wohles der ganzen Gesellschaft nicht aufgehoben werden kann"* (Rawls 1990, S. 19).

Meiner Meinung nach spielen die Begriffe der Selbstachtung und der Achtung, die dem Gegenüber entgegengebracht wird, eine zentrale Rolle im Umgang mit süchtigen Menschen. Vielleicht sind gerade Bedingungen der Achtung und der Wiederentdeckung der eigenen Selbstachtung minimale Ausgangsbedingungen für den gesellschaftlichen und therapeutischen Umgang mit betroffenen Drogenkonsumenten, die einerseits den bestehenden Paternalismus zurücknehmen und andererseits aber auch minimale Verpflichtungen seitens des Klienten einfordern.

9.4. Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde versucht, sowohl die Interessen und Bedürfnisse der Gesellschaft wie auch der einzelnen Individuen ernst zu nehmen und zu veranschaulichen. Der Begriff der Verantwortung wurde dabei als zentraler Aspekt einer individualethischen und sozialetischen Auseinandersetzung mit Sucht erörtert.

Dabei wurde Verantwortung als Gegenseitigkeit und nicht als moralisches Haftungs- oder Schuldeingeständnis begriffen. Als Abwägungsmethode und Erarbeitung minimaler Grundbedingungen für den gesellschaftlichen und therapeutischen Umgang mit süchtigen Menschen, die eine Berücksichtigung dieser "Gegenseitigkeit" einschließt, wurde die Theorie der Gerechtigkeit als Fairneß von John Rawls vorgeschlagen. Rawls' Theorie stellt eine Möglichkeit dar, konsensfähige Leitlinien für die Suchthilfe auszuarbeiten, die als minimale Basis verstanden werden können und sich mit verschiedenen Denkstilen vereinbaren lassen. Damit könnte auch der im Suchthilfesystem als durchaus positiv verstandene Wert der Pluralität aufrechterhalten werden. Zugleich wären aber allgemeine Bedingungen gerechter und für alle gleichermaßen gültiger Hilfe, z.B. auch unabhängig von der mißbrauchten Substanz, möglich. Aus den Minimalbedingungen können gemäß Rawls' Idee einer *vollständigen Theorie des Guten* auch konkrete Leitbilder für die Suchthilfe im Einzelnen entwickelt werden, die moralische Bewertungen miteinschließen dürfen und als transparente Therapieziele in der Praxis mit und durch den Klienten (gemäß der Idee einer fairen Gegenseitigkeit) umgesetzt werden könnten.

Zudem wurde auf die gesellschaftlichen Fragestellungen in Bezug auf die Wünschbarkeit und Erwünschtheit von psychischen Erlebnisweisen aufmerksam gemacht, die von dem Philosophen Metzinger als Feld einer neuen und normativen Bewußtseinsethik vorgeschlagen wurden (Metzinger 1996, 1996a). Durch die pharmakologische Beeinflussung des Gehirns ergibt sich nicht nur die Frage nach der Wirkweise einer Substanz, sondern auch nach dem Wert, der dem Bewußtseinszustand beigemessen wird. Gerade in der Wissenschaft wird durch die Erforschung von Psychopharmaka und durch die Aufklärung der Wirkweise von Drogen eine Wertung eingebracht. Es wird entschieden, welche geistigen Zustände zu schützen sind und was als *krank* oder als *Dysfunktion* bezeichnet wird. Damit werden auch therapeutische Sollwerte impliziert, die vor allem in Bezug auf die Suchthilfe reflektiert werden müssen. Analog zur *virtual reality* der multimedialen Welt, verändert die Droge unsere Erlebniszustände und -möglichkeiten. Die permanente Erforschung unseres Erlebens und unserer Wahrnehmung durch Methoden wie der Drogen- und Suchtforschung, aber auch der Forschungszweig der *artificial intelligence* (AI) ermöglichen andere Einblicke in die Arbeitsweise unseres Gehirns und unserer Psyche, über die man genauer nachdenken sollte. So fordert Metzinger, wie schon mehrfach erwähnt, eine angewandte Neuroethik, die Handlungen thematisiert, mit denen absichtlich und direkt in das zentrale Nervensystem eines Menschen eingegriffen wird sowie eine Bewußtseinsethik, die solche Handlungen reflektiert, bei denen Menschen durch gezielte Eingriffe ihr eigenes bewußtes Erleben oder das anderer Personen verändern wollen (Metzinger 1996a, S. 304).

Diese Themen auch im Kontext der Drogen- und Suchtpolitik zu diskutieren, erscheint mir wünschenswert, und Metzingers Forderung kann insofern gerade auch im Hinblick auf die Suchtforschung und den Umgang mit Drogen als möglicher öffentlicher Zugang zu einem Diskurs herangezogen werden. Während die Bewußtseinsethik eher auf die psychischen Erlebnisweisen fokussiert, die wir gesellschaftlich als wünschenswert erachten und zulassen wollen, könnte eine angewandte Neuroethik sich im Kontext der Suchtforschung beispielsweise mit den in dieser Arbeit vorgestellten Therapiemethoden befassen, durch die Verhalten pharmakologisch (siehe Rückprägung) oder psychotherapeutisch (z.B. Verhaltenstherapie) beeinflußt wird.

Ich hoffe, daß die hier vorgestellten Möglichkeiten einer ethischen und praktischen Reflexion der Suchthematik von den Lesern als Anregungen verstanden und aufgenommen werden, um die hier skizzierten Ideen kontextbezogen zu diskutieren, zu kritisieren oder weiterzuentwickeln.

10. Ausblick und Zusammenfassung

10.1. Die Zukunft der Suchtbehandlung - ein Ausblick

Im Zuge der knappen Ressourcen im Gesundheitssystem erscheint eine Reflexion über die Strukturen und die Ziele innerhalb der Suchthilfe und der Suchtforschung unabdingbar. Ich möchte gegen Ende dieser Arbeit nochmals einige wichtige Entwicklungslinien der Suchtbehandlung und Suchtforschung aufgreifen und zur Diskussion stellen.

Ich habe bereits darauf hingewiesen, daß unsere Denkstile zur Sucht von verschiedenen Aspekten wie z.B. empirischen Erkenntnissen, moralischen Wertungen, wirtschaftlichen Bedingungen, sozialen Voraussetzungen und politischen Entscheidungen geprägt sind. Im Sinne von Fleck kann zudem jedes Individuum und jede Disziplin mehreren Denkstilen angehören. Monokausale Erklärungs- und Ursachenmodelle scheinen daher ungeeignet zu sein, um auf das komplexe Phänomen der Sucht in Zukunft adäquat reagieren zu können. Eine ganzheitliche Perspektive zur Sucht, die unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten zuläßt, ist daher angebracht.

In der Suchthilfe, die durch eine Pluralität von Meinungen, Therapieschulen und Behandlungsansätzen gekennzeichnet ist, fehlen gemeinsame Leitlinien und Leitvorstellungen, die noch entwickelt werden müssen und allen Akuteren und Nutzern des Suchthilfesystems zugänglich gemacht werden sollten. Derzeit wird in der Suchthilfe auf neue Planungselemente und Ideen zur Umstrukturierung des Hilfesystems verwiesen. Ein Stichwort dabei ist *Care-Management*. Unter modernem Care-Management verstehen beispielsweise Schallenberg und Lindow ein Versorgungssystem, das mit dem Ziel hoher Effizienz so gesteuert wird, daß Patienten/Klienten die richtige Menge von kurativen und präventiven medizinischen Leistungen erhalten und überflüssige wie fragwürdige Behandlungen umgangen werden können (Schallenberg, Lindow 2002, S. 185). Für ein weitreichendes *Addiction-Management* in diesem Sinne muß jedoch Einigkeit über *gemeinsame Ziele* und *zulässige Behandlungsmöglichkeiten* bestehen. Ist dies nicht der Fall müssen solche Ziele und die Kriterien für zulässige Behandlungsformen in einem transparenten Diskurs entwickelt werden. Dabei sollten vor allem die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten/Klienten nicht vernachlässigt werden. Ein *Addiction-Management* kann wohl kaum als effektiv betrachtet werden, wenn es an den Vorstellungen und Bedürfnissen der Patienten/Klienten aber auch der Gesellschaft vorbei arbeitet. Leitlinien des Suchthilfesystems müssen sich demnach sowohl an den Interessen der Akteure, der Gesellschaft wie auch an den betroffenen Konsumenten orientieren. Körkel merkt an, daß es weder "*Aufgabe noch Möglichkeit der Medizin sein kann, festzulegen, was jemand wollen sollte*" (Körkel 2002, S. 105). Die Reflexion über das Sollen in der Suchthilfe und der Lebenskonzepte von Konsumenten ist vielmehr Aufgabe einer Ethik der Sucht. Eine Ethik der Sucht kann in Zukunft dazu beitragen, auf Suchtprobleme bewußt zu reagieren und auf der Basis rationaler Argumentation, intersubjektiv nachvollziehbare und öffentlich vertretbare Maßstäbe des Handelns in der Suchthilfe und in der Suchtpolitik zu entwickeln. Diese Chance der *Suchtethik* muß jedoch von den zuständigen Akteuren auch ergriffen werden.

Eine flexible und individualisierte Hilfe fordert aber auch ein, daß das Suchthilfesystem weiter vernetzt wird und sich den unterschiedlichen Behandlungskonzepten und neuen Forschungsergebnissen immer wieder von

Neuem stellt. Dazu gehört es, daß Behandlungsansätze, wie z.B. die des kontrollierten Trinkens oder der Vergabe von Heroin auf Rezept, ernsthaft in Erwägung gezogen und evaluiert werden.

Zur aktuellen Diskussion von Behandlungskonzepten gehört auch die Frage nach integrierten Behandlungsformen. Dies knüpft an die bereits im Kontext der Erklärungsmodelle zur Sucht gestellten Frage an, ob Sucht generell definiert und behandelt, werden sollte oder aber, ob die existierende Aufteilung der Sucht in verschiedene Suchttypen (Suchtformen) weiterhin gerechtfertigt und innerhalb von Behandlungsmaßnahmen beibehalten werden sollte. Schroeder schlägt in diesem Zusammenhang ein integriertes therapeutisches Konzept vor, das dem bisherige Konzept getrennt durchgeführter Behandlungen entgegengesetzt ist. Schroeder argumentiert für eine gemeinsame Behandlung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen (Schroeder 2002, S. 93). Der Vorteil eines integrierten therapeutischen Konzeptes ist nach Schroeder, die Möglichkeit die Re-integrationsphase bereits vor Therapieende beginnen sowie konzeptionell mehr Möglichkeiten zur individualisierten Therapie anbieten zu können.

Die zunehmende Pluralität der Behandlungsansätze fordert aber weiterhin eine verstärkte Erforschung von Wechselwirkungen und Nebenwirkungen der integrativen und kombinierten Therapiemaßnahmen ein. Es muß der Frage nachgegangen werden, ob integrative Konzepte und Kombinationstherapien tatsächlich effektiv sind oder ob sie sich sogar als hemmend und kontraproduktiv erweisen. Der Bedarf an klinischer Forschung, Rückfallforschung, sozialpsychologischer Begleitforschung und biologischer Grundlagenforschung kann hier nur nochmals betont werden. Zudem muß darüber nachgedacht werden, wie wir mit den immer neu auf den Markt geworfenen psychoaktiven Substanzen und möglichen Konsumformen in Zukunft in und außerhalb des Behandlungssystems umgehen wollen.

10. 2. Zusammenfassung

Ziel der Arbeit war es, die unterschiedlichen Definitionen und Theorien sowie die daraus ableitbaren Strategien für den Umgang mit Süchtigen darzustellen. Es konnte gezeigt werden, daß sich in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Sucht verschiedene wissenschaftliche Theorien und Definitionen gegenüberstehen, die sich teilweise ergänzen, aber auch widersprechen können. Die einzelnen Wissenschaften und ihre Erklärungsmodelle scheinen das Verständnis von Sucht zu prägen und üben damit einen Einfluß auf die gesellschaftliche Definition von Sucht und die als geeignet verstandene Hilfe aus. In der Arbeit konnte verdeutlicht werden, daß die Vorstellungen zur Sucht nicht nur auf empirische Daten rekurrieren, sondern auch Raum für spezifische Moral- und Wertvorstellungen zulassen, die häufig als Vorannahmen oder als zugrundeliegendes Menschenbild in das jeweilige Verständnis der Sucht eingearbeitet werden.

Die Diskussion über Sucht bewegt sich so auf zwei verschiedenen Ebenen. Einer faktischen oder theoretischen Ebene, die Aussagen zur Risikoeinschätzung von psychoaktiven Substanzen sowie deren Ursachen und Auswirkungen auf Individuum und Gesellschaft beschreiben. Eine zweite Ebene bilden die Wert- und Moralvorstellungen, die in einer Diskussion um die Gefährlichkeit von Drogen und um geeignete Interventionsmaßnahmen für süchtige Menschen implizit immer vorhanden

sind. Auf beiden Ebenen scheint in Bezug auf das Phänomen der Sucht eine gewisse Pluralität vorzuherrschen. Unterschiedliche empirische Ergebnisse, aber auch unterschiedliche moralische Prinzipien sowie die unterschiedliche Gewichtung von Werten bestimmen das Konfliktpotential des geführten Suchtdiskurses. Die Vermischung von Fakten mit Werten und Prinzipien verhindert zudem eine rationale Auseinandersetzung mit Drogen, Sucht und den davon Gebrauch machenden Konsumenten.

