Helga Neubeck-Fischer (Hrsg.)

SUCHT

ein Versuch zu (über)leben

ziel

Soziale Arbeit in der Wende

Helga Neubeck-Fischer (Hrsg.)

Sucht – ein Versuch zu (über)leben

ziel
Hochschulschriften

Helga Neubeck-Fischer (Hrsg.)

Sucht – ein Versuch zu (über)leben

ziel
Hochschulschriften

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Sucht : ein Versuch zu (über)leben / Helga Neubeck-Fischer (Hrsg.). – 2. Aufl.. – Augsburg : ZIEL, 2000

(Hochschulschriften)
ISBN 3-934214-56-8

Verlag ZIEL – Zentrum für interdisziplinäres erfahrungsorientiertes Lernen GmbH
Neuburger Straße 77 · 86167 Augsburg

2. Auflage, 2000

Satz und Grafik alex media · Neuburger Straße 77 · Augsburg

Druck und buchbinderische Verarbeitung Kessler Verlagsdruckerei
Michael-Schäffer-Str. 1, 86399 Bobingen

Die Zeichnungen sind mit freundlicher Genehmigung von **Christine Böer** ihrem Buch **Auf der Kippe. Junkie-Porträts, Zitate, Kommentare zur Sucht. Hamburg 1992** entnommen.
Umschlaggestaltung **Michael Zeitler** unter Verwendung einer Zeichnung von **Christine Böer.**

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Buches darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder einem anderen Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der ZIEL GmbH reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

ISBN 3-934214-56-8

Inhalt

Vorwort 7

Einführungstext zu den Bildern
Christine Böer
Die Fantasie als eine Macht, die Flügel leiht 11

Helga Neubeck-Fischer
Süchtige Gesellschaft? 13

Martin Schmid
Drogenszene, Drogenpolitik und Drogenhilfe.
Eine Betrachtung aus der Normalisierungs- und
Entdramatisierungsperspektive 33

Hans-Volker Happel
Keine Heilung ohne Experten?
Zur Diskussion einer Studie über die Selbstheilung von Fixern 61

Markus Backmund
Qualifizierte Entzugsbehandlung
Eine notwendige Ergänzung in der Behandlung Drogenabhängiger 85

Beate A. Schücking
Ist Polytoxicomanie eine Lebensweise? 99

Karin Deckenbach
Im buddhistischen Kloster kotzen sich
die Junkies den Teufel aus dem Leib 109

Rainer Schors
Störungen des Eßverhaltens - "fixe Idee" oder Sucht?
Erfahrungen mit der stationären Behandlung von
Eßstörungen in einer Psychosomatischen Abteilung 117

Ursula Bußler
Ein Weg aus der Sucht
Erfahrungsbericht aus einer stationären Langzeit-Therapie-Einrichtung 139

Stefan Nitschke
Suchtverhalten im Altenheim 159

Sabine Zurmühl
Es liegt nur an dir, daß es mir schlecht geht
Angehörige von Alkoholkranken 171

Antje Krüger (Textredaktion)
Frauenspezifische Suchtarbeit
Grundsatzpapier des Arbeitskreises "Frauen und Sucht"
von der Bayerischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren 179

Gabriele Fues
Prima Donna - Ein Bericht aus der Arbeit in einer sozialtherapeutischen
Wohngemeinschaft für suchtmittelabhängige Frauen 215

Gisela Heinrich
Frauenalltag, Drogenpolitik und Sucht
Überlegungen zur Arbeit mit drogenabhängigen Frauen 237

Irene Stratenwerth
Zum Scheitern verurteilt?
Heroinabhängige Eltern und ihre Kinder 263

Kontaktadressen der Autoren 274

VORWORT

Sucht ist längst zum Dauerthema in Presse, Politik und Öffentlichkeit geworden. Die Zahl der Veröffentlichungen stieg in den letzten zehn Jahren so stark an, daß sie kaum noch überschaubar ist. Dazu haben meines Erachtens vor allem vier Faktorenbündel beigetragen, die ich nachstehend kurz skizziere:

Einmal sind illegale Drogen - vor allem Heroin und Kokain - von Drogen der Schickeria zu Straßendrogen geworden; ihre Zugänglichkeit - vor allem auch für Jugendliche - stellt kaum noch ein Problem dar. Damit hat sich der Kreis der KonsumentInnen verändert, vermutlich erweitert und es entstanden neue Formen von Beschaffungskriminalität und neuartige Varianten sozialer Verelendung.
Neben den "klassischen" Mißbrauch legaler und illegaler Drogen traten zum zweiten neue Formen süchtigen Verhaltens: vorrangig und in enger Wechselbeziehung mit Vermarktungsinteressen des Medizin- und Pharmabereichs die Medikamentensucht und das polytoxikomane Suchtverhalten.
Drittens hat die wissenschaftlich und politisch intensivierte Debatte um Sucht Verhaltensweisen als süchtig bewußt gemacht, die lange Zeit nicht in dieser Perspektive wahrgenommen wurden. Hier ist vor allem die Entdeckung der stoff-*un*-abhängigen Süchte zu nennen unter denen aktuell die Eßstörungen und die Co-Abhängigkeit eine herausragende Rolle spielen.
Viertens schließlich scheint Sucht ein Thema zu sein, das sich in besonderem Maße als politische Ersatzdebatte nach dem Muster kurzschlüssiger Sündenbockbeschaffung und als populistischer Vorwand zur Durchsetzung von Interessen zu eignen scheint, die die offene Artikulation und Auseinandersetzung scheuen. Das zeigt sich insbesondere in Wahlkampfzeiten und wurde von Günter Amendt in seinem Buch "Die Droge, der Staat, der Tod"[1] untersucht.

Der vorliegende Reader erscheint im Rahmen einer Fachhochschulreihe, die sich vorrangig an SozialpädagogInnen wendet. Zu fragen ist daher nach dem spezifischen Bezug zwischen Sozialpädagogik und Sucht.
Ein erster Zusammenhang liegt auf der Hand: In praktisch allen sozialpädagogischen Berufsfeldern spielt Sucht inzwischen eine Rolle oder kann in nächster Zukunft bedeutsam werden. So gehört es quasi zum Pflichtpensum für SozialpädagogInnen sich mit Sucht zu beschäftigen. Darüber hinaus aber begründet das so-

[1] Günter Amendt: Die Droge, Der Staat, Der Tod. Auf dem Weg in die Drogengesellschaft. Hamburg 1992

zialpädagogische Berufsverständnis eine besondere Qualifikation für den Umgang mit Sucht und Süchtigen. Das werde ich nachstehend kurz erläutern.
Sucht ist eine mögliche Verarbeitungsform von Alltag. Da aber kein Alltag dem anderen gleicht, gibt es auch nicht *die* bzw. *den* Süchtige(n). Jeder Weg in die Sucht, jede Verlaufsform und jede Heilung sieht individuell anders aus. So verlangt der Umgang mit Sucht vor allem die Bereitschaft und Fähigkeit, sich auf das Besondere eines Menschen, auf die Spezifik seiner Erfahrungen, Beschädigungen und Ängste einzulassen ohne deshalb politisch naiv zu sein und die gesellschaftlichen Anteile im menschlichen Leiden aus dem Blick zu verlieren.