Die Integration von wissenschaftlichen Ergebnissen in ein bestimmtes Wertungssystem wird vor allem im Zusammenhang mit einem Krankheitsverständnis von Sucht deutlich. Der heutige Krankheitsbegriff ist immer noch an einen bestimmten, aus der Aufklärungsepoche stammenden Freiheitsbegriff gebunden. Sucht wird als Verlust von Freiheitsgraden verstanden. Diese Art des Freiheitsverlustes, der zu den bekannten konsumatorischen Zwangshandlungen führt, wird nicht als rationale und freiwillige Entscheidung eines Individuums anerkannt. Vielmehr wird vermutet, daß es sich dabei um eine irrationale oder unwissentlich getroffene Entscheidung handelt, die zu dieser unfreien menschlichen Lebensform *Sucht* führt. Als Grundkonflikt einer gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit süchtigen Menschen ließ sich deshalb die Abgrenzung von individuellen Freiheitsrechten und gesamtgesellschaftlichen Interessen bzw. dem Gemeinwohl erkennen. In Bezug auf die Sucht wurde deshalb der Frage nachgegangen, welche Freiheit und welche Verantwortung Betroffene übernehmen können und sollen.

Anhand einzelner Problembereiche konnte gezeigt werden, daß eine ethische Auseinandersetzung mit der Thematik der Sucht dazu beitragen kann, den Diskurs über einen geeigneten Umgang mit Drogen und der Sucht auf eine rationale Ebene zu stellen und für mehr Transparenz zu sorgen. Eine *Ethik der Sucht* befindet sich dabei mindestens in einem Spannungsfeld zwischen einer im klinischen Kontext verwendeten, anwendungsbezogenen Medizinethik, einer Individualethik, die sich auf ein ethisch gutes oder sittlich richtiges Leben bezieht, und einem gesellschaftsbezogenen Ansatz (Sozialethik). Die Fragen können getrennt voneinander behandelt und diskutiert werden. Sie sind andererseits jedoch eng miteinander verbunden und wirken aufeinander zurück. Neben den zahlreichen Wissenschaften, die sich in der Suchtdiskussion zu Wort melden, kann der Ethik einerseits eine vermittelnde Rolle zwischen den einzelnen Disziplinen zukommen. Eine Ethik der Sucht kann aber andererseits auch eine neue Zugangsweise zu diesem Phänomen eröffnen, indem sie zum Nachdenken über normative Fragestellungen nach dem *Sollen* in der Suchthilfe auffordert und mittels verschiedener Methoden integrative Vorschläge zu Auflösung spezifischer Konflikte anbieten kann.

Eine Ethik der Sucht kann sicher keine endgültigen Lösungen liefern. Dennoch konnten in dieser Arbeit neue Herangehensweisen erarbeitet werden, die auf dem Weg zu einer konsensfähigen Suchtstrategie und dem gesellschaftlichen Umgang mit psychoaktiven Substanzen eine Hilfestellung anbieten können.

11. Literaturverzeichnis

ACH, J.S.; GAIDT, A. (Hrsg., 1993) Herausforderung der Bioethik. Frommann-Holzboog, Stuttgart.

ACKERKNECHT, E.H. (1971) Suchtprobleme im Lauf der Jahrhunderte. *Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis)* 60, S. 1006-1009.

ALASUUTARI, P. (1990) Desire and Craving, Dissertation of the University of Tampere, Finland

ALEXANDER, B.K.; HADAWAY, P.; COMBS, R. (1980) Rat Park Chronicle. In: *British Columbia Medical Journal*, 22, No.2 (Feb.).

ALBERT, H.; TOPITSCH, E. (Hrsg.,1979) Werturteilsstreit. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.

ALBRECHT, H. (1993) Heilkunde versus Medizin. Hippokrates-Verlag, Stuttgart.

ALBRECHT, H. (2000) Rücknahme des Betäubungsmittelstrafrechts und die Entwicklung des Schadensminimierungspolitik In: Uchtenhagen, Ziegelgänsenberger (Hrsg., 2000) Suchtmedizin, Fischer-Verlag, Stuttgart, S. 541-547.

ALMEIDA, O.F.X.; SCHIPPENBERG, T.S. (Hrsg, 1991) Neurobiology of Opioids. Springer-Verlag, Heidelberg.

ALT, T. (1994) Ethik des Rauchens. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 40/1, S.. 41-47

ANTONS, K; SCHULZ, W. (1976) Normales Trinken und Suchtentwicklung, Band 1. Verlag für Psychologie, Hofgrefe, Göttingen.

ANZENBACHER, A. (Hrsg., 1992) Einführung in die Ethik, Patmos-Verlag, Düsseldorf.

AREND, H. (1991) Kontrolliertes Trinken: ein alternatives Therapiekonzept für die Behandlung von Problemtrinkern. In: Hoellen, B. (Hrsg., 1991) Aspekte der Klinischen Psychologie. Centaurus-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler, S. 105-134.

BAERTSCHI, B. (1998) Autonomie und Fürsorge- zwei Prinzipien im ärztlichen Umgang mit Suizidanten. *Folia Bioethica*. Schweizerische Gesellschaft für biomedizinische Ethik. Genève

BAKALAR, J.B.; GRINSPOON, L. (1984) Drug control in a free society. Cambridge University Press, Cambridge, MA.

BARBOR, T.F. (1990) Social, scientific, and medical issues in the definition of alcohol and drug dependence. In: Edwards, G.; Lader, M. (Hrsg., 1990) The nature of Drug Dependence. Oxford University Press, Oxford.

- BARBOR, T.F. (2000) Project Match: Der Versuch den richtigen Patienten in die richtige Therapie zu bringen. In: *Sucht* 46 (3), S. 191-192.
- BARROWS, S; ROBIN, R: (Hrsg, 1991) *Drinking Behavior and Belief in Modern History*. Berkely, L.A., Oxford.
- BARTHELIS, M. (1991) *Subjektive Theorien über Alkoholismus. Versuch einer verstehenden Psychologie des Alkohols. Arbeiten zur Sozialwissenschaftlichen Psychologie*, Heft 23, Aschendorff-Verlag, Münster.
- BASTINE, R.H.E. (1990) *Klinische Psychologie. Band 1, 2.Auflage*. Kohlhammer Standards Psychologie, Stuttgart, Berlin, Köln.
- BASTINE, R.H.E. (1992) *Klinische Psychologie. Band 2*. Kohlhammer Standards Psychologie, Stuttgart, Berlin, Köln.
- BATTEGAY, R.; RAUCHFLEISCH, U. (1990) *Menschliche Autonomie. Sammlung Vandenhoeck*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- BAUMANN, P. (2000a) Die Autonomie der Person. In: Meggle, G.; Nida-Rümelin, J. (Hrsg, 2000) *Perspektiven der analytischen Philosophie*, Mentis, Paderborn.
- BAUMANN, P. (2000b) Über Zwang. S. 71-84. In: Betzler, Guckes (Hrsg., 2000). *Autonomes Handeln. Beiträge zur Philosophie von Harry Frankfurt*. Akademie-Verlag GmbH, Berlin.
- BAUMANN, U.; PERREZ, M. (1998) *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Hans-Huber-Verlag, Bern.
- BAUMGART, M.C. (1994) *Illegale Drogen, Strafjustiz, Therapie*. MPI für Ausländisches und Internationales Recht, Freiburg i. B.
- BAYERTZ, K. (1991) Wissenschaft als moralisches Problem. Die ethische Besonderheit der Biowissenschaften. In: Lenk, H. (Hrsg., 1991) *Wissenschaft und Ethik*. Reclam-Verlag, Stuttgart, S. 286- 305.
- BAYERTZ, K. (1994) *Praktische Philosophie. Grundorientierungen angewandter Ethik*. Rowohlt-Taschenbuch-Verlag, Hamburg.
- BAYERTZ, K. (1994a.) *Praktische Ethik als angewandte Ethik*. In: Bayertz, K. (Hrsg., 1994) *Praktische Philosophie*, Hamburg, S. 7-47.
- BAYERTZ, K. (1994b.) *Wissenschaft, Technik und Verantwortung*. In: Bayertz, K. (Hrsg., 1994) *Praktische Philosophie*, Hamburg, S. 173-209.
- BAYERTZ, K. (1995) *Verantwortung. Prinzip oder Problem*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt.
- BAYERTZ, K. (Hrsg., 1996) *Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

BEAUCHAMPS, T. L.; CHILDRESS, J. F. (1994) Principles of Biomedical Ethics, 4. Ausgabe, Oxford University Press, New York.

BECK, A.; LINDENMEYER, J. (1997) Kognitive Therapie der Sucht. Belz, Psychologische Verlags-Union, Weinheim.

BENDER, K.J. (1995) Drug Craving Distinguished from Withdrawal Symptoms. In: *Psychiatric Times*, September 1995, Vol. XII Issue 9.

BERNER, P. (1982) Psychiatrische Symptomatik. Ein Lehrbuch. Huber-Verlag, Bern.

BERRIDGE, V.; EDWARDS, G. (1981) Opium and the people. Opiate use in nineteenth-century England, London.

BETZLER, M.; GUCKES, B. (Hrsg., 2000) Autonomes Handeln. Beiträge zur Philosophie von Harry Frankfurt. Akademie-Verlag GmbH, Berlin.

BETZLER, M.; GUCKES, B. (Hrsg., 2001) Harry G. Frankfurt. Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte. Polis, Schriften zur Ethik und Sozialphilosophie, Band 3, Akademie-Verlag, Berlin.

BETZLER, M. (2001) Bedingungen personaler Autonomie. Einleitung. In: Betzler, Guckes (Hrsg., 2001) Harry G. Frankfurt. Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte. Polis, Schriften zur Ethik und Sozialphilosophie, Band 3, Akademie-Verlag, Berlin.

BIERI, P. (Hrsg., 1993) Analytische Philosophie des Geistes, Herstein-Verlag, Königstein.

BIRNBACHER, D. (1993) Welche Ethik ist für die Bioethik tauglich. In: ACH, J.S.; Gaidt, A. (Hrsg., 1993) Herausforderungen der Bioethik. Fromann-Holzboog-Verlag, S. 45-67.

BIRNBACHER-KOTTJE, L.; BIRNBACHER, D. (1999) Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. In: Ambühl, H.; Strauß, B. (Hrsg., 1999) Therapieziele, Hofgreffe-Verlag, Göttingen, S. 15-32.

BIRNBAUMER, N.; SCHMIDT, R. (1996) Biologische Psychologie, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

BISSELL, L.C.; ROYCE, J.E. (1994). Ethics for Addiction Professionals. Second Edition. Hazelden Foundation, Minnesota.

BLOCH, S.; CHODOFF, P. (Hrsg., 1991) Psychiatric Ethics. Oxford University Press, Oxford, New York.

BOCHNIK, H.J.; GÄRTNER-HUTH, C.; GEYER, C.-F.; HÜSGEN, H.A.; JANSSEN, H.-J.; KNÖRZER, G.; KUNZ, D. (Hrsg., 1991) Sucht und Freiheit. Katholische Sozialethische Arbeitsstelle, Abteilung Suchtgefahren. Hoheneck Verlag, Hamm.

BODE, W. (1896) Kurze Geschichte der Trinksitten und Mäßigkeitsbestrebungen in Deutschland, Verlag von J.F. Lehmann, München.

BÖKER, W.; NELLES, J. (Hrsg., 1992) Drogenpolitik wohin? Publikation der Akademischen Kommission der Universität Bern. 2. Auflage, Paul Haupt Verlag, Bern.

BOLLER, U. (1995) Tüchtige und Süchtige. Grundlegendes zu Sucht und Drogen. Theologischer Verlag, Zürich.

BONDOLFI, A. (1996). Konsensfindung in Recht und Politik als ethisches Problem. In: Bayertz (Hrsg., 1996). Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall. Suhrkamp, Frankfurt. a.M, S. 154-160.

BONDOLFI, A. (1995) In: Heimbach-Steins, M; Furger, F. (1995) Brennpunkt Sozialethik. Theorien, Aufgaben, Methoden. Herder-Verlag, Freiburg.

BÖNING, J. (1992) Zur Neurobiologie und Phänomenologie eines Suchtgedächtnisses. In: *Sucht* 38; S. 105-106

BÖNING, J. (1994) Warum muß es ein Suchtgedächtnis geben. In: *Sucht* 4, S. 244-251

BÖNING, J. (2002) Neurobiologische Perspektiven für die Suchtforschung und -behandlung am Beispiel des Suchtgedächtnisses. In: Fachverband für Sucht und Drogen (Hrsg., 2002) Die Zukunft der Suchtbehandlung. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Neuland-Verlag, Geesthacht. S. 274-281.

BONNER, A.; WATERHOUSE, J. (1996) Addictive Behaviour- Molecules to Mankind. Perspectives on the Nature of Addiction. Macmillian Press, Großbritannien.

BORNEMANN, R.; FREYE, E. (1998) Opioide. In: Gölz, J. (Hrsg., 1998) Moderne Suchtmedizin. Thieme-Verlag, Stuttgart, B 4.

BOZARTH, M.A. (1990) Drug addiction as a psychobiological process. In: Wartburton, D.M. (Hrsg., 1990) Addiction controversies. Harwood Academic Press, London, S. 112-134.

BRAEUNIG, K. (1907) Mechanismus und Vitalismus, Biologie des 19. Jahrhunderts, Verlag von Wilhelm Engelmann, Leipzig.

BRAUDEL, F. (1988) Sozialgeschichte des 15.-18. Jahrhunderts. Aufbruch zur Weltwirtschaft, Zürich.

BROCK, D.(1983) Can pleasure be bad for you? In: *Hasting Center Report* 13/4, S. 24-30

BRÜHL-CRAMER, v.C. (1819) Über die Trunksucht und seine rationale Heilmethode derselben. Nicolausche Buchhandlung, Berlin.

BÜHRINGER (2001). Forschung und Praxis im Bereich substanzbezogener Störungen: Königskinder, die nicht zusammenkommen? In: Walter-Hamnn, R. (Hrsg., 2001) Menschenbild und soziale Dienstleistung. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.

BÜNTING, K.D. (1996) Schreiben im Studium. Ein Leitfaden. Cornelsen-Verlag, Berlin.

BURTSCHIED, W. (2001) Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Springer-Verlag, Heidelberg.

BYNUM, W. F. (1968) Chronic Alcoholism in the first Half of the 19. Century. In: *Bulletin of the History of Medicine*, 42, S. 160-185.

CHRISTOPHER, J. (1988) How to stay sober: Recovery without Religion. Prometheus, Buffalo, USA.

CLONINGER, C.R. (1987) Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism. In: *Science* 236, S. 410-416.

CLONINGER, C.R.; BEGLEITER, H. (1990) Genetics and Biology of Alcoholism. Cold Spring Harbor Ca. Press, USA.

CLONINGER C.R.; SVARIK, D.M.; PRZYBECK, T.R. (1993) A Psychobiological model of temperament and character. In: *Archives of General Psychiatry* 59, S. 975-990

COHEN, M.; LIEBSON, I.; FAILLACE, L.; ALLEN, R. (1971) Moderate Drinking by Chronic Alcoholics: A Schedule-dependent Phenomenon. In: *Journal of Nervous and Mental disease*, 153, S. 434-444.

COHEN, P.J. (1997) Immunization for prevention and treatment of cocaine abuse: legal and ethical implications. In: *Drug Alcohol Depend.* 48 (3), Dec., S. 167-74.

COMER, R. J. (1995) Klinische Psychologie. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg.

CORDING, C.; FLEISCHMANN, H.; KLEIN, H.E. (Hrsg., 1995) Qualitätssicherung in der Suchttherapie. Die Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen im psychiatrischen Krankenhaus. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.

CRABBE, J.C.; PHILLIPS, T.J.; BUCK, K.J.; CUNNINGHAM, C.C.; BELKAP J.K. (1999) Identifying genes for alcohol and drug sensitivity: recent progress and future directions. In: *TINS*, Vol 22, No.4, S. 173-179.

DANIELS, N. (1985) Just Health Care. Studies in Philosophy and Health Policy. Cambridge University Press, Cambridge, England.

DAVISON, G.C.; NEALE, J.M. (1986) Abnormal Psychology. J. Wiley and Sons, New York.

- DEGKWITZ, R. (1998) Sozialwissenschaftliche Modelle. In: Gölz, J. (Hrsg., 1998) *Moderne Suchtmedizin*, Thieme-Verlag, Stuttgart, B 2.2.
- DEUTSCH, J.A. (1972) Brain Reward: ESB and Ecstasy, *Psychology Today* 6, S. 45-4.
- DEUTSCH, W. (1901) *Der Morphismus*. Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN (Hrsg, 1985) *Süchtiges Verhalten, Grenzen und Grauzonen im Alltag*. Hoheneck-Verlag GmbH, Hamm.
- DHS (1998) Drogenpolitik und Drogenhilfe, Nachrichten. In: *Sucht* 44 (4), S. 287-295.
- DHS (1999) *Jahrbuch Sucht*, Neuland-Verlag, Geesthacht.
- DIEMER, A. (1977) Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen und die Geschichte der Wissenschaften. Symposium der Gesellschaft für Wissenschaftsgeschichte, Mai, 1975 in Münster. Verlag Anton Hain, Meisenheim.
- DÖRNER, K. ; PLOG, U. (1981) *Irren ist Menschlich*, Lehrbuch der Psychiatrie, Psychiatrie- Verlag, Bonn.
- DSUBANKO-OBERMAYR, K.; BAUMANN,U. (1999) Informed Consent in der Psychotherapie: Anspruch und Wirklichkeit. In: Ambühl, H.; Strauß, B. (Hrsg., 1999) *Therapieziele*, Hofgreffe-Verlag, Göttingen, S. 33-54.
- DWORKIN, G. (1970) Acting Freely. In: *Nous* 4, S. 367-383.
- EBERLEIN, G.L. (1991) Wertbewußte Wissenschaft: Eine pragmatische Alternative zu wertfreier und parteiischer Wissenschaft. In: Lenk, H. (Hrsg., 1991) *Wissenschaft und Ethik*. Reclam-Verlag, Stuttgart, S. 99-115.
- EBERT, A. (Hrsg.,1996) *Drogenrecht. Ein Ratgeber für die Praxis*. Neuland, Geesthacht.
- ECKART, W.U. (1998) *Geschichte der Medizin*, 3. Auflage, Springer-Verlag, Heidelberg.
- EDELSTEIN, W.; NUNNER-WINKLER, G.; NOAM, G. (1993) *Moral und Person*. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt a.M.
- EDWARDS, G.; LADER, M. (1990) *The Nature of Drug Dependence*. Oxford University Press, Oxford.
- EDWARDS, G. (1997) *Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung*. Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart.
- EDWARDS,G. (2000) Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit im historischen Rahmen. *Sucht* 46 (3), S. 172-178.

EDWARDS, R.B. (Hrsg., 1996) *Ethics of Psychiatry*. Prometheus Books.

EFRAN, J.S.; LUKENS, M.D.; LUKENS, R.J. (1992) *Sprache, Struktur und Wandel. Bedeutungsrahmen der Psychotherapie*. Verlag Modernes Lernen, Borgmann, Dortmund.

EGG, R. (1986) *Zwangstherapie. Zur Bedeutung der Freiwilligkeit bei der Durchführung therapeutischer Maßnahmen*. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1/86, S. 35-41.

EGGER (1992) *Zum Krankheitsbegriff in der Verhaltenstherapie*. In: Pritz, A.; Petzhold, H. (Hrsg., 1992) *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*. Junfermann-Verlag, Paderborn.

EIBACH, U. (1997) *Vom Paternalismus zur Autonomie des Patienten? Medizinische Ethik im Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie*. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 43, S. 215-231.

EID, V. (1986) *Sucht und Verantwortung*. In: *Lebendige Seelsorge. Sucht und Abhängigkeit*, Oktober 1986, Jahrg. 37, Heft 4, S. 137-140.

ELSTER, J. (1997) *Strong Feelings. Emotion, Addiction and Human Behavior*. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts.

ELSTER, J.; SHAG, O.-J. (1999) *Getting Hooked. Rationality and Addiction*. Cambridge University Press, Cambridge.

EMANUEL, E. J.; EMANUEL, L.L. (1992) *Four Models of the Physician-Patient Relationship*. In: *JAMA*, April 22/29, Vol 267, No. 16, S. 2221-2226.

ENGELHARDT, H.T.; SPICKER, S.F. (Hrsg, 1978) *Mental Health: Philosophical Perspectives*. Reidel Publishing Company, Holland & USA.

ENGELHARDT, H.T. Jr. (1994) *Konsens. Wieviel können wir erhoffen?* In: Bayertz, K. (Hrsg., 1996) *Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall*. Suhrkamp, Frankfurt a.M, S. 19-40.

ENGELS, E.-M. (1992a) *Revolution, wissenschaftliche*. In: Ritter, J.; Gründer, K. (Hrsg., 1992) *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Schwabe & CO AG, Basel, S. 990-996.

ENGELS, E.-M. (1992b) *Scientific Community*. In: Ritter, J.; Gründer, K. (Hrsg., 1992) *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Schwabe & CO AG, Basel, S. 1515-1520.

ENGELS, E.-M. (1993) *Herbert Spencers Moralwissenschaft - Ethik oder Sozialtechnologie. Zur Frage des naturalistischen Fehlschlusses bei Herbert Spencer*. In: Bayertz, K. (1993) *Evolution und Ethik*, Reclam-Verlag, Stuttgart, S. 243-287.

- ENGELS, E.-M. (1995) Evolutionsbiologische Konstruktionen von Ethik im 19. Jahrhundert. In: Rush, G.; Schmidt, S.J. (Hrsg., 1995) Konstruktivismus und Ethik, DELFIN, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt a.M., S. 321-355.
- ENGELS, E.-M. (1999) Bioethik. In: Auffarth, C.; Bernard, J.; Mohr, H. (Hrsg., 1999) Metzler Lexikon Religion. Verlag J.B. Metzler, Stuttgart, Weimar, S. 159-164.
- ESER, A. LUTTEROTTI, VON, M.; SPORKEN, P, unter Mitwirkung von ILLHART, F.J.; KOCH, H-G. (1989) Lexikon Medizin Ethik Recht. Herder-Verlag, Freiburg, Basel, Wien.
- EVANS, D. (Hrsg., 1990). Why should we care. Centre for Study of Philosophy and Health Care, University College Swansea. Macmillan Press, New York.
- FADEN, R.R.; BEAUCHAMPS, T.C. (1986). A History and Theory of Informed Consent, Oxford.
- FAHRENKRUG, W.H. (1984) Alkohol, Individuum und Gesellschaft- Zur Sozialgeschichte des Alkoholproblems in den USA, Campus-Verlag, Frankfurt/Main.
- FEUERLEIN, W. ; KÜFNER, H.; SOYKA, M. (1998) Alkoholismus, Mißbrauch und Abhängigkeit. 5. Auflage. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart.
- FILLMORE, SIGVARDSON (1988). A Meeting of the minds - a challenge to biomedical and psychosocial scientists on the ethical implications and social consequences of scientific findings in the alcohol field. In: *British J. of Add.*, 83 (6), S. 609-611.
- FINGARETTE, H. (1988) Heavy Drinking - The Myth of alcoholism as a Disease. University of California Press, USA.
- FINZEN, C. (1985) Alkohol, Alkoholismus und Medizin. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Medizin, 1. Auflage, Psychiatrie- Verlag, Rehburg-Loccum.
- FLECK, L. (1980) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung und Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv, herausgegeben von L. Schäfer und T. Schnelle. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- FLECK, L. (1983) Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze, 1. Auflage, Suhrkamp.
- FOERSTER, K. (1989) Forensisch-psychiatrische Aspekte bei der Beurteilung von Alkoholdelikten. In: Schied, Heimann; Mayer (1989) Alkoholismus und Alkohol, Fischer-Verlag, Stuttgart, Kapitel 18.
- FOREL, A. (1899) Der verderbliche Einfluß des Alkohols auf die Völker durch Vererbung des von ihnen erzeugten Schadens. Internationale Monatschrift zur Bekämpfung der Trinksitten 9, S. 260-264.
- FORST, R. (1998) Die Pflicht zur Gerechtigkeit. In: Höffe, O. (Hrsg., 1998) John Rawls. Eine Theorie der Gerechtigkeit. Akademie-Verlag, Berlin, S.187-208.

FRANCOEUR, R.T. (1983) *Biomedical Ethics. A Guide to Decision Making*. Wiley Medical Publication, USA.

FRANKENA, W. (1972) *Analytische Ethik*. dtv- wissenschaftliche Reihe, München.

FRANKFURT, H. (1969) Alternate Possibilities and Moral Responsibility. In: *Journal of Philosophy* 45, S. 829-839.

FRANKFURT, H. (1971) Freedom of the Will and the Concept of a Person. In: *The Journal of Philosophy* Vol. LXVIII, No. 1, January 14, S. 5- 28.

FRANKFURT, H. (1988) *The Importance of What We Care About*. Cambridge University Press, Cambridge, New York.

FRANKFURT, H. (1993) Die Notwendigkeit von Idealen. In: Edelstein, Nunner-Winkler, Noam (1993) *Moral und Person*. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt a.M., S.110

FRAWLEY, P. J. (1987) Neurobehavioural Model of Addiction. In: *Journal of Drug Issues* 17 (2), S. 29-46.

FRIDRICH, M. (1561) *Wider dem Sauffteufel, gebessert und gemehret*, Wormbs.

FULLFORD, K.W.M (1991). The concepet of disease. In: Bloch, S.; Chodoff, P. (Hrsg., 1991). *Psychiatric Ethics*, second edition, Oxford Univ. Press.

GARZ, D.; OSER, F.; ALTHOF, W. (Hrsg., 1999) *Moralisches Urteil und Handeln*. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt a. M.

GASTPAR, M.; MANN, K.; ROMMELSPACHER, H. (1999) *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Thieme-Verlag , Stuttgart.