Sozialpädagogik hat genau darin ihre berufliche Fachlichkeit: Sie stützt Menschen, die von Stigmatisierung und Ausgrenzung bedroht sind, in ihrem Alltag und sucht deren Bezug zur Normalität abzusichern. Die sensible Aufmerksamkeit für den Einzelfall geschieht dabei immer mit Blick auf die sozialen Verhältnisse, unter denen individuelles Leben zum gesellschaftlich geprägten Schicksal werden kann. Sozialpädagogik widersetzt sich aber auch einer arbeitsteiligen Aufspaltung von Lebenszusammenhängen in Spezialprobleme nach denen z.B. Süchtige mal als Kranke, mal als Kriminelle und mal als Versager etikettiert, entsprechend verwaltet und von Disziplinen vereinnahmt werden. Die spezifische Fachlichkeit von Sozialarbeit liegt darin, daß sie arbeitsteilig Aufgespaltenes zusammenbringen kann. Sie kann "innerhalb des multiprofessionellen Teams (Beschäftigungs-, Milieu- und Suchttherapeuten, Juristen, Mediziner, Seelsorger, Krankenpfleger, Psychologen ...) als Schnittstelle fungieren ... (und) ist ... wie keine andere Profession geeignet, ein verbindendes Element zwischen den einzelnen, jetzt überwiegend divergierenden Fachdisziplinen darzustellen"[2]. Ihr Credo, daß Lebensschicksale sich nur ganzheitlich ins Lot bringen lassen, qualifiziert Sozialarbeit in besonderem Maße auch für den Umgang mit Sucht.

Mein Ziel bei der Zusammenstellung und Auswahl der Beiträge war dabei ein doppeltes: einmal wollte ich vor allem Berichte und Erfahrungen aus der PRAXIS zugänglich machen und zum zweiten war es mir wichtig, eine Sensibilisierung für die Verbindungslinien zwischen Sucht und Normalverhalten herzustellen. Die Beiträge sollen dazu anregen, eingefahrene Vorstellungen neu zu durchdenken, sie gleichsam gegen den Strich zu bürsten und einer Überprüfung zu unterziehen.

[2] Jürgen Rieger; Theo Wessel: Ambulante und stationäre Nichtseßhaftenhilfe: Endstation Armut - wohnungs- und arbeitslose Abhängigkeitskranke ohne Chance? In: Günther Wienberg (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Berlin 1992, S. 166

In dem Reader wird vielfach die männliche Sprachform benutzt. Das ist ein Dilemma. Doch die Alternative, ständig männliche und weibliche Form nebeneinander zu stellen, erschien mir zu holprig und hätte meines Erachtens die Lesbarkeit der Texte stark beeinträchtigt. So entschied ich mich für die gängige Sprachregelung, bin mir jedoch des darin liegenden Problems bewußt.

Obwohl der Bereich Sucht für mich längst kein Neuland mehr ist, habe ich bei der Arbeit an diesem Reader viel dazugelernt und verdanke dies vor allem auch der engagierten Mitarbeit der AutorInnen. Ihnen möchte ich an dieser Stelle noch einmal ganz besonders danken.

Die Bilder in diesem Reader stammen aus einer Wanderausstellung - 150 Junkie-Porträts, Aussprüche mitinbegriffen[3] - die seit drei Jahren in Deutschland unterwegs ist und die Christine Böer - Zeichnerin und Journalistin in Hamburg - zusammengestellt hat. Ich habe die Wanderausstellung im Mai 1994 in München gesehen, nahm Kontakt mit Christine Böer auf und erhielt ihre Zustimmung, eine Auswahl der Porträts in den vorliegenden Reader mit aufzunehmen. Dafür bedanke ich mich sehr bei Christine Böer.
Nachstehend ist ein Auszug aus dem Begleittext der Wanderausstellung abgedruckt.

Helga Neubeck-Fischer

[3] Vgl. das Begleitbuch zu dieser Wanderausstellung:
Christine Böer: Auf der Kippe. Junkie-Porträts, Zitate, Kommentare zur Sucht, Hamburg 1992

Mücke

EINFÜHRUNGSTEXT ZU DEN BILDERN

***Christine Böer**, Gerichtszeichnerin und Journalistin in Hamburg*

Die Fantasie als eine Macht, die Flügel leiht

"Ich sammle Sonnenstrahlen für die kalten Wintertage" antwortet der Mäuserich *Frederik* in der berühmten Kindergeschichte von Leon Leoni, als seine Gefährten monieren, daß er nur auf die Wiese starre, anstatt wie alle anderen Körner zu sammeln. Später jedoch werden Frederiks ‚Vorräte' wichtiger als alle bald verzehrten Eß-Reserven. Dann ist es der ‚Träumer' Frederik, der mit seinen Worten den Sommer in die Herzen zurückholt, so daß die Mitmäuse nicht mehr zu frieren meinen. Fazit der Geschichte nicht nur für Kleine: das innere Feuer, die Fantasie, macht unabhängig.

Wir sammeln auch. Nicht Sonnenstrahlen, sondern Blätter - Blätter aus Papier; bemalt, bezeichnet, bekritzelt mit Farbe und mit Strichen. Wir sammeln Bilder der Sehnsucht und der Skepsis, manchmal auch gemalte Schreie. Etwa vor drei Jahren begannen wir, uns gegenseitig zu Papier zu bringen; Drogensüchtige im Hamburger Drob-Inn am Hauptbahnhof und ich, die Zeichensüchtige. Allmählich entstand ein wöchentlicher Fixpunkt für Fixer. Immer sind es nur einige, die mitmachen. Apathie, Larmoyanz und Selbstverachtung blockieren viel zu oft jede nicht auf den *Stoff* gerichtete Initiative. Aber die wenigen Fetzen Papier, auf denen sich dieser und jener spontan und neugierig auf das Abenteuer ‚Abbilden oder Einbilden' einläßt, sind für uns kostbare Stücke; Psychogramme der Seele, die sich etwas zutraut. Und immer sind die Blätter auf dem Papier verdichtete intensiv erlebte Augenblicke. Die im Begriff stehen, sich zu verflüchtigen, halten einander fest. Manche Junkies malen solange, bis ein Loch im Papier entsteht. Und sie werden nicht müde, sich ihre Werke hinterher immer wieder anzusehen. Identität ist rar.