GAUGHWIN, M.D.; RYAN, P. (1999) Heroin addiction: the science and ethics of the new treatment pluralism. In: *MJA*, Vol. 170, S. 129-130.

GEHLEN, A. (1975) *Urmensch und Spätkultur*. Philosophische Ergebnisse und Aussagen, 3. Auflage. Athenaion, Wiesbaden.

GERT, B.; CULVER, C.M. CLOUSER, K.D. (1997) *Bioethics : A return to fundamentals*. Oxford University Press, U.K.

GETHMANN, C.F. (1995a) Paradigma. In: Mittelstraß, J. (Hrsg, 1995) *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*. Verlag J.B. Metzler, Stuttgart, Weimar, Band 3, S. 33-37.

GETHMANN, C.F. (1995b) Revolution, wissenschaftliche. In: Mittelstraß, J. (Hrsg, 1995) *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*. Verlag J.B. Metzler, Stuttgart, Weimar, Band 3, S. 609-611.

GEYER, C.F. (1991) Sucht und Freiheit. Philosophische und sozialetische Zusammenhänge. In: *Schriftenreihe der Sozialethischen Arbeitsstelle*, Abteilung

Suchtgefahren. Schriftenreihe *Sucht-Gesellschaft -Sozialethik*. Heft 2: Sucht und Freiheit, Hoheneck-Verlag, Hamm, S. 18-26.

GIERER, A. (1989) Einstieg in fremdes Bewußtsein und die erkenntnistheoretischen und ethischen Grenzen. In: Steigleder, K.; Mieth, D. (Hrsg., 1989) *Ethik in den Wissenschaften*, Attempto-Verlag, Tübingen.

GILLON, R. (Hrsg, 1994) *Principles of Health Care Ethics*. John Wiley and Sons, Chichester.

GLASSMANN, A.H.; JACKSON, W.K.; WALSH, B.T.; ROOSE, S.P.; ROSENFELD, B. (1984) Cigarette Craving, smoking withdrawal and clonidine. In: *Science*, 226, S. 864-866.

GOFFMANN, E. (1999) *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Suhrkamp Taschenbuch-Verlag, 14. Auflage, Frankfurt a.M.

GOLD, M.S. (1995) In: Reich, W. L. (Hrsg., 1995) *Encyclopedia of Bioethics*. Vol 3., Macmillan, New York.

GÖLZ, J. (1998) *Moderne Suchtmedizin*, Thieme-Verlag, Stuttgart.

GÖLZ, J. (1999). *Der Drogenabhängige Patient. Handbuch der schadensmindernden Strategien*. 2. Auflage. Urban-Fischer-Verlag, München.

GÖLZ, J. ; BOSSONG, H.; STOVER, H. (1997) *Leitfaden Drogentherapie*. Campus-Verlag, Frankfurt.

GORDIS, M.D. (2000) Was bringt die Forschung für die Prävention und Behandlung der Alkoholabhängigkeit. In: *Sucht* 46 (3), S.172-178.

GUCKES, B. (2001) Willensfreiheit trotz Ermangelung einer Alternative? Harry G. Frankfurt's hierarchisches Modell des Wünschens. Einleitung. In: Betzler, Guckes (Hrsg., 2001) *Harry G. Frankfurt. Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte*. Polis, Schriften zur Ethik und Sozialphilosophie, Band 3, Akademie-Verlag, Berlin.

HADREAS, P. (1999) Intentionality and then Neurobiology of Pleasure. In: *Stud. Hist. Phil. Biol. & biomed. Sci*, Vol. 30, No.2, S. 219- 236.

HAKER, H. (2000) Narrative und moralische Identität. In: Mieth (Hrsg., 2000) *Erzählen und Moral. Narrativität im Spannungsfeld von Ethik und Ästhetik*. Attempto-Verlag, Tübingen, S. 37-65.

HARDING, G. (1988) *Opiate Addiction, Morality and Medicine*, Macmillan Press, USA.

HARE, R.M. (1993) *Essays on Bioethics*. Clarendon Press, Oxford.

HARRON, F.; BURNSIDE, J.; BEAUCHAMP, P. (1983) *Health and Human Values. A Guide to Making own Decisions*. Yale University Press, New Haven , London.

HARTWIG, K.-H.; PIES, I. (1995) Rationale Drogenpolitik in der Demokratie. Wirtschaftswissenschaftliche und wirtschaftsethische Perspektiven einer Heroingabe. Mohr-Verlag, Tübingen.

HAVEMANN-REINECKE, U. (1992) Biologische Mechanismen der Sucht unter Berücksichtigung genetischer Aspekte. In: *Sucht* 38, S. 82- 84.

HEATHER, N.; WODEK, E.; NADELMANN, E.; O'HARE, P. (1992) Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science. Whurr Publication, London.

HEBSACKER, M. (1568) Trunckenheit- das schandlich und schädlich Laster, gepredigt zu Urach, Morhart.

HECHT, A. (1997) Menschsein heißt Kranksein. Diskurs zum historischen und erkenntnistheoretischen Umfeld menschlicher Krankheit. R.G. Fischer-Verlag, Frankfurt a.M.

HEGGEN, A. (1988) Alkohol und die bürgerliche Gesellschaft im 19. Jahrhundert. Colloquiums-Verlag, Berlin.

HEIMBACH-STEINS, M.; FURGER, F. (Hrsg., 1995) Brennpunkt Sozialethik. Theorien, Aufgaben, Methoden. Herder-Verlag, Freiburg.

HEIMANN, H. (1992) Der süchtige Mensch als Forschungsobjekt. In: *Sucht* 38, S. 75-81.

HELL, D. (2000) Sind psychische Störungen ausschließlich Hirnkrankheiten? In: Rager, G. (Hrsg., 2000) Ich und mein Gehirn. Persönliches Erleben, verantwortliches Handeln und objektive Wissenschaft. Karl-Alber-Verlag, Freiburg, S. 139-160.

HENDERSON, J.L. (1984) Cultural Attitudes in psychological perspective. Inner City Books, Toronto.

HERMANN, M. (1995) Identität und Moral: Zur Zuständigkeit von Personen für ihre Vergangenheit, Akademischer-Verlag, Berlin.

HERWIG-LEMPP, J. (1993) Drogenabhängigkeit als Erklärungsprinzip-Drogenkonsumenten als Subjekte. Dissertation der Universität Bremen.

HERWIG-LEMPP, J. (1994) Von der Sucht zur Selbstbestimmung. Borgmann, Dortmund.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. (1991) Kranke gestern, Kranke heute, Beck- Verlag, München.

HEYNE, A. (1992) Voluntary but not enforced intake of an opiate causes psychic dependence in an animal model of drug addiction. *Nauyn-Schmiedeberg's Arch.-Pharmacol. (Supplement)* 345, R 513.

HINSCH, W. (1998) Das Gut der Gerechtigkeit. In: Höffe, O. (Hrsg, 1998) John Rawls. Eine Theorie der Gerechtigkeit. Akademie-Verlag, Berlin, S. 251-270.

HOFF, P. (1990) Der Begriff der psychischen Krankheit in transzendentalphilosophischer Sicht. Campus-Verlag, Frankfurt. a.M.

HÖFFE, O. (Hrsg, 1997) Lexikon der Ethik. Beck'sche Reihe. 5. Auflage, München.

HÖFFE, O. (1998) John Rawls. Eine Theorie der Gerechtigkeit. Akademie-Verlag, Berlin.

HÖLTER, S. (1998) Verhaltenspharmakologische Charakterisierung eines Langzeitmodells freiwilliger Alkoholverabreichung bei der Ratte, Dissertation, München.

HOMANN, K. (Hrsg, 1992) Wirtschaftsethische Perspektiven des Drogenproblems. Schriften des Verbands für Sozialpolitik, Band 217. Duncker & Humblot, Berlin.

HOPE, T.; FULFORD, K.W.M. (1994) Psychiatric Ethics. In: Raanan, G. (Hrsg., 1994) Principles of Health Care Ethics. John Wiley and Sons, Chichester, S. 682-695.

HOUGH, S. (1994) The Moral Mirror of Pleasure: Considerations About the Recreational Use of Drugs. In: Luper-Foy, S.; Brown, C. (1994) Drugs, Morality and the Law. Garland Publishing Comp., London, New York, S. 153-182.

HUBER, G. (1999) Psychiatrisches Lehrbuch für Studium und Weiterbildung, 6. Auflage, Schattenhauer-Verlag, Stuttgart, New York.

HÜBNER, M. (1988) Zwischen Alkohol und Abstinenz. Trinksitten und Alkoholfrage im deutschen Proletariat bis 1914. Dietz, Berlin.

HUFELAND, C.W. (1802) Über die Vergiftung durch Branntwein, Berlin.

HÜLLEN, J. (1990) Ethik und Menschenbild der Moderne, Böhlau Philosophica, Band 10, Köln, Wien.

HUMBER, J.M.; ALMEDER, R.F. (Hrsg., 1979) Biomedical Ethics and the Law. Plenum Press, New York.

HURELY, J.A. (2000) Addiction - Opposing Viewpoints, Greenhaven Press, Inc. San Diego.

HUSAK, D.N. (1992) Drugs and Rights. Cambridge Studies in Philosophy and Public Policy. Cambridge University Press, USA.

HUTTER, W-D. (1999) Interdisziplinarität. Möglichkeiten und Grenzen fächerübergreifender Forschung. Institut fächerübergreifenden Forschens und Studierens e.V., Trier.

ILLHARDT, F. J., KOCH, H.G. (1985) Medizinische Ethik. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

INCIARDI, J.A.; HARRISON, L.D. (2000) Harm Reduction- National and International Perspectives. Sage Publications, Inc. London, New Delhi.

IRRGANG, B. (1998) Praktische Ethik aus hermeneutischer Perspektive. UTB-Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn.

W

ISENMANN, R. (1999) Interdisziplinarität Verstehen-Verantworten-Gestalten. In: Hutter, W.D. (Hrsg., 1999) Interdisziplinarität. Möglichkeiten und Grenzen fächerübergreifender Forschung. Institut fächerübergreifenden Forschens und Studierens e.V. , Trier, S. 17-44.

JACOB, R. (1995) Krankheitsbilder und Deutungsmuster. Wissen über Krankheit und dessen Bedeutung für die Praxis. Reihe: Studien zur Sozialwissenschaft, 154. Opladen, Westdeutscher Verlag, Opladen.

JANICH, P.; WEINGARTEN, M. (1999) Wissenschaftstheorie der Biologie. Wilhelm-Fink-Verlag, München.

JANSSON, B.; JORNVELL, H.; RYDBERG, K.; TERENIUS, L.; VALLEE, B.C. (Hrsg.,1994) Towards a Molecular Basis of Alcohol Use and Abuse. Experimentia Supplemet 71. Birkhäuser-Verlag, Basel, Boston, Berlin.

JANTZEN, W. (1999) Geistige Behinderung und Menschenrechte - Bemerkungen zum Begriff der menschlichen Natur. In: www.members.aol.com/basaglia/marxbl99.html.

JELLINEK, E.M. (1960) The Disease Concept of Alcoholism, New. Haven, USA

JOESTER, A.; KEWITZ, C. (1986) Entmündigung: Rechtlicher Anspruch und seine Verwirklichung aus der Sicht von Betroffenen und Experten. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1/86, S. 42-53.

JULIEN, R.M. (1997). Drogen und Psychopharmaka. Spektrums-Verlag, Heidelberg.

KAHLKE, W.; REITER-THIEL, S. (Hrsg., 1995) Ethik in der Medizin. Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart.

KAPPELER, M. (1993) Die Würde des Menschen ist unanständig, doch wer sich berauscht...In: In: akzept, Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V. Menschenwürde in der Drogenpolitik. Ohne Legalisierung geht es nicht! Konkret Literatur Verlag, Hamburg, S. 15-24.

KASSEL, J.S.; SHIFFMANN, S. (1992) What can hunger teach us about drug taking? In: *Adv. Behav.Res. Ther. Vol 14*, S. 141-167.

KECKEISEN, W. (1974) Die gesellschaftliche Definition abweichenden Verhaltens. Perspektiven und Grenzen des Labelling Approach. Juventa, München.