"Mal mir Wurzeln, weil ich keine hab!" sagt zum Beispiel Ingo zu mir. Ingo, der sich und andere gut durchschaut und klar analysiert. Wenn er seine Rätselbilder und bizarren Labyrinthe, seine kalligrafisch anmutenden Zeichen und Schläuche vor sich hin entwirft, offenbart Ingo viel von den Aus- und Einfällen in seinem Inneren. In den Momenten des Zeichnens oder Malens, in denen er am Tisch sitzt und sich konzentriert, findet Ingo zu sich selbst. Er, der schon mehrere Therapien abgebrochen hat, ist dann Souverän, Gestalter, nicht mehr Getriebener der Sucht. Und er spielt - selbstvergessen, königlich wie ein Kind. Spiel meint in diesem Fall nicht *game*, sondern *play*. Der ins Spiel Versunkene, der schöpferisch mit Linien

und Farben auf dem Papier umgehen kann, enteilt in eine Welt des Zweckfreien. Eigentliches Spiel braucht nicht Wettbewerb und nicht Leistungsdenken. Mensch spielt sich frei.
Da ist Maik, ein Hüne von Wuchs, Wikingertyp und Energiebündel. Auch er tobt sich auf dem Papier aus. Unbewußt läßt er die Klischees in sich - gängige Comic-Figuren und Symbole - gegen sein Unangepaßtes, gegen seine ureigenen, wilden, formstarken Bild-Erfindungen kämpfen. Ehemaliger Knastbruder, ungebrochen, will Maik sich nicht auf den Pluralismus zwischen Pepsi Cola und Coca Cola beschränken lassen. Er wähnt sich in die Enge getrieben, keilt in seinen Bildern und Texten aus, benutzt schrille Farben, schockiert mit teils chiffrierten, teils unverschlüsselten Darstellungen von Spinnen, Netzen und Totenköpfen. Er malt Monstren mit zwei Seelen - Kompositionen, die er mit teils plumpen und teils subtilen Provokationen unterschreibt. Ein Kommentar am Rand etwa: "Santa Fu war voll der Hammer. Das wissen zwar schon die Leute vom Mars, aber noch nicht die vom Jupiter" oder "Entweder alles oder nichts. Nichts geht mehr, also alles! Beim Fußball müßten die 22 Bälle haben, dann würden sie sich nicht immer in die Haare kriegen!"
Da ist Pascal mit seiner Wut, seinem Witz und seinem Willen zu Resistenz. "Ich heiße vollgeil *Plastik*!" sagt er und grinst entwaffnend. Malt er Gesichter, werden es Fratzen zwischen Lachen und Weinen, die er durch alle Farben variiert. Selten gilt für ihn ein Bild als abgeschlossen. Malt er Landschaften, wandelt er deren Stimmung ständig ab, fängt hell an und wird allmählich dunkler, dramatischer, chaotischer. Der Prozeß ist wichtig. Malen wird zu Etappe und Bilder werden Wechsel, auf denen sich Gestalter und Betrachter mithäuten können. Sich zu bewegen, zu erfahren und sich auszuloten wird für Pascal zum schrittweisen Experiment auf dem Papier.
Und da ist Birgit, eine schmale Blondine, die ständig mit einem anderen Freund zusammen lebt (in der Regel klaut er, und sie schafft an). Hin und wieder wird sie vom Malen ‚mitgerissen'. Gewöhnlich beginnt Birgit blaß und müde, wirft ein paar Striche, einen Umriß hin. Nach einer Weile fängt sie Feuer, fasziniert sich selbst, indem sie weiter einsteigt, bis sie schließlich, seltsam detailliert, Schlangen und Medusenhäupter in meist krassen Grüntönen aus dem Papier herausschält. Mit ihrer Kühnheit, frei zu assoziieren und eigene Formen zu erfinden, kompensiert Birgit etwas von dem Gefühl der Ohnmacht in sich selbst. Auf ihren Bildern schillern die Farben und züngeln die Formen - Birgit malt eigene Verführbarkeit und Lebenshunger. "Man müßte sich mal wieder mögen", kommentiert ein Junkie. Birgit erklärt: "Uns allen hier fehlt Freude!"

Christine Böer, Hermann-Behn-Weg 21, 20146 Hamburg

Helga Neubeck-Fischer *Dr. phil., Dipl. Soz.; Professorin an der Fachhochschule München seit 1983. Lehrveranstaltungen in Soziologie und Politik. Seit 1993 Leiterin des Schwerpunktes: Rehabilitation II: Sucht.*

SÜCHTIGE GESELLSCHAFT?

Nehmt Euch das Leben - es gehört euch (Szene-Spruch)

Vielfach wird unsere Gesellschaft als ‚süchtige Gesellschaft' bezeichnet[1] und es werden Zahlen genannt, die den Eindruck erwecken, als hätten viele Menschen heute Sucht in ihr normales Alltagsverhalten eingebaut.[2] Dabei werden mit Sucht längst nicht mehr nur die "klassischen" Abhängigkeitsformen wie die Abhängigkeit von Drogen, Alkohol oder Medikamenten assoziiert, sondern auch stoffunabhängige Verhaltenszwänge wie Spielsucht, Eßstörungen oder Arbeitssucht.

Natürlich hat es süchtiges Verhalten schon immer gegeben, aber hat die Tendenz dazu in modernen Industriegesellschaften zugenommen? Begünstigt also die Art, wie wir heute leben, Suchtreaktionen? Mit dieser Frage beschäftigen sich die nachstehenden Überlegungen. Da ich davon ausgehe, daß Sucht eine der Möglichkeiten ist, auf Alltag zu reagieren, interessiert mich die Frage, wie der Wechselzusammenhang zwischen Suchtstruktur und alltäglichen Lebensbedingungen heute aussieht.

Ich folge der These, daß jede Gesellschaft die Suchtstruktur hat, "die sie verdient" bzw. die ihren Alltagsverhältnissen korrespondiert. Nicht nur die Häufigkeit, auch die Varianten von süchtigem Verhalten, ihre Entstehungsgründe, ihr "Suchtgewinn" oder die Interpretations- und Reaktionsformen der sozialen Umwelt darauf haben ihren Zeitstil; in bestimmten Situationen blühen sie auf, in anderen werden sie fast unsichtbar.[3] Selbst bei der gleichen Suchtvariante können die Unterschiede erheblich sein. So ist z.B. Magersucht nicht gleich Magersucht und die fastende Nonne im ausgehenden Mittelalter hat wenig gemeinsam mit der magersüchtigen Studentin von heute. "Denn es sind nicht wie in einer New Yorker Klinik für Essensprobleme die Abscheu und Angst der Patientinnen vor dem eigenen Fleisch und die Obsession, es zu kontrollieren, die dem mittelalterlichen Tun zugrunde liegen, sondern ein begeisterter Wunsch, durch Verzicht auf irdische

[1] Vgl. z.B. Anne Wilson Schaef: Im Zeitalter der Sucht. Hamburg 1989

[2] Vgl. z.B. Raphael Gaßmann: Neue Süchte. Hamburg 1988

[3] Vgl. Karl Jaspers, 1973: Allgemeine Psychopathologie, S. 184

Nahrung durch das eigene Fleisch sich Gott und dem Nächsten schenken zu können."[4] Das Beispiel illustriert, wie wichtig es ist, Suchtstrukturen mit Blick auf die sozialen Lebensverhältnisse zu diskutieren, in denen sie auftreten.

Oft wird zur Absicherung der These von der "süchtigen Gesellschaft" mit aktuellen Zahlen aus der Suchtstatistik operiert. Ich halte dieses Verfahren für wenig hilfreich. Zwar entsprechen Suchtstatistiken und -definitionen dem vorherrschenden medizinischen und politischen Wunsch nach Einordnung und Steuerung von Suchtverhalten, aber sie verfehlen die Wirklichkeit. Das Problem beginnt schon mit der Abgrenzung zwischen Sucht und Normalverhalten: Ist jemand als spielsüchtig zu bezeichnen, der dreimal pro Woche länger als eine Stunde an einem Automaten spielt? Und bei welcher Medikamentendosis läßt sich von Abhängigkeit reden? Welches Gewicht/Größenverhältnis definiert Magersucht und welche Alkoholmenge oder welches Trinkverhalten Alkoholismus? Selbst bei einer Kombination von mehreren Facetten wird das Problem der Abgrenzung und Definition nicht geringer. Wissenschaftlich jedenfalls sind die Antworten auf derartige Definitionsfragen höchst unterschiedlich und erst recht gilt dies für Politik und Praxis. Sucht steht in einer sehr engen Beziehung zur jeweiligen Lebensbiographie des Süchtigen und entzieht sich deshalb einer vorrangig quantitativen Erfassung: Kein Alkoholsüchtiger gleicht dem anderen und keine Eßgestörte der anderen.

Der geringe Aussagewert statistischer Zahlen ergibt sich darüberhinaus aber auch aus der Schwierigkeit, Suchtverhalten empirisch zu erfassen. Sucht gehört ja zu den am besten gehüteten "Geheimnissen" eines Menschen bzw. seiner unmittelbaren Umgebung. Die Dunkelziffern in diesem Bereich sind also in der Regel - wiederum verschieden je nach Suchtvariante - unkalkulierbar hoch.

Soll deshalb die Frage untersucht werden, ob moderne Gesellschaften "süchtige Gesellschaften" sind, gelingt dies nur sehr eingeschränkt über Zahlenvergleiche. Stattdessen ist zu fragen, welche Alltagserfahrungen heute vorherrschen und ob diese Alltagserfahrungen eine Verarbeitung durch Sucht wahrscheinlich machen.

Daß hier ganz allgemein von Sucht die Rede ist, obwohl doch die einzelnen Suchtformen auch erhebliche Unterschiede zeigen, erklärt sich aus dem hier zugrundegelegten Suchtverständnis. Ich interpretiere Sucht vorrangig als Problem psychischer Abhängigkeit, das sich an unterschiedlichen Stoffen oder Verhaltens-

[4] Barbara Duden: Geschlecht, Biologie, Körpergeschichte. In: Feministische Studien, Nr. 2, 1991, S. 107

weisen festmachen kann. Dementsprechend haben alle Süchte gemeinsame Charakteristika und mit diesen beschäftige ich mich nachstehend hauptsächlich. Meine Überlegungen gliedern sich dabei in drei Teile: Ich beginne mit einer Beschreibung der Suchtcharakteristik - wie zeigt sich süchtiges Verhalten, welche Symptome sind typisch? - dann gehe ich auf die Suchtdynamik ein und frage im dritten Teil nach aktuell vorherrschenden Alltagsbedingungen und ihrem Bezug zu Sucht.

Was ist Sucht?

Sucht kann sich auf einen Stoff oder auf ein Verhalten beziehen. Ob auch "Sucht ohne Stoff" - z.B. exzessives Hungern, Automatenspiel usw. - die Produktion bestimmter Hormone, Enzyme usw. anregt und so letztlich doch nicht ganz stoffungebunden abläuft, ist eine bisher noch wenig geklärte Frage die allerdings für den hier interessierenden Zusammenhang von untergeordneter Bedeutung ist. Betroffene schildern Sucht vor allem als Zwang, als Abhängigkeit und Ausgeliefertsein. "...- man ist gleichsam ein Zombie, eine lächerliche Gliederpuppe an den Strängen von virtuosen Spielern, ist fremden, unmenschlichen Gesetzen und Zwängen vollkommen unterworfen."[5] Sucht läßt "uns machtlos werden".

In der wissenschaftlichen Literatur wird süchtiges Verhalten mit einer Liste von Merkmalen charakterisiert, die wie folgt aussieht: Verlust der Kontrolle über das eigene Verhalten, zwanghafte Beschäftigung mit dem Sucht-Inhalt, ausschließliche Orientierung von Denken und Handeln an dem Ziel, die Sucht zu befriedigen, Entzugserscheinungen bei dem Versuch, mit der Sucht aufzuhören. "Eine Sucht legt über unsere Gefühle und Wahrnehmungen einen Schleier ... sie schwächt und entstellt unsere sinnlichen Wahrnehmungen", schreibt Schaef. "Da wir den Kontakt zu unserem Selbst verloren haben, präsentieren wir der Umwelt ein verzerrtes Bild von uns ... und schließlich verlieren wir die Fähigkeit, mit anderen vertraut zu werden. Dies gelingt uns sogar mit denjenigen nicht mehr, die uns am nächsten stehen."[6]

[5] Stefan Aust: Der Pirat, 1990, S. 13

[6] A.W. Schaef: Im Zeitalter der Sucht, 1991, S. 26

Sucht bewirkt vor allem auch, daß der Zusammenhang zwischen dem ursprünglichen Bedürfnis und der darauf gerichteten Befriedigungsform nicht mehr hergestellt wird, sodaß die Auseinandersetzung mit den eigenen Bedürfnissen und letztlich sogar ihre Wahrnehmung verloren geht.
Diskussionen um Sucht konzentrieren sich oft vor allem auf die stoffliche Seite, d.h. auf die Art des Suchtmittels. Das ist insofern problematisch, als das Wesentliche von Sucht vor allem die psychische Abhängigkeit ist. "Der Suchtbegriff ... ist durch die Glücksspiele enorm weitergekommen ... Erst durch die Spieler haben wir erkannt, daß die psychische Abhängigkeit das Zentrale der Sucht ist und alles Somatische nur Folgeerscheinungen sind. Wesentlich ist nicht das Suchtmittel selbst, sondern der seelische Zustand, der durch das Suchtmittel erzeugt wird ... Alkohol- und Spielsucht sind nicht zwei verschiedene Krankheiten, sondern zwei Spielarten einer Krankheit."[7] Heute steht deshalb nicht mehr die Frage nach der Art des Suchtmittels im Zentrum des Interesses. Unter Gesichtspunkten der Prävention, der Bedeutung psychischer Abhängigkeit bei Sucht und der starken Verbreitung polytoxikomaner Suchtmittelnutzung verliert auch die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen in Fachkreisen an Bedeutung. Haschisch, Kokain und wie das wirkt - das sind Randthemen.