- KEMMESIES, U.E. (2001) Drogenhilfe: McDonald's, Haute Cuisine oder am Ende der Rationalität? Erwiderung auf Horst Bossong's Kommentierung des Artikels: die Mcdonaldisierung der Drogenhilfe. In: *Sucht* 47 (3), S. 201- 213.
- KERSTING, W. (1998) Die Gerechtigkeit zieht die Grenze und das Gute setzt das Ziel. In: Höffe, O. (Hrsg, 1998) John Rawls. Eine Theorie der Gerechtigkeit. Akademie-Verlag, Berlin, S. 209-230.
- KETTERN, B. (1992) Sozialethik und Gemeinwohl. Die Begründung einer realistischen Sozialethik bei Arthur Utz, Duncker & Humblot, Berlin.
- KEUP, W. (Hrsg., 1978) Sucht als Symptom, 2. Wissenschaftliches Symposium der deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren, Bad Kissingen, Thieme-Verlag, Stuttgart.
- KEUP,W. (Hrsg., 1985) Biologie der Sucht, Springer-Verlag, Berlin.
- KEUTH, H. (1989) Wissenschaft und Werturteil. Zur Werturteilsdiskussion und Positivismusstreit, Mohr-Siebeck-Verlag, Tübingen
- KEUTH, H. (1991) Die Abhängigkeit der Wissenschaften von Wertungen und das Problem der Werturteilsfreiheit. In: Lenk, H. (Hrsg., 1991) Wissenschaft und Ethik. Reclam-Verlag, Stuttgart, S. 116-134.
- KIEGEL, M. (2000) Ist der Mensch sein Gehirn? Anthropologische Bemerkungen zur Ethik der Hirnforschung aus Sicht eines Theologen. In: *Ethik Med.* 12, S. 75-87.
- KLEBER, J.A. (1993) Ver/Blendung, das dritte Auge, die Gesellschaft und die Sucht. In: Schuller, A.; Kleber, J.A. (Hrsg, 1993) Gier. Zur Anthropologie der Sucht. Sammlung Vandenhoeck, Göttingen.
- KLEIN, M. (1992) Klassifikation von Alkoholikern durch Persönlichkeits- und Suchtmerkmale; Schriftenreihe des Fachverbandes für Sucht e.V., Bonn.
- KNOBLOCH, U. (1994) Theorie und Ethik des Konsums. Reflexionen auf die normativen Grundlagen sozialökonomischer Konsumtheorien. Dissertation, Hochschule St. Gallen.
- KNÖTZELE, P. (1996) Strafjustitielle Entscheidungsfindung in Drogenstrafrecht und Drogentherapie; Dissertation der Universität Gießen.
- KOBOLDT, C. (1995) Ökonomik der Versuchung. Drogenverbot und Sozialvertragstheorie, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen.
- KÖHL, H. (2000, unveröffentl.) Sucht und Selbstverantwortung. Philosophische Ansätze zu einer Suchtethik. Bickenbach.
- KÖHL, H. (2001) Suchtethik. In: *Information Philosophie*, März 2001 (1), S. 44-53.
- KÖRKEL, J. (2002) Kontrolliertes Trinken - Herausforderung für das medizinische Behandlungssystem. In: Fachverband für Sucht und Drogen (Hrsg., 2002) Die

Zukunft der Suchtbehandlung. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Neuland-Verlag, Geesthacht, S. 100-114.

KOOB, F.G.; LE MOAL, M. (1997) Drug Abuse: Hedonic Homeostatic Dysregulation. In: *Science Vol 278*, Oct., S. 52-57.

KOOB, G.F.; BLOOM, F.E. (1988) Cellular and Molecular Mechanisms of Drug Dependence. In: *Science 242*, S. 715-723.

KOOB, G.F. (1992) Neural Mechanism of Drug Reinforcement. In: Kalives, P.W. & Samson H.H. (Hrsg., 1992) *The Neurobiology of Drug and Alcohol Addiction*, Annals of the New York Academies of Sciences.

KOOB, G. F. (1999) Probing Alcoholism's Dark Side. In: *Science*, Vol. 285, Sep., S. 1473.

KOHLBERG, L. (1994) Verantwortung als moralisches Verhalten. In: Mieg, H (Hrsg., 1994) *Verantwortung*. Westdeutscher Verlag, Kapitel 3.

KOLLER, P. (1998) Die Grundsätze der Gerechtigkeit. In: Höffe, O. (Hrsg, 1998) *John Rawls. Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Akademie-Verlag, Berlin, S. 45-70.

KOSZLOWSKI, L.T.; WILKINSON, D.A. (1987) Use and Misuse of the Concept of Craving by Alcohol, Tobacco and Drug Researchers. In: *British Journal of Addiction* 82, S. 31-36

KRAUSZ, M; PETER, H. (1998) Psychodynamische und psychologische Modelle. In: Gölz (Hrsg., 1998) *Moderne Suchtmedizin*, Thieme-Verlag, Stuttgart.

KREUTEL, M. (1988). *Die Opiumsucht*. Deutscher Apotheker-Verlag, Stuttgart.

KSA, INFORMATIONSDIENST KONSUM UND SUCHT (1/1998) *Sucht und Ethik*. Herausgegeben von der katholischen Sozialethischen Arbeitsstelle e.V., Hamm.

KÜFNER, H. (1981) Zur Persönlichkeit von Alkoholabhängigen. In: Knischewski, E. (Hrsg., 1981) *Alkoholismustherapie*, Kassel.

KÜHN, H.-J. (1984) Soziale Gerechtigkeit als moralphilosophische Forderung. Zur Theorie der Gerechtigkeit von John Rawls. Bouvier Verlag Herbert Grundmann, Bonn.

KÜHN, H., "Healthismus", eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA, UBZ, Berlin 1993.

KUHN, T. (1969, 1999) *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*, 15. Auflage, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt a. M.

KUNKEL, E. (1987) Kontrolliertes Trinken und Abstinenz - Therapieziele bei Alkoholikern. In: *Suchtgefahren* 33, S. 389-404.

- KUPFER, A. (1996) Kleine Kulturgeschichte des Rausches seit dem Garten Eden. Metzler, Stuttgart.
- KUSSER, A. (1987) Dimensionen der Kritik von Wünschen. Dissertation der freien Universität Berlin; Athenium Monographie Philosophie.
- KUSSER, A. (2000) Zwei-Stufen-Theorie und praktische Überlegungen.. In: Betzler, Guckes (Hrsg., 2000) Autonomes Handeln. Beiträge zur Philosophie von Harry Frankfurt. Akademie-Verlag, Berlin, S. 85-100.
- LADEWIG, D. (1996) Definition von Alkoholabhängigkeit. In: *Nervenheilkunde*, 15, S. 479-81.
- LADEWIG, D. (1996a) Sucht und Suchtkrankheiten. Becksche Reihe, München.
- LAKATOS, I. (1982) Die Methodologie der wissenschaftlichen Forschungsprogramme. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung, J. Worrall, Vieweg, Braunschweig.
- LANDESINSTITUT FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG, NRW (1988) Sucht und Drogenvorbeugung in der Schule. Konzeptionen für die Schule, Soest.
- LÄNGLE, G. (Hrsg., 1996) "Sucht" die Lebenswelten Abhängiger: Studien zu Lebenswelten behinderter Menschen. Band 3, Attempto-Verlag, Tübingen.
- LANZERATH, D.; HONNEFELDER, L. (1998) Krankheitsbegriff und ärztliche Anwendung der Humangenetik. In: Düwell, M.; Mieth, D. (Hrsg., 1998) Ethik in der Humangenetik. Francke-Verlag, Tübingen, S. 51-77.
- LEGNARO, A. (1975) Drogen und soziokultureller Wandel, Köln.
- LEGNARO, A. (2000) Rausch und Sucht in der Sozial- und Kulturgeschichte Europas, S. 8-22. In: Uchtenhagen, A.; Zieglgänsenberger, W. (2000) Suchtmedizin, Fischer-Verlag, Stuttgart.
- LEIST, A. (1993) Herausforderungen der Bioethik. In: Ach, J.S.; Gaidt, A. (Hrsg., 1993) Herausforderungen der Bioethik. Fromann-Holzboog- Verlag, S. 19-44.
- LEMPKE, G. (1990) Suchtkonzepte und ihre Auswirkungen auf den Umgang mit Abhängigkeitskranken. In: Schwoon, D.R.; Krausz, M. (Hrsg., 1990) Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie, Enke-Verlag, Stuttgart, S. 16-24.
- LENK, H. (Hrsg, 1991) Wissenschaft und Ethik. Philipp Reclam Verlag, Stuttgart
- LESCH, O.M.; MUSALEK, M.; NIMMRICHTER, A.; WALTER, H. (1992) Chronischer Alkoholismus: gibt es ein biologisch bedingtes Alkoholverlangen? In: *Sucht* 38, S. 85-88.
- LESHNER, A. (1997) Addiction is a brain disease and it matters. In: *Science* Vol 278, Oct., S. 45-57.

LETTIERI, D.J.; WELZ, R. (Hrsg, 1983). Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen. Beltz-Verlag, Weinheim, Basel.

LEUNE, J. (1998) Versorgungssystem in Deutschland. In: Gölz (Hrsg., 1998) Moderne Suchtmedizin. Thieme-Verlag, Stuttgart, C1.1.

LEVINE, H.G. (1978) The Discovery of Addiction. Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America. In: *Journal of studies on Alcohol*, 39, S. 143-174.

LEVINSTEIN, E. (1883) Die Morphiumsucht, Eine Monographie nach eigenen Beobachtungen, 3. Auflage, Berlin.

LIEB, H.; LUTZ, R. (Hrsg., 1992) Verhaltenstherapie. Verlag für angewandte Psychologie, Hofgrefe, Stuttgart.

LILIENFELD, J.; OXFORD, J. (1999) The Languages of Addiction. Macmillan Press LTD, London.

LITTELTON, J. (1995). Acamprosat in Alcohol Addiction: How does it work? In: *Addiction* 90, S. 1179-1188.

LUDWIG, A.M.(1988) Understanding the Alcoholic's Mind. The Nature of Craving and how to control it. Oxford University Press, USA.

LUPER-FOY, S.; BROWN, C. (1994). Drugs, Morality and the Law. Garland Publishing Inc., London, New York.

LUX, T. (1999) Krankheit als semantisches Netzwerk. Ein Modell zur Analyse der Kulturabhängigkeit von Krankheit. VWB- Verlag, Berlin.

MACHLEIDT, W.; BAUER, M.; LAMPRECHT, F.; ROSE, H.; ROHDE-DACHSER, C. (1999) Psychiatrie, Psychodynamik und Psychotherapie. Thieme-Verlag, Stuttgart.

MACKLIN, R. (1978) Health and diseases, the holistic approach. In: Engeldardt, H.T.; Spicker, S.F. (Hrsg, 1978) Mental Health: Philosophical Persepctives. Reidel Publishing Company, Holland, USA, S. 107-117.

MACKLIN, R. (1984) Drugs, Models and Moral Principles. In Muray T.; Gaylin, W.; Macklin, R. (Hrsg., 1984) Feeling good and doing better. Ethics and Nontherapeutic Drug Use. Humana Press, Clifton, New Jersey, S. 187-213.

MACNISH, R. (1837) Über Berausung, deren Folgen und Verhütungs- und Heilmittel dagegen. Köln.

MAIER, W. (1996) Genetik von Alkoholabusus und Alkoholabhängigkeit. In: Mann, Buchkremer (Hrsg., 1996) Sucht, Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Fischer-Verlag, Stuttgart, Jena, S. 85-98.

MANN, G. (Hrsg, 1973) Biologismus im 19. Jahrhundert. Vorträge eines Symposiums vom 30-31. Oktober 1970 in Frankfurt a. M. ; Enke-Verlag, Stuttgart.

- MANN, K. (1992) Alkohol und Gehirn. Springer-Verlag, Heidelberg.
- MANN, K. (2000) Editorial: Trends in der internationalen Suchtforschung und -therapie. *Sucht* 46 (3), S. 166-168.
- MANN, K.; BUCHKREMER, G. (Hrsg., 1996) Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Fischer-Verlag, Stuttgart, Jena.
- MARLATT, G.A.; NATHAN, P.E. (1978) Behavioral Approaches to Alcoholism. Rutgers Center of Alcohol Studies, New Jersey.
- MARLATT, G.A. (1983) The Controlled-Drinking Controversy: A Commentary. In: *American Psychologist*, 38, S. 1097-1110.
- MARLATT, G.A.; GORDAN, J.R. (1985) Relapse Prevention. Theoretical, rationale and overview of the model. In: Marlatt, Gordon (Hrsg., 1985) Relapse Prevention, Guilford, New York, S. 3-70.
- MARLATT, G. A. (1987) Craving Notes. In: *British Journal of Drug Addiction* 82, S. 42-43.
- MARQUARD, O.; SEIDLER, E.; STAUDINGER, H. (Hrsg, 1989) Medizinische Ethik und soziale Verantwortung. Band VIII. Verlag Ferdinand Schöningh, München.
- MARZAHN, C. (1995) Genuß und Mäßigkeit: Von Wein-Schlürfern, Coffee-Schwelgern und Toback-Schmauchern in Bremen. Beiträge zur Sozialgeschichte Bremens, Universität Bremen.
- MATTHES, H. et al. (1996) Loss of morphine-induced analgesia, reward effect and withdrawal symptoms in mice lacking the μ -opioid-receptor gene. In: *Nature* 383, S. 819-823.
- MENNE, A. (1981) Einführung in die Logik. 3. Auflage, Francke-Verlag, München.
- METZINGER, T. (1995) Conscious Experience. Schöningh-Verlag, Paderborn.
- METZINGER, T. (1996a) Hirnforschung, Neurotechnologie, Bewußtseinskultur. Medizinische ethische und sozialphilosophische Fragen der Zukunft. In: Kaiser, G.; Siegrist, J.; Rosenfeld, E; Wetzel-Vandai, K. (Hrsg., 1996) Die Zukunft der Medizin. Campus-Verlag, Frankfurt.
- METZINGER, T.(1996) Bewußtseinsethik In: *Wechselwirkungen*, Dez. 1996, S. 31-37.
- MEHRGARDT, M. (1992). Drogenarbeit in der Sackgasse - eine Streitschrift In: *Sucht* 3, S. 186-192.
- MEUDT, V. (1979) Drogen und Öffentlichkeit. Minerva-Publikation, München.

MEYENBERG, R. (Hrsg, 1998) Neue Weg in der Drogenpolitik/Drogenhilfe. Band 1 der Schriftenreihe "Sucht- und Drogenforschung". Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.

MEYER-FEHR, P. (1987) Drogentherapie und Wertwandel. Orientierungsmuster in therapeutischen Gemeinschaften. Arbeitsergebnisse aus der Suchtforschung 15. Deutscher Studienverlag, Weinheim.

MICHEL, I.I.; STÖVER, H. (1993) Menschenwürde in der Drogenpolitik. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V. Berlin in Zusammenarbeit mit Buntstift e.V., Göttingen und Frankfurt a. M. Konkret Literatur- Verlag, Hamburg.

MIETH, D.; DÜWELL, M. (Hrsg., 1998) Ethik in der Humangenetik. Francke-Verlag, Tübingen.

MIETH, D. (1989) Sucht und Suchtgefährdung aus der Sicht des Theologen. In: *Arzt und Christ* 4/1989, S. 214-223.

MIETH, D. (1996) Anthropologie der Sucht. In: Längle, G. (Hrsg., 1996) Sucht - Lebenswelten Abhängiger, Attempto-Verlag, Tübingen, S. 70-86.

MIETH, D. (Hrsg., 2000) Erzählen und Moral. Narrativität im Spannungsfeld von Ethik und Ästhetik. Attempto-Verlag, Tübingen.

MITTELSTRASS, J. (Hrsg, 1995) Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. Band 3. Verlag J.B. Metzler, Stuttgart, Weimar.

MOREL, B.A. (1857) *Traité des dégénérescences physiques intellectuelles et morales de l'espece humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*, Paris.

MORENO, J.D. (1996) Konsens durch Kommissionen. Philosophische und soziale Aspekte von Ethik-Kommissionen.. In: Bayertz (Hrsg., 1996). *Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall*. Suhrkamp, Frankfurt. a.M, S. 179-202.

MULFORD, H.A.; MILLER, D.E. (1961) Public Definitions of the Alcoholic. In: *Quarterly Journal of SA* 22, S. 312-320.

MÜLLER-MERBACH, H. (1985) Arroganz und Ignoranz. Ein Plädoyer für interdisziplinäre Verständigung. In: *Technologie & Management*, 34, Heft 3, S. 6-7.

MURRAY, T.H.; GAYLIN, W.; MACKLIN, R. (1984) *Feeling Good and Doing Better. Ethics and Nontherapeutic Drug Use*. Humana Press, Clifton, New Jersey.

NESSE, R.M.; BERRIDGE, K. C. (1997) Psychoactive Drug Use in Evolutionary Perspective. In: *Science* Vol 278, Oct., S. 63- 65.

NESTLER, E.J.; AGHAJANIAN, G.K. (1997) Molecular and Cellular Basis of Addiction. In: *Science* Vol 278, Oct., S. 58- 62.

- NICKELS, C. (1999) Drogen- und Suchtbericht. Bundesregierung, Berlin.
- O' BRIAN, C.P. (1997) A Range of Research-Based Pharmacotherapies for Addiction. In: *Science*, Vol. 278, October, S. 66-69.
- O' BRIAN, M.D. (2000) Neue Erkenntnisse zur Entstehung und Behandlung von Alkohol, Nikotin- und Drogenabhängigkeit. In: *Sucht* 46 (3), S. 186-187.
- O' MALLEY, S.S.; JAFFE, A.; CHANG, G.; SCHOTTENFELD, R.S.; ROUNSAVILLE, B. (1992) Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study. In: *Arch. Gen Psychiatry* 49, S. 881-887.
- ODDI, G. (1993) Addiction and the value of freedom. In: *Bioethics* 7, S. 373-401.
- OLDS, J.; MILNER, P.M. (1954) Positive Reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. In: *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 47, S. 419-427.
- O'NEILL, O. (1998) The Method of A Theory of Justice. In: Höffe, O. (Hrsg, 1998) John Rawls. Eine Theorie der Gerechtigkeit. Akademie-Verlag, Berlin, S. 27-44.
- OSBORNE, R.W. (1995) Alcoholism. In: Reich, W. (1995) Encyclopedia of Bioethics. Vol. 3. Macmillan Press, New York.
- OTTO, S.; HOUSE, I.; COLINAS, L. (1996) War on Drugs, War on People, Texas, USA.
- PARLOFF, M.B. (1967) Goals in Psychotherapy: Mediating and Ultimate. In: Mahrer, A.R. (Hrsg., 1967). The Goals of Psychotherapy, Appleton-Century-Crofts, New York, S. 5-19.
- PARSON, O.; NIXON, S. (1996) Die neuropsychologische Diagnostik des Alkohols. Gegenwärtiger Stand und langfristige Perspektiven. In: Mann, K; Buchkremer, G. (Hrsg.1996) Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Fischer-Verlag, Stuttgart, Jena, S. 121-134.
- PAUER-STUDER, H. (2000) Autonom leben. Reflexionen über Freiheit und Gleichheit. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft. 1. Auflage, Frankfurt a.M.
- PAUL, S. (1999) Prädiktive genetische Diagnose von Tumorerkrankungen: eeine interdisziplinäre Technikbewertung am Beispiel von Brustkrebs und Darmkrebs. Dissertation, Universität Tübingen.
- PAWLOWSKI, T. (1980). Begriffsbildung und Definition. Sammlung Göschen. De Gruyter, Berlin.
- PEELE, S. (1983) Der Streit um das kontrollierte Trinken. In: *Psychologie Heute*, September 1983, S. 25- 27.
- PEELE, S. (1985) The Meaning of Addiction, Lexington Books, Massachusetts, USA.

PETER, H.S. (1999) Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie. 5. Auflage, Urban-Schwarzberg-Verlag, München.

PIES, I. (1999) Ökonomische Argumente für eine legale Heroinverschreibung. In: Schriftenreihe der DGDS e.V. Band 3. Suchtmedizin Aktuell. 8. Suchtmedizinischer Kongreß in München.

PÖLDINGER, W.; WAGNER, W. (Hrsg., 1991) Ethik in der Psychiatrie: Wertebegründung - Wertsetzung. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

POPITZ, H. (1968) Prozesse der Machtbildung. Mohr-Verlag, Tübingen.

PORTER, R. (1985) The Drinking Man`s Disease: the Pre-History of Alcoholism in Georgian Britain. In: *British Journal of Addiction*, 80, S. 385-396.

PRITZ, A.; PETZHOLD, H. (Hrsg., 1992) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Junfermann-Verlag, Paderborn.

QUANTE, M. (2000) The things we do for love. Zur Weiterentwicklung von Frankfurts Analyse personaler Autonomie. In: Betzler, Guckes (Hrsg., 2000) Autonomes Handeln. Beiträge zur Philosophie von Harry Frankfurt. Akademie-Verlag GmbH, Berlin, S. 117- 136.

QUINCEY, De, T. (1982, 1856) Bekenntnisse eines englischen Opiumessers; Übersetzung aus dem Englischen von Peter Meier; Adler, B., Berlin.

QUITTERER, J. (1995) Kant und die These vom Paradigmenwechsel. Dissertationsschrift der Universität Frankfurt/M.

RAANAN, G. (1994) Principles of Health Care Ethics. John Wiley and Sons, Chichester.

RAGER, G. (2000) Ich und mein Gehirn. Persönliches Erleben, verantwortliches Handeln und objektive Wissenschaft. Verlag, Karl Alber, München.

RANKIN, H.; HODGSON, R.; STOCKWELL, T. (1979) The concept of craving and its measurement. *Behavior, Research & Therapy*, 17, S. 389-396.

RASCH, W. (1986) Forensische Psychiatrie. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.

RAWLS, J. (1990) Eine Theorie der Gerechtigkeit. Suhrkamp-Verlag. Frankfurt a.M.

RAWLS, J. (1998) Der Gedanke eines übergreifenden Konsenses. In: Nida-Rümelin, J.; Vossenkuhl, W. (Hrsg., 1998) Ethische und politische Freiheit. De Gryter, Berlin.

REDECKER, A. (1993) Abweichendes Verhalten und moralischer Fortschritt. Dissertation, Universität Tübingen. P.Lang-Verlag, Interdisziplinäre Ethik, Band 5, 1993, Frankfurt a. M.

REICH, W. T. (1991) Psychiatric diagnosis as an ethical problem. In: Bloch, S.; Chodoff, P. (1991). *Psychiatric Ethics*, second edition, Oxford Univ. Press, Oxford.

- REICH, W.T. (1995) *Encyclopedia of Bioethics*. Vol. 3. Simon & Schuster Macmillan, New York.
- REICH, W.T. (2000) 'Sorge' in Goethes Faust. Goethe als Moralist. In: Mieth (Hrsg, 2000) *Erzählen und Moral. Narrativität im Spannungsfeld von Ethik und Ästhetik*. Attempto-Verlag, Tübingen, S. 143-166.
- REINERS-KRÖNCKE (1998) In: KSA, INFORMATIONSDIENST KONSUM UND SUCHT (1/1998) *Sucht und Ethik*. Herausgegeben von der katholischen Sozialethischen Arbeitsstelle e.V., Hamm.
- REINECKER, H. (1998) *Lehrbuch der klinischen Psychologie*, 3. Auflage, Hofgrefe-Verlag.
- REITER-THEIL, S. (1988) *Autonomie und Gerechtigkeit . Das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
- REMSCHEIDT, H.; (1992) *Psychiatrie in der Adoleszenz*. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart.
- RENGGLI, R.; TANNER, J. (1994) *Das Drogenproblem, Geschichte, Erfahrungen, Therapiekonzepte*. Springer-Verlag, Heidelberg.
- RICKEN, F. (1998) *Allgemeine Ethik. Grundkurs Philosophie Band 4*, 3. Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- RIEGER, S. (1999) *SelbetsentzieherInnen von Heroin*. Diplomarbeit, Universität Tübingen.
- RIST, F.; WATZL, H. (1999) *Psychodynamische Ansätze*. In: Gastpar, Mann, Rommelspacher (Hrsg., 1999), *Lehrbuch der Suchterkrankungen*, Thieme-Verlag, Stuttgart, S. 39-49.
- RIVERS, J.E. (1998) *Services for substance abusers in a changing health care system*. In: *American Behavioral Scientist*, Vol. 41 No. 8, Mai, S. 1136-1156.
- ROBINS, L.N.; HELZER, J.E.; HESSELBROCK, M.; WISH, E. (1980) *Vietnam Veterans Three Years After Vietnam: How Our Study Changed Our View of Heroin*. In: *Yearbook of Substance Use and Abuse*. New York Plenum, Vol 2, S. 213-230.
- ROBINSON, T. E; BERRIDGE, K. C. (1993) *The neural basis of drug-craving. An incentive-sensitiation theory of addiction*. In: *Brain Res. Rev.* 18, S. 247-291.
- ROELCKE, V. (1999) *Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftskritik im bürgerlichen Zeitalter*. Campus-Verlag, Frankfurt, New York.
- ROESCH, C. H. (1839) *Der Mißbrauch geistiger Getränke*, H. Lauppsche Buchhandlung, Tübingen.

ROTH, G. (1994) Braucht die Hirnforschung die Philosophie. In: Fedrowitz, J.; Matejovski, D.; Kaiser, G. (Hrsg., 1994) *Neuroworlds. Gehirn-Geist-Kultur*. Campus-Verlag, Frankfurt, New York, 1994, S. 81-92.

ROTSCHUH, K.E. (1978) *Konzepte der Medizin in der Vergangenheit und Gegenwart*, Stuttgart.

ROSENTHAL, D. (1955) Changes in Some Moral Values Following Psychotherapy. In: *Journal of Consulting Psychology*, No. 19, S. 431-436.

RUST, A. (2000) Ethische Aspekte der Sucht. In: Uchtenhagen, A.; Zieglgänsberger, W. (Hrsg., 2000) *Suchtmedizin*. Urban-Fischer, München, Jena, S. 573-584.

RUSH, B. (1792) *Medizinische Untersuchungen und Beobachtungen, aus dem englischen*, Leipzig.

RYDBERG, K. (1994) Clinical Aspects on Molecular Probes, Markers and Metabolism. In: Hansson, B.; Jornvall, H.; Rydberg, K.; Trenius, L.; Vallee, B.C. (Hrsg., 1994) *Toward a molecular basis of alcohol use and abuse*. Experimentia Supplement 71. Birkhäuser Verlag, Basel, Boston, Berlin.

SAMSON, H. H.; HARRIS, R. A. (1992) Neurobiology of alcohol abuse. In: *Trends in Psychology*, Vol 13, S. 206-211.

SANDGRUBER, R. (1986) *Bittersüsse Genüsse: Kuturgeschichte der Genußmittel*, Wien.

SASS, H.-M. (1991) Differentialethik und Psychiatrie. In: Pöldinger, W.; Wagner, W. (Hrsg., 1991). *Ethik in der Psychiatrie: Wertebegründung - Wertsetzung*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 95-117.