Daß die psychische Abhängigkeit das Wesentliche an der Sucht ist, erklärt die Schwierigkeit, von Sucht geheilt zu werden. Suchtverlagerung von einem Bereich auf den anderen ist häufig.

Normalverhalten gerät nicht plötzlich außer Kontrolle, der Weg in die Sucht vollzieht sich vielmehr als Prozeß. Wer Alkohol oder Medikamente regelmäßig konsumiert oder sich Pfunde durch Nahrungseinschränkung abhungert, merkt eines Tages, daß er nicht mehr damit aufhören kann. Dann steht er vor der Frage: "Bin ich *noch* normal oder *schon* süchtig?"- eine Frage, die wiederum lange Zeit nur blitzlichtartig auftaucht, immer wieder abgewehrt und verharmlosend beantwortet wird: "Nein, ich doch nicht!" Das eigene Verhalten nicht mehr steuern zu können, beschädigt den Kern von Identität, löst Angst und Verzweiflung aus und wird auf der bewußten Ebene so lange wie irgend möglich verdrängt. Noch in stationärer Therapie behaupten viele Süchtige daß sie aufhören könnten, wenn sie "es nur wirklich wollten".

[7] B. Kellermann. In: Dirk Rohwedder/Maria Hacks: Exzessives Spielen. Schriftenreihe: Experten im Gespräch. Bd. 6, Hamburg 1988, S. 89

Wann die Grenze zur Sucht überschritten ist, läßt sich - zumindest im Anfangsstadium einer Sucht - nur begrenzt an objektiven Kriterien festmachen. Beobachtungen von außen oder die Registrierung körperlicher Befunde ermöglichen zwar eine Eingrenzung der Diagnose, letztlich aber weiß nur der Betroffene, wann er "nicht mehr aufhören" kann. Sucht läßt sich also zunächst besonders schwer zu einer von der Person und ihrem Erleben abtrennbaren "objektiven" Tatsache verdinglichen.

Alles was zur Sucht wird, hat einmal als Hilfe begonnen: es schien die Lösung für eine scheinbar unerträglich gewordene Situation, ein Schutz vor tiefen Ängsten zu sein. Auf einer Konferenz hessischer Drogen-Einrichtungen äußerten sich Experten dazu wie folgt: "Alle Suchtmittel ... (haben) gemeinsam, daß sie ‚Ersatzmittel' ... (sind): statt einen Konflikt auszutragen, dröhne man sich zu - ob mit Alkohol oder illegalen Drogen."[8] Diese Geschichte ihrer Entstehung als Hilfsangebot bleibt in jeder Sucht als Versprechen gegenwärtig und macht ihre lügenhafte Utopie aus: "Was einmal funktioniert hat, müßte/könnte doch wieder funktionieren!" - so die Hoffnung des Süchtigen. Bei aller Verzweiflung begrüßt er in der Sucht auch einen "Freund"; etwas, das er kennen und schätzen gelernt hat. "Die Sucht gehörte zu mir. Sie zu töten, glich einem Selbstmord. Ohne mein süchtiges Wesen erschien mir mein Dasein hohl und leer. Es belebte mich, (er-)füllte mich, bereicherte mein Leben. Es schenkte mir Wesentliches. All das sollte ich aufgeben, ausrotten? Wozu?"[9] Wenn - aus welchen Gründen auch immer - Alternativen für das zur Sucht gewordene Verhalten zu wenig gelernt wurden oder zumindest aktuell kaum noch nicht mehr zur Verfügung stehen, dann ist es schwer, sich von dem Hilfeversprechen der Sucht zu verabschieden. "Ich möchte gehen. Ich möchte ‚Urlaub' machen von Dir, wenn möglich auf Lebenszeit. Die Trennung fällt mir schwer, denn ich habe Dich auch geliebt;"[10] so die Äußerung einer Eß-Brechsüchtigen im "Gespräch" mit ihrer Sucht.

Sucht als Flucht und als Suche - Zur Psychodynamik von Sucht

Nach einer gängigen Vorstellung verweist Sucht sowohl auf "Flucht" als auch auf "Suche". Beide Aspekte treffen meines Erachtens wichtige Aspekte von Suchtverhalten. Ich werde darauf nachstehend eingehen.

[8] Frankfurter Rundschau, 5.3.93
[9] Birgit Kloth: zum Kotzen, Tübingen 1992, S. 23
[10] Birgit Kloth: zum Kotzen, Tübingen 1992, S. 126

Sucht hat insofern mit Flucht zu tun, als es bei ihr darum geht, vor sich selbst und einer frustrierenden Realität zu fliehen. Es geht darum, nichts mehr wissen zu wollen, den ungeliebten Alltag auszublenden. Das kann mit sehr starken Gefühlen, die alles andere überdecken, gelingen. Oder durch die Blockade aller Wahrnehmungen. Suchtverhalten ermöglicht beides. Es kann - unterschiedlich in Abhängigkeit vom Mittel bzw.von der Verhaltensform - zum "Kick" bzw. High-Gefühl verhelfen oder zum "Dicht-Machen" und Zukiffen. Oft sind auch beide Formen miteinander verschränkt. Beim Suchtverhalten geht es jedenfalls oft keineswegs nur um den "Thrill", sondern ebenso auch um das Vergessen, um das "Nicht-mehr-fühlen-müssen".

Aufgrund der körperlichen Gewöhnung sind Thrill und Vergessen nur um den Preis ständiger Steigerung des Suchtmittels bzw. -verhaltens erreichbar. So entsteht Dosisverstärkung und die "Mehrfach-Sucht": wenn das eine Mittel trotz der Dosisverstärkung nicht (mehr) wirkt, so hoffentlich ein anderes oder die Kombination von Mitteln. "Je intensiver der Drogenkonsum ist, desto stärker rauchen und trinken die Abhängigen, desto häufiger greifen sie zu Schlaf-Beruhigungs-und Anregungsmitteln"[11] heißt es dazu im Sucht-Bericht der Bundesregierung. Und an anderer Stelle: "In epidemiologischen Untersuchungen zum Thema Alkohol- und Drogenkonsum ist wiederholt ein enger Zusammenhang zwischen dem Mißbrauch einzelner Substanzen untereinander nachgewiesen worden, d.h. der mißbräuchliche Konsum einer Substanz führt auch zum exzessiven Gebrauch einer anderen."[12]

Je mehr der Fluchtimpuls vor sich und anderen zunimmt, umso mehr verliert der Süchtige den Kontakt zu seinen Wünschen, seinen Ängsten und zu seinem Alltag. Damit verlernt er immer mehr einen realitätstüchtigen Umgang mit sich und der sozialen Umwelt. Das macht ihn zunehmend unsicher - identitätsunsicher: Er weiß immer weniger, was er ohne Sucht ist und kann. Um leben zu können, braucht er in zirkulärer Verstärkung die Sucht als Krücke - er ist von ihr abhängig.

Identitätsunsicherheit ist nicht nur die Folge von Sucht, sondern steht auch an ihrem Beginn. Sie ist gleichsam der Kern aller Sucht. Und damit bin ich bei dem zweiten Aspekt von Suchtverhalten - bei der "Suche". Was nämlich sucht der Süchtige und wie hängt dies wiederum mit Identitätsunsicherheit zusammen?

In einem sehr abstrakten Sinn besteht Glück im angstfreien Umgang mit sich und anderen, d.h. im Zugang zu den eigenen Gefühlen, Bedürfnissen und Wünschen -

[11] Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode/ Drucksache 10/5856; 16.6.86, S. 31

[12] Deutscher bundestag, 10. Wahlperiode/ Drucksache 10/5856; S. 5

egal, ob sie positiv oder negativ sind. Wenn alle Empfindungen in sozialen Beziehungen ihren Platz haben dürfen, können sie auch bearbeitet und zur befriedigenden, "glücklichen" Lebensorganisation genutzt werden. In der Regel jedoch wird in sozialen Beziehungen verurteilt und gewertet, nach gut und böse, klug und dumm usw. getrennt. Je rigider diese Bewertungen ausfallen und je größer der Sanktionsdruck ist, mit dem sie verbunden sind, umso mehr muß sich der Einzelne diese Bewertungen zu eigen machen. Damit beginnt er vieles an sich zu hassen und trennt sich von den bösen Anteilen seines Selbst. Gefühle und Bedürfnisse verfallen der Verdrängung und sind dann nicht mehr zugänglich. Die errichteten Ich-Kontrollen lähmen die Spontaneität. So verarmt das Ich als Folge herrschaftsbestimmter Alltagsverhältnisse, ihm fehlen die verdrängten Gefühle, Impulse und Phantasien.
Anhand ihrer Interviews mit BulemikerInnen drücken Petra Focks und Gabriele Trück in ihrem Buch "Maskerade der Weiblichkeit" diesen Sachverhalt wie folgt aus: "In der Tat konstatiert die Mehrzahl unserer Interviewpartnerinnen einen starken Mangel an Erfüllungsmöglichkeiten und Lebensfreude. Ihre Wahrnehmungs- und Erlebnisvielfalt wird durch die fortwährende Orientierung an den Erwartungen anderer eingeengt und die persönliche Aktivität und Kreativität massiv eingeschränkt."[13] Gefühle, die verdrängt werden, stehen sie als Richtschnur für das eigene Verhalten nicht mehr zur Verfügung. Die entstehende Unsicherheit wird dann durch überproportionale Anpassungsbereitschaft oder durch Opposition als Selbstzweck zu kompensieren versucht. Beide Verhaltensweisen sind bei Süchtigen häufig und verraten ihre Verletzungen.

Die aus der Gefühlsverdrängung resultierende Verarmung des Ich läßt neben Identitätsunsicherheit auch Gefühle der Leere und Langeweile entstehen und dies wiederum produziert die "Suche": gesucht wird die verloren gegangene Vitalität und Lebendigkeit und so müssen Ersatzgefühle die Leere ausfüllen. Das kann den Einstieg in Sucht begünstigen.

Aus solchen Erkenntnissen hat z.B. die "Aktion Sorgenkind" Konsequenzen für ihre Präventionsstrategien gegen Sucht gezogen[14]. Sie tritt für offene, angstabbauende Sozialverhältnisse im Kindergarten und in der Schule zur Vorbeugung auch gegen Sucht ein. Alles, was die Selbstsicherheit von Kindern fördert und ihre Handlungspalette erweitert, gilt als wichtiger Baustein in der Suchtprävention.

[13] Petra Focks / Gabriele Trück: Maskerade der Weiblichkeit. Eß-Brech-Sucht - Gratwanderung zwischen Anpassung und Verweigerung, Pfaffenweiler 1987, S. 158
[14] Vgl. dazu die aktuellen Broschüren und Werbekampagnen der "Aktion Sorgenkind", 1993/1994

Ist Sucht erst einmal entstanden, kommt eine neue Dynamik in Gang: Die Sucht wird in Reaktion auf das gesellschaftlich vorherrschende Tabu süchtigen Verhaltens verdrängt und der nun einsetzende Kampf um Suchtkontrolle bei immer erneutem Zusammenbruch dieser Kontrolle läßt die Suchtdynamik zusätzlich eskalieren.

Heilung von Sucht heißt, daß Verdrängungen wieder aufgehoben und Ängste zugelassen werden. Das beginnt damit, daß der Süchtige das Wissen um seine Sucht nicht mehr verdrängt und dann allmählich immer mehr auch fähig wird, sich seinen anderen Verdrängungen zu stellen - d.h. seine Abspaltungsprozesse rückgängig zu machen. Selbsthilfegruppen und professionelle Therapien machen deshalb nicht zufällig das Bekenntnis zur eigenen Sucht vielfach zur Voraussetzung ihrer Arbeit: Sie verlangen, daß der Süchtige sich freiwillig zu Hilfe und Therapie entscheidet und sich damit seines Suchtproblems bewußt ist. So ist Heilung letztlich der Prozess, in dem der Süchtige wieder Zugang zu sich bekommt und lernt, sich so zu lieben, wie er ist.
Ob ihm dies allerdings gelingt, hängt nicht nur von ihm selbst ab, sondern auch von den Ressourcen, die ihm zugänglich sind: neben lebensbiographisch mitgebrachten Verhaltensmustern, spielen außerdem dabei die Chancen, einen Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatz zu bekommen und nicht zuletzt die erfahrene soziale Akzeptanz in seiner alltäglichen Umgebung eine entscheidende Rolle. Soziale Verurteilungen und ökonomische Chancenlosigkeit führen zu Selbsthaß und Resignation und begünstigen damit eher die "Flucht" und "Suche" und d.h. das Verbleiben in der Sucht, als daß sie zu Anstrengungen für einen Neuanfang ermutigen.

Am Beispiel des Motivationsproblems von Süchtigen zur Therapie läßt sich der Wechselzusammenhang zwischen individuellen Anstrengungen und vorgefundenen Sozialverhältnissen gut verdeutlichen. "Eine Gesellschaft beispielsweise, deren Repräsentanten und Meinungsführer die Ansicht vertreten, es sei ohnehin nur ein geringfügiger Teil der Abhängigen für eine Therapie zu gewinnen, wird nur wenig Therapie anbieten und damit ihre eigene Hypothese beweisen ..., (sie) wird in der Tat langfristig weder Betroffene noch Helfer finden, die optimistisch genug sind, es einmal mit Therapie zu versuchen."[15] Zu motivieren bedeutet "Mut zu machen" und das setzt ein "mutmachendes" gesellschaftliches Umfeld voraus.

[15] Wolfgang Heckmann (Hrsg.): Drogentherapie in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für die 90er Jahre. Weinheim/Basel, 1991, S. 306

Macht unser Alltag süchtig?