SAUDOU, F.; AMARA, D.A.; DIERICH, A.; LEMEUR, M.; RAMBOZ, S.; SEGU, C.; BUHOT, M.-C.; HEN, R. (1994) Enhanced Aggressive Behavior in Mice Lacking 5-HT-Receptor. In: *Science* Vol. 265., Sep., S. 1875-1878.

SCHADEWALDT, H. (1993). *Das Phänomen Gesundheit*. In: Henning, Albrecht (Hrsg, 1993) *Heilkunde versus Medizin- Gesundheit und Krankheit aus der Sicht der Wissenschaften*. Für die Rut-und Klaus-Bahlsen-Stifung. Hippokrates-Verlag, Stuttgart.

SCHALER, J.A. (2000) *Addiction is a choice*. Open Court, Chicago, La Salle, USA.

SCHALLENBERG, H.; LINDOW, B. (2002) Kombinationsbehandlungen/modulare Therapien und arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation. In: Fachverband für Sucht und Drogen (Hrsg., 2002) *Die Zukunft der Suchtbehandlung*. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Neuland-Verlag, Geesthacht, S. 175-184.

SCHARNBERG, M. (1984) *The Myth of Paradigm-Sift, or How to Lie with Methodology*. Doctoral Dissertation at the University of Uppsala, Sweden.

SCHEERER, S. (1995) Sucht und Abhängigkeit In: SPD (Hrsg., 1995) Heraus aus der Sackgasse - Neue Wege in der Drogenpolitik. Bonn, S. 17-27.

SCHEERER, S. (2000) Suchtvermeidung durch Risikomanagement. In: Kemper, P.; Sonnenschein, U. (Hrsg., 2000) Sucht und Sehnsucht. Rauschrisiken in der Erlebnisgesellschaft. Reclam-Verlag, Stuttgart, S. 310- 314.

SCHEERER, S.; VOGT, S. (1989). Drogen und Drogenpolitik. Campus-Verlag, Frankfurt.

SCHIEVELBUSCH, W. (1980) Der Geschmack und die Vernunft: eine Geschichte der Genußmittel, Hanser-Verlag, München.

SCHIPPENBERG, T.S.; KUBIK (1991) Motivational Effects In: Almeida, O.F.X.; Schippenberg, T.S. (Hrsg., 1991) Neurobiology of Opioids, Springer-Verlag, Heidelberg, Chapter 20.

SCHMIDT, B.; ALTE-TEIGLER, A.; HURRELMANN, K. (1999) Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmißbrauch. In: Gastpar, Mann, Rommelpacher (Hrsg., 1999) Lehrbuch der Suchterkrankungen. Thieme-Verlag, Stuttgart, S. 39-49.

SCHMIDT, L. (1997) Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch. Definitionen, Ursachen, Folgen, Behandlung, Prävention. 4. Auflage. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.

SCHMIDT, L. (1999) In: Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelpacher, H. (Hrsg., 1999) Lehrbuch der Suchterkrankungen. Thieme-Verlag, Stuttgart, Kapitel 4.

SCHMIDT, W. J. (1996) Biologische Grundlagen der Sucht. In: Längle, G. (Hrsg., 1996) Sucht - Lebenswelten Abhängiger, Attempto-Verlag, Tübingen, S. 87-98.

SCHMIDBAUER, W.; SCHEIDT, J.V. (1998) Handbuch der Rauchdrogen, Fischer-Verlag, Frankfurt a.M.

SCHMIDTBAUER, W. (1984) Weniger ist manchmal mehr, Rowohlt-Verlag, Hamburg.

SCHMIDTOBREICK, B. (2001) Katholisch und Dienstleister und Anwalt. Perspektiven für die Dienste und Einrichtungen der Caritas. In: Walter-Hamnn, R. (Hrsg., 2001) Menschenbild und soziale Dienstleistung. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S. 23-34.

SCHMIDT-SEMISCH, H. (1992) Drogen als Genußmittel. AG SPAK Bücher, München.

SCHMIDT-SEMISCH, H. (1997) Geschichte, Wirrwarr und die inflationäre Verwendung des Suchtbegriffes. In: Gölz, J.; Bossong, H.; Stover, H. (Hrsg., 1997) Leitfaden Drogentherapie. Campus-Verlag, Frankfurt, Kapitel 4.

SCHMIELAU, F.; SCHMIELAU-LUGMAYR, M. (1990) Lehrbuch der medizinischen Psychologie. Verlag für Psychologie, Hofgrete, Zürich.

SCHLÖSSER, A. (1990) Das Zweiklassensystem der Abhängigenversorgung. In: Schwoon, D.R.; Krausz, M. (Hrsg., 1990) Suchtkranke. die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart, S. 16-24.

SCHNEIDER, W. (1997) Niedrigschwellige Angebote und akzeptanzorientierte Drogenarbeit. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Jg. 20, Nr. 3/4, S. 67-70.

SCHNEIDER, W. (1998) Der Flug der Eule oder Drogenmythen und Akzeptanzorientierte Drogenarbeit. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, Jg 21, Nr. 4, S. 55-62.

SCHNEIDER, W. (1998a) Drogenmythen, Dramatisierungsszenarien und akzeptanzorientierte Drogenarbeit. Zu den Bedingungen der Hilflosigkeit in Drogenhilfe und Drogenpolitik. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, Nr. 2/98, S. 108-120.

SCHOCKENHOFF, E. (2000) Wer oder was handelt. Überlegungen zum Dialog zwischen Neurobiologie und Ethik. In: Rager, G. (Hrsg., 2000) Ich und mein Gehirn. Persönliches Erleben, verantwortliches Handeln und objektive Wissenschaft, Karl. Alber Verlag, S. 239-287.

SCHUCKIT, M.A. (1994) A clinical model of genetic influences in alcohol dependence. In: *J. Stud. Alcohol* 55, S. 5-16.

SCHULER, W. (1999) Rechte und Pflichten von Suchtkranken. Eine Übersicht zur neuen Rechtslage. In: DHS. Jahrbuch Sucht 1999. Neuland- Verlag, Geesthacht, S. 215- 228.

SCHWANITZ, H.-J. (1983) Homöopathie und Browianismus von 1795-1844. Band 15 der Reihe: Medizin in Geschichte und Kultur. Fischer-Verlag, Stuttgart.

SCHWARZ, J; KANDEL, M. (Hrsg., 1991) Principles of Neural Science. 3. Ausgabe. Elsevier, New York, London.

SCHWOON, D.R.; KRAUSZ, M. (1990) Psychiatrie und Sucht. Anmerkungen zu einem zweiseitigen Verhältnis. In: Schwoon, D.R. (Hrsg., 1990) Suchtkranke die ungeliebten Kinder der Psychiatrie, Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart, S. 3-15.

SCHWOON , D.R.; KRAUSZ, M. (1990) Suchtkranke die ungeliebten Kinder der Psychiatrie, Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart.

SCRIBNER, P. (1994) Do Drugs Deprive Us of Free Will? In: Luper-Foy, S.; Brown, C. (Hrsg., 1994) Drugs, Morality and the Law. Garland, Publishing Inc., New York, London, S. 79-110.

SEEBASS, G. (2000) Was heißt, sich im Wollen orientieren? In: Betzler, Guckes (Hrsg., 2000). Autonomes Handeln. Beiträge zur Philosophie von Harry Frankfurt. Akademie-Verlag GmbH, Berlin, S. 193-214.

- SEEBURGER, F.S. (1995) *Addiction and Responsibility. An Inquiry into the addictive Mind*, USA.
- SEEFELDER, M. (1996) *Opium- eine Kulturgeschichte*, 3. Auflage. Ecomed, Landsberg.
- SELLMANN, M. (1998) In: KSA, INFORMATIONSDIENST KONSUM UND SUCHT (1/1998) *Sucht und Ethik*. Herausgegeben von der katholischen Sozialethischen Arbeitsstelle e.V., Hamm.
- SENECA, L.A. (1985) *Moral Epistel*. Herausgegeben und überarbeitet von Motto, A.L. (1985) American Philological Association.
- SIEGLER, M.; OSMOND, H. (1974) *Models of Madness and Models of Medicine*. Macmillian Press, New York.
- SINGER, M.V.; TEYESSEN, S. (1999) *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten*. Springer-Verlag, Heidelberg.
- SINGER, W. (1987) Interview mit Wolf Singer. In: *Geo-Spezial: Gehirn, Gefühl, Gedanken*, Geo-Verlag, S. 166-170.
- SISSA, G. (1999). *Die Lust und das böse Verlangen. Die Philosophie der Sucht*. Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart.
- SMART, R.G. (1983) *Verfügbarkeits- und Anfälligkeitstheorie für den Mißbrauch illegale Substanzen*. In: Lettieri, D.J.; Welz, R. (Hrsg., 1983) *Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen*. Beltz-Verlag, Weinheim, Basel, S. 57-58.
- SMART, R.G. (1983) *Forbidden Highs*, Addiction Research Foundation, Toronto.
- SNYDER, S. (1989) *Brainstorming: The Science and Politics of Opiate Research*. Harvard University Press, USA.
- SOBELL, M.B.; SOBELL, L.C. (1976) *Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behaviour therapy*. In: *Behav. Res. Therapy*, 14, S. 195-215.
- SOBEL, L.C.; SOBELL, M.B.; CHRISTELMANN, W.C. (1972) *The Myth of one drink*. In: *Behavioural Research and Therapy*, 10, S. 119-123.
- SONNTAG, I.; KÜNZEL, J. (2000) *Hat die Therapiedauer Einfluß auf den Therapieerfolg*. In: *Sucht* 46, Sonderheft 2, Dezember 2000, S. 108-123.
- SOYKA, M. (1995) *Die Alkoholkrankheit- Diagnose und Therapie*. Chapman & Hall, Weinheim.
- SPANAGEL, R.; WEISS, F. (1999) *The Dopamine Hypothesis of Reward: past and current status*. In: *Trends in Neuroscience*, Vol 22, No.11, S. 521-527.

SPANAGEL, R.; ZIEGELGÄNSBERGER, W. (1996) Alkohol und neuronale Plastizität. In: Mann, K; Buchkremer, G. (Hrsg.1996) Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Fischer-Verlag, Stuttgart, Jena, S. 53-66.

SPAEMANN, R. (1990) Glück und Wohlwollen: Versuch über Ethik, 2. Auflage, Klett-Cotta, Stuttgart.

SPODE, H. (1991) Krankheit des Willens. Die Konstruktion der Trunksucht. In: *Drogalkohol*, 10, S. 178-191.

SPODE, H. (1993) Die Macht der Trunkenheit. Kultur und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland. Leske & Budrich, Opladen.

SPODE, H. (1993) Der Anspruch auf die Begierde. Die Revolution des medizinischen Wissens über die Trunkenheit. In: Gier. Zur Anthropologie der Sucht. Schuller, A.; Kleber, J.A. (Hrsg, 1993), Sammlung Vandenhoeck, Göttingen.

SPRINGER, A.; MADER, R. (Hrsg., 1994) Suchtkrankheit, das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger. Festschrift für Rudolf Mader zum Geburtstag; Springer-Verlag, Wien.

STEINBRECHER, W.; SOLMS, H. (Hrsg.,1975). Sucht und Mißbrauch. 2. Auflage Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart.

STIMMER, F. (2000) Lexikon der Sucht. Unter Mitarbeit von Petra Andreas-Siller. München, Wien, Oldenburg.

STOECKER, R. (2000) Guidance - Ein Führer durch Frankfurts Handlungstheorie. In: Betzler, Guckes (Hrsg., 2000). Autonomes Handeln. Beiträge zur Philosophie von Harry Frankfurt; Akademie-Verlag GmbH, Berlin, S. 101- 116.

STÖRIG, H.-J. (1988). Kleine Weltgeschichte der Philosophie. 14. Auflage. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.

STRAUSS, L. (1979) Die Unterscheidung zwischen Tatsachen und Werten. In: Albert, H.; Topitsch, E. (Hrsg., 1979) Werturteilsreit. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt. S. 73-91.

SZASZ, T.S. (1972) Bad Habits are Not diseases: A Refutation of the claim that Alcoholism is a disease. In: *Lancet* 2; S. 83-84.

SZASZ, T. (1978) The Concept of Mental Illness: Explanation or Justification. In: Engelhardt; Spicker (Hrsg., 1978) Mental Health: Philosophical Persepctives. Reidel Publishing Company, Holland, USA, S. 235-250.

TÄSCHNER, K.-L. (1994) Drogen, Rausch und Sucht. TRIAS Thieme, Stuttgart.

THALBERG, J. (1978) Motivational Disturbance and free Will. Mental Health: Philosophical Persepctives. Reidel Publishing Company, Holland, USA, S. 201-220.

THOM, A. (1984) Zur Geschichte der Psychiatrie im 19. Jahrhundert; VEB- Verlag, Berlin.

TIFFANY, S.T. (1990) A Cognitive Model of Drug Urges and Drug Use: Behaviour, Role and Automatic and Nonautomatic Processes. In: *Psychol. Review*, Vol 97, No.2, S. 147-168 .

TÖLLE, R. (1994) Psychiatrie. 10. Auflage. Springer- Verlag, Heidelberg.