Es gibt viele Möglichkeiten, mit Krisen und Enttäuschungen im Alltag umzugehen. Eine davon ist Sucht. Und obwohl natürlich nicht nur "die Verhältnisse daran schuld sind", wenn es zu Suchtreaktionen kommt, provozieren diese doch die Frage nach den Defiziten in den vorherrschenden gesellschaftlichen Lebensbedingungen. Wie sieht es damit heute aus? Werden in entwickelten Industriegesellschaften gehäuft Erfahrungen gemacht, die süchtiges Verhalten begünstigen? Ich werde diese Fragen unter drei Aspekten behandeln:

1. Welche Erfahrungen werden in der Kindheit gemacht und welche Reaktionsmuster als erfolgreich gelernt?
2. Mit welchen Risiken und Anforderungsstrukturen konfrontiert die aktuelle Lebenssituation?
3. Wie sehen suchtrelevante Verhaltensmuster im Alltag aus?

1. Welche Erfahrungen werden in der Kindheit gemacht und welche Verhaltensmuster als erfolgreich gelernt?

In der Diskussion um sinnvolle Prävention ist es weitgehend unbestritten, daß die Ausbildung sozialer Fertigkeiten und die Stabilisierung der Selbstachtung in der Kindheit bedeutende Schutzfaktoren gegen Süchte in jeder Form sind. Dementsprechend geht es heute in der Suchtprävention nicht mehr darum durch abschreckende Szenarien Angst zu machen, sondern vor allem darum, die Kommunikationsfähigkeit und die Fähigkeit zur Problemverarbeitung schon bei kleinen Kindern zu stärken (vgl. sog. "Lebenskompetenz-Ansätze").[16] Ein akzeptierendes, mutmachendes Sozialklima in Familien und Schulen gesonderte Anstrengungen der Suchtprävention vielfach ersetzen. Sucht hat keine Chance, wo Kinder ernst genommen werden, d.h. wo man ihnen wirklich zuhört, ihnen im Alltag Entscheidungsfähigkeit zutraut und sie zur eigenständigen Person werden läßt statt sie für eigene unerfüllte Wünsche zu funktionalisieren.

Der Alltag von Kindern sieht jedoch vielfach anders aus. Hier erfahren sie relativ früh, daß ihre Wünsche und Vorstellungen wenig bedeuten, wenn sie von erwarte-

[16] Vgl. Bühringer, Gerhard: Referat - gehalten auf der Jahrestagung der 'Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren'; November 1993 in Karlsruhe

ten Verhaltensmustern abweichen. Familiäre Gewalt ist weit verbreitet auch in "ganz normalen" Familien und prägt die Kindheit in vielfältiger Form. Und auch in der Schule sehen Kinder sich ständigen Vergleichs-und Bewertungsprozessen ausgesetzt und lernen, daß es auf die Besonderheit ihrer Person nur wenig ankommt. Wie der amerikanische Soziologe Robert Dreeben deutlich macht, "sind es gerade diese strukturellen Merkmale ... der künstlichen Egalisierung, des dauernden Verglichenwerdens mit anderen und der Leistungsbewertung nach abstrakten Kriterien"[17], welche die Schule kennzeichnen und auf "das Leben", d.h. auf gleichartige Strukturen im übrigen Alltag vorbereiten. Der ständige Vergleich unter Konkurrenzbedingungen produziert aber Angst, schädigt das Selbstwertgefühl und führt zu Verdrängungen und Unsicherheiten.

Begleitet von solchen Sozialerfahrungen wirkt es suchtbegünstigend, wenn schon in der Kindheit Tranquilizer aller Art als Mittel zur scheinbar problemlosen Gefühls- und Leistungssteuerung eingesetzt und zum "ganz normalen" Verhaltensmodell werden. Wie stark dies bei Kindern der Fall ist, zeigen Zahlen über den Gebrauch von Medikamenten unter SchülerInnen. So kam eine Langzeituntersuchung an der Universität Bielefeld unter Leitung von Klaus Hurrelmann und Elisabeth Nordlohne bei der 1.500 Jugendliche im Alter zwischen 12 bis 17 Jahren befragt wurden, 1992 zu folgenden Ergebnissen: Immerhin 40% der 12jährigen und 53% der 17jährigen gaben an, *regelmäßig* Kopfschmerzmittel einzunehmen. Zu Anregungs- und Aufputschmitteln greifen 6% der 12jährigen und 11% der 17jährigen. Beruhigungs- und Schlafmittel schlucken 8% der 12jährigen und 12% der 17jährigen *regelmäßig*. Nach Einschätzung der Wissenschaftler signalisiert dies das Bemühen Jugendlicher, "starken Belastungssituationen gerecht zu werden und ihre schulische Leistungsfähigkeit zu steigern".[18]
Nicht selten motivieren Eltern ihre Kinder zum Griff nach der Pille. Eine vom nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister Heinemann in Auftrag gegebene Repräsentativ-Studie "Medikamente und Kinder" kam 1992 zu dem Ergebnis, daß Eltern - befragt wurden 2.000 Mütter - häufig Schlafschwierigkeiten, Konzentrationsmängel, Zappeligkeit und Kopf-und Magenschmerzen ihrer Kinder mit Medikamenten bekämpfen ... 38% der Kinder mit Konzentrationsstörungen schluckten Medikamente, bei den Unruhigen waren es vier von zehn und bei den Kindern mit Schlafschwierigkeiten sogar 43%.[19]

[17] Robert Dreeben: Latenter Lehrplan. In: Frankfurter Rundschau, 22.2.1993
[18] Vgl. Bühringer, Gerhard, Referat - gehalten auf der Jahrestagung der 'Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren', November 1993 in Karlsruhe.
[19] Süddeutsche Zeitung, 20.4.1989

Urformen der Problem- und Konfliktregulierung werden in Familie und Schule gelernt und "uns allen fällt es schwer, nicht immer wieder diesen unseren frühkindlich erworbenen Reaktionsmustern zu folgen, wenn wir Angst haben."[20]

Oft leben Eltern auch selbst das "Sucht-Modell" vor. Davon vermittelt eine Befragung unter Alkoholikern eine Vorstellung: Die Hälfte von ihnen waren selbst die Kinder von Alkoholikern.[21] Dies entspricht generellen Schätzungen. Nach einer Information des "Fachverbandes Freier Einrichtungen in der Suchtarbeit" werden 30 bis 50% der Kinder von Süchtigen später selbst süchtig. Ein gleich hoher Prozentsatz sucht sich "unbewußt einen suchtkranken Partner" - Sucht in der Form der Co-Abhängigkeit! Und viele entscheiden sich später einmal für "helfende Berufe" und laufen Gefahr, gegenüber der Klientel Co-Abhängigkeitsmuster zu reproduzieren. So stellt Sharon Wegscheider-Cruse in ihrer Untersuchung fest, "daß 83% aller Krankenschwestern erstgeborene Kinder von Alkoholikern ... sind"[22] Eine andere Untersuchung in den USA kommt zu dem Ergebnis, daß 50% aller SozialarbeiterInnen aus Alkoholikerfamilien stammen.[23]