TÖNNIES, F. (1985) Werte und Wandel, Zürich.

TOPEL, H. (1990) Perspektiven der Alkoholismusforschung der 90er Jahre. In: *Suchtgefahren* 36, S. 91-96.

TOULMIN, S. (1978) Psychic Health, Mental Clarity, Self-Knowledge and Other Virtues. In: Engelhardt, H.T.; Spicker, S.F. (Hrsg, 1978) *Mental Health: Philosophical Perspectives*. Reidel Publishing Company, Holland, USA, S. 55-70.

TRAUTMANN, F. (1993) Autonomie und/ oder Bevormundung. Zum Spannungsverhältnis von akzeptierender Drogenarbeit und KonsumentInnen. In: akzept, Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V. *Menschenwürde in der Drogenpolitik. Ohne Legalisierung geht es nicht! Konkret* Literatur Verlag, Hamburg, S. 55-63.

TRETTER, F. (1998) Die Ökologie der Sucht. Hofgreffe- Verlag, Göttingen.

TRETTER, F. (2000) Suchtmedizin. Schattenhauer-Verlag, Stuttgart.

TROTTER, T. (1821) Ueber die Trunkenheit und deren Einfluß auf den menschlichen Körper. Eine philosophische, medicinische und chemische Abhandlung. 4. Ausgabe, Lemgo.

TURNER, D. (1990) Welche Grundwerte brauchen wir in der Drogenarbeit. *Suchtgefahren* 36; S. 426-427.

UCHTENHAGEN, A. (1998). Zur Geschichte der Behandlung Drogenabhängiger in Europa. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, Jg.21, Nr. 2/3, S. 93-99.

UCHTENHAGEN, A. GUTZWILLER, F.; DOBLER-MIKOLA, A. (Hrsg., 1997) Synthesebericht. Abschlußbericht der Forschungsbeauftragten für die Versuche einer ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln, ISF, Zürich.

UCHTENHAGEN, A.; ZIEGLGÄNSENBERGER, W. (Hrsg., 2000). Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Fischer-Verlag, München.

VAILLANT, G.E. (1983) *The Natural History of Alcohol*. Harward University Press, Cambridge, Mass., USA.

VALVERDE, M. (1998) *Diseases of the Will*, Cambridge University Press, U.K.

VERHEUL, R.; VAN DE BRINK, W.; GERLINGS, P. (1999) A Thress-Pathways Psychobiological Model of Craving for Alcohol. In: *Alcohol and Adiction Vol 34, No2*; S. 197-222.

VIHVELIN, K. (1994) Are Drug Addicts Unfree. In: Luper-Foy; Brown (Hrsg., 1994) *Drugs, Morality and the Law*. Garland Publishing Inc., New York, London, S. 49-50.

VOGT, M.C. (1993) *Der anthropologische Zusammenhang zwischen Sehnsucht und Sucht*. Univ. Dissertation, Zürich.

VOLLMANN, J. (1995) Gerechtigkeit oder Fürsorglichkeit. Konzeptionelle Probleme und klinische Implikationen der Ethics of Care. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 41, S. 263-271.

VOLLMANN, J. (2000) *Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie. Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin*. Steinkopf, Darmstadt.

VOLLMOELLER, W. (2001) *Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik*. 2. Auflage, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.

WAIENMAIERN, H. (1672) *Betrachtung des schändlichen Lasters der Füllerei und Trunckenheit*, Nürnberg.

WAKEFIELD, J.C. (1996) The Concept of Mental Disorder. Facts and Social Values. In: Edwards, R.B. (Hrsg., 1996) *Ethics of Psychiatry*. Prometheus Books, USA, S. 63-97.

WALTER, H. (1998) *Neurophilosophie der Willensfreiheit. Von der libertanischen Illusion zum Konzept natürlicher Autonomie*. Ferdinand Schöning, Verlag, Paderborn.

WALTER-HAMANN (Hrsg., 2001) *Menschenbild und soziale Dienstleistung. Ist Hilfe messbar - ist Leid zertifizierbar?* Lambertus-Verlag, Freiburg i.B.

WALZER, M. (1993) *Drei Wege in der Moralphilosophie*: In: Walzer, M. (Hrsg., 1993) *Kritik und Gemeinsinn. Drei Wege der Gesellschaftskritik*, Frankfurt, S. 9-42.

WANKE, K.; TÄSCHNER, K-L. (1985) *Rauschmittel: Drogen, Medikamente, Alkohol*. Ferdinand-Enke-Verlag, Stuttgart.

WEBER, M. (1988). *Der Sinn der Wertfreiheit der soziologischen und ökonomischen Wissenschaften*. In: Winkelmann, J. (Hrsg.), 7. Auflage, Tübingen, S. 489-540.

WEBER, M. (1976) *Wirtschaft und Gesellschaft*. Band 3., Tübingen.

WETTERLING, T., VELTRUP, C.; JUNGHANS, K. (1996), *Craving ein ausreichend fundiertes Konzept?* In: *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 64, S. 142-152.

WETTERLING, T.; VELTRUP, C.; JUNGHANS, K. (1998) *Verlangen nach Alkohol bei Alkoholabhängigen*. In: *Sucht* 44 (1), S. 57-58.

- WIESING, U. (1995) Warum Verantwortung? Einige Anmerkungen zum allzuhäufigen Gebrauch eines Begriffes. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 41, S. 81-91.
- WIESING, U. (1998) Kann die Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 44, S. 83-95
- WIESEMANN, C. (2000) Die heimliche Krankheit - Eine Geschichte des Suchtbegriffs. Aus der Reihe Medizin und Philosophie, Stuttgart.
- WILLIAMS, S. F. (1980) The Use of Beverage Alcohol as Medicine. In: *J. Stud. Alc.*, Vol. 41; No. 5, S. 543-566.
- WISE, R. (1988) The Neurobiology of Craving: Implications for the Understanding and Treatment of Addiction. In: *Journal of Abnormal Psychology Vol 97*, No 2, S. 118-132.
- WISE, R. (1999) Cognitive Factors in Addiction and nucleus accumbens function. In: *Psychobiology* 27 (2), S. 300-310.
- WISE, R.; BOZARTH, M.A. (1987) A Psychomotor Simulant Theory of Addiction. In: *Psychol. Review* 94, S. 469-492.
- WITKOWSKI, R. J. (1983) Rückfallalkoholismus: eine medizinsoziologische Analyse. Akademeische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden.
- WITTGENSTEIN, L. (1984) Tractus Logico-philosophicus. Werkausgabe Band 1, Tagebücher 1914-1916, Philosophische Untersuchungen. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt am Main.
- WOLFFGRAMM, J.; HEYNE, A. (1991): Social Behaviour, dominance and deprivation of rats determine drug choice. In: *Pharmacol. Biochem. Behav.* 38, S. 389-399.
- WOLFFGRAMM, J.; HEYNE, A. (1992) Kontrollierte Substanzeinnahme versus Abhängigkeit. Die Entwicklung einer Sucht im Tiermodell. In: *Sucht* 38, S. 93-96.
- WOLFFGRAMM, J. (1995) Abhängigkeitsentwicklungen im Tiermodell. In: *Z. Klin. Psychol* 24, S. 107-117.
- WOLFFGRAMM, J. (1996) Die Bedeutung der Grundlagenforschung für die Behandlung von Abhängigen. In: Mann, Buchkremer (Hrsg.) Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Fischer-Verlag, Stuttgart, Jena, S. 3-18.
- WOLFFGRAMM, J. (2000) Neuartiges Verfahren soll Abhängigen helfen. Drogen gegen sucht? In: *MMW-Fortsch-Med*, 2000 May 11, 142 (19), S. 16.
- WUNDERLICH, G. (1981) Krankheits- und Therapiekonzepte am Anfang der deutschen Psychiatrie, Dissertationschrift, Berlin.

YACH, D. (1998) Health and Illness: The Definition of the World Health Organization. In: *Ethik in der Medizin* 18, S. 7-13.

ZEHENTBAUER, J.; STECK, W. (1986) Chemie für die Seele, Gefahren und Alternativen. Athenäum Verlag, Königsstein.

ZIELKE, M. (1982) Diagnostik in der Psychotherapie, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

BALME, C.B.; BELTING, H.; HAMPE, M.; LASCH, H.G.; ROETZ, H.; STAGL, J.; SUCHAMEK, A.; WEINRICH, H.; WELTER, M. (1999) Werteppluralismus. Universitätsverlag C. Winter, Heidelberg.

FRANKENA, W. (1972) Analytische Ethik. dtv-Wissenschaftsreihe, München.

RIEDEL, M. (1979) Norm und Werturteil. Reclam-Verlag, Stuttgart.

RUSCH, G.; SCHMIDT, S.J. (Hrsg., 1995) Konstruktivismus und Ethik. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt a.M.

SCHMOLZ, E.M.; WEINGARTNER, P. (1991) Werte in den Wissenschaften. Internationales Forschungszentrum für Grundlagen der Wissenschaften. Tyrolia-Verlag, Innsbruck, Wien.

ENDRESS, M; ROUGHLEY, N. (2000) Anthropologie und Moral. Philosophische und soziologische Perspektiven. Königshausen & Neumann, Würzburg.

GAMM, G.; KIMMERLE, G. (Hrsg., 1989) Vorschrift und Autonomie. Zur Zivilisationsgeschichte der Moral. Tübinger Beiträge zu Philosophie und Gesellschaftskritik. Band 1, Tübingen.

HOYINGEN-HUENE, P.; HIRSCH, G. (Hrsg., 1988) Wozu Wissenschaftsphilosophie? Positionen und Fragen zur gegenwärtigen Wissenschaftsphilosophie. De Gruyter-Studienbuch, Berlin.

KOMAREK, K.; MAGERL, G. (1998) Virtualität und Realität. Bild und Wirklichkeiten in den Naturwissenschaften, Band 2. Österreichische Forschungsgemeinschaft, Böhlau, Wien.

KÖRKEL, J.; LAUER, G.; SCHELLER, R. (1995) Sucht und Rückfall. Brennpunkte der Rückfallforschung. Emke-Verlag, Stuttgart.

LENTNER, S. (1993) Alkoholismus - Willensschwäche oder Krankheit. Probleme am Arbeitsplatz. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, Jg. 16, Nr. 1, S. 11-14.

LUDWIG, A.M.(1988) Understanding the Alcoholic's Mind. The Nature of Craving and how to control it. Oxford Univ. Press, USA.

PETZOLD, H.G. (2001) Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

RENSCH, B. (1979) Gesetzlichkeit psychophysischer Willensfreiheit und Ethik. Duncker & Humboldt. Reihe Erfahrung und Denken, Band 55, Berlin.

SCHILLING, C. (1996) Moralische Autonomie. Anthropologische und diskurstheoretische Grundstrukturen. Schöningh-Verlag, Paderborn.

SPLETT, J. (1999) Sucht als Gefahr endlicher Freiheit. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 45, S. 259-269.

TUNVING, K. (1986) Careers in Alcoholism and Drug Addiction. Clinical and Epidemiological Studies. Dissertation Universität Lund, Sweden.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

geb. 21.01.71 in Stuttgart,
verheiratet, deutsch.

Schule und Studium:

- 1977-81** Besuch der Grundschule in Korntal
- 1981-90** Besuch des Gymnasiums in Korntal;
Sprachfolge: Englisch, Französisch, Spanisch.
- 1990** Abitur mit den Prüfungsfächern: Deutsch, Biologie,
Mathematik und kath. Religion.
- 1990** Aufnahme des Studiums der Biologie (Diplom) an
der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen
- 1992 - 1993** Auslandsstudium an der Universität Sussex in England
- Juli 95- Dez. 95** Diplomprüfungen in den Fächern Zoologie,
Genetik, Physiologische Psychologie
- Jan. 96 - März 97** Durchführung der Diplomarbeit an der
Universität Sussex in England, Titel der Diplomarbeit:
*„The involvement of the right and left cerebral
hemisphere in memory formation in the domestic
chick gallus domesticus“*
- Okt. 1998 - Dez. 2002** Doktorarbeit im Graduiertenkolleg "Ethik in den
Wissenschaften" an der Universität Tübingen
Thema der Dissertation: *„Auf dem Weg zu einer Ethik
der Sucht: Neurowissenschaftliche Theorien zur Sucht
und deren ethischen Implikationen für die Praxis am
Beispiel der Alkohol- und Heroinabhängigkeit“*
- Okt. 1997 -Feb. 1998** **Praktische Erfahrungen:**
Praktikum im Bereich Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit an der Akademie für
Technikfolgenabschätzung in Stuttgart
- Feb. 1998-Sep. 1998** Geprüfte wissenschaftliche Hilfskraft am Interfakultären
Zentrum für Ethik in den Wissenschaften in Tübingen
- Okt. 01- März 02** Geprüfte wissenschaftliche Hilfskraft am Lehrstuhl für
Ethik in den Biowissenschaften, Tübingen
- seit April 2002** Wissenschaftliche Mitarbeiterin am
Wissenschaftszentrum NRW, Düsseldorf,
Arbeitsbereich Biowissenschaften

Im Selbstverlag herausgegeben von:

Wolf, Julia
Humboldtstraße 48
40237 Düsseldorf