Kinder sind für "soziales Lernen" noch besonders empfänglich. So können "falsche Lernmuster" vor allem für sie zu lebenslangen Belastungen werden. Die Imitationsthese darf allerdings nicht zu eng verstanden werden. Verhaltenssteuernd wirkt nicht lediglich der Suchtstoff, sondern die Art, wie in Familie und Schule mit Konflikten, Problemen und Gefühlen umgegangen wird - d.h. wie diese bearbeitet, verdrängt oder überdeckt werden. Die Kinder von Alkoholikern müssen also nicht wieder zu Alkoholikern werden, wohl aber tragen sie ein erhöhtes Risiko, sich mit Konflikten nicht konfrontieren zu können. Für das weitere Schicksal dieser Kinder

[20] Thea Bauriedl: Wege aus der Gewalt. Freiburg 1992

[21] Frankfurter Rundschau, 6.2.1993

[22] Vgl. Sharon Wegscheider-Cruse: 'Co-Dependency: The Therapeutic Void' In: Co-Dependency, An Emerging Issue, 1984; zit. nach: Anne W. Schaef: Im Zeitalter der Sucht, 1991, S. 37

[23] Joachim Schacke macht darauf aufmerksam, daß auch der ASD (Allgemeiner Sozialdienst) in vielen Fällen Gefahr läuft, co-abhängig zu werden: "Seine Anstrengungen, 'Schlimmeres'- wie z.B. Wohnungs- und Arbeitsplatzverlust, Verlust der Erziehungsrechte etc. zu verhindern, birgt die Gefahr in sich, daß er sich so auf ein Leben mit der Abhängigkeitserkrankung einläßt." (Schacke, Joachim: Selbsthilfe - Eckpfeiler der Suchtkrankenhilfe oder Lückenbüßer zur Entsorgung der Profis? In: Günther Wienberg: Die vergessene Mehrheit, Berlin 1992, S. 157)

kommt es entscheidend darauf an, wie ihre zukünftigen Lebensbedingungen aussehen und welche Menschen sie als "Vorbilder", KollegInnen und FreundInnen treffen werden.

2. Mit welchen Risiken und Anforderungsstrukturen konfrontiert die aktuelle Lebenssituation?

Die bereits in der Kindheit gemachte Erfahrung, daß es vor allem wichtig ist, sich unter Konkurrenzdruck zu behaupten, setzt sich im Erwachsenenleben meist verschärft in der Arbeit fort.

Arbeit spielt für die Identitätsfindung nach wie vor eine herausragende Rolle. Das ergibt sich aus dem zeitlichen Umfang von Berufsarbeit, aus ihrer Bedeutung für die materielle Existenzsicherung und aus den empirisch belegten psychosozialen Folgen einer Ausgliederung aus dem Erwerbsleben wie sie z.B. bei Langzeitarbeitslosen oder bei Jugendlichen, denen der Einstieg ins Berufsleben nicht gelingt, zu beobachten ist. Gerade vom Arbeitsbereich jedoch gehen heute verstärkt Unsicherheiten aus. So verändern die auf Dauer gestellten Rationalisierungsprozesse immer erneut die Arbeitstätigkeiten und verlangen eine hohe Fähigkeit, sich umzustellen. Im Zuge dieser Rationalisierungsprozesse verliert die Arbeit oft an sinnlicher Erfahrbarkeit und kann durch ihre Standardisierung die Identifikationsmöglichkeiten erschweren. Diese Prozesse sind immer wieder vielfach beschrieben worden.[24] Darüberhinaus erhöhen heute Rationalisierungsprozesse die Gefahr von Arbeitslosigkeit und machen die Angst um den Arbeitsplatz zum verbreiteten Phänomen. Auf die Frage, was sie in der Arbeitswelt von morgen für besonders wichtig halten, nannten z.B. 70 von 100 Arbeitnehmern den "sicheren Arbeitsplatz", der damit die erste Stelle aller "Wünsche" einnahm und deutlich über dem Wunsch "gutes Einkommen" (49%) rangierte.[25]

Mit der Dynamik des Wirtschaftsprozesses verändert sich nicht nur die Arbeit, sondern auch der gesamte Alltag. Zum Beispiel erschweren die wachsenden Mobilitätszwänge und die Durchsetzung flexibler Arbeitszeiten dauerhafte soziale Kontaktchancen und belasten die Beziehungen zu Familie, Freunden oder Nachbarschaft oft in hohem Maße. Auch die tradierten Moralvorstellungen und Rollenmuster werden vom raschen gesellschaftlichen Wandel erfaßt: sie gelten als "interpretier-

[24] Vgl. z.B. Böhle, Fritz; Rose Helmut: Technik und Erfahrung, Campus, München 1992
[25] Frankfurter Rundschau, 26.9.88

bar" und verlieren ihre ungefragte Selbstverständlichkeit. Insgesamt kann so Alltag immer weniger durch den Rückgriff auf tradierte Lebensmuster, Wertvorstellungen und Sozialmilieus geplant und gestaltet werden. Das Gefühl wächst, die Kontrolle über das eigene Leben zu verlieren und es kommt zu einer deutlichen Zunahme von Ohnmachtsgefühlen und Orientierungsproblemen.[26]

Wie stark der skizzierte Alltag Angst machen kann, läßt sich aus Angaben des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie ablesen. "15% der deutschen Bevölkerung werden einmal im Laufe ihres Lebens von Angststörungen heimgesucht. 25% aller Patienten bei den Allgemeinärzten klagen über Angstsymptome."[27] In München hat sich 1989 eine Selbsthilfegruppe gegründet für Menschen, die so sehr an panischer Angst leiden, daß dadurch ihr Leben zerstört zu werden droht.[28]

Die Daten über psychische Erkrankungen zeigen ebenfalls ein verbreitetes ‚Unbehagen in der Kultur'. "Nach derzeitigem Erkenntnisstand durchlebt etwa jeder vierte erwachsene Bundesbürger eine psychische Krise mit behandlungsbedürftigem Krankheitswert. Vergegenwärtigen wir uns zudem, daß Neurosen und Psychosen bei Männern als dritthäufigste, bei Frauen als Hauptursache einer frühzeitigen Verrentung zugrunde liegen"[29], so stellt sich zumindest die Frage, welche Rolle hierbei die ganz alltäglichen Sozialerfahrungen spielen. So diskutierbar derartige Zahlen auch sind, sie machen auf die möglichen sozialen Kosten des gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses aufmerksam.

Individualisierung als Zwang zur Herstellung von Biographie ist keineswegs eine freie Entscheidung. Vielmehr sind die Menschen, "um es mit Sartre zu sagen - zur Individualisierung verdammt. Es handelt sich um einen Zwang, einen paradoxen Zwang freilich, zur Selbstherstellung, Selbstgestaltung, Selbstinszenierung, nicht nur der eigenen Biographie, sondern auch ihrer moralischen, sozialen und politischen Bindungen."[30] Dies kann immer wieder zur Überforderung führen.

[26] Vgl. z.B. U. Beck/E. Beck-Gernsheim: Das ganz normale Chaos der Liebe, Frankfurt 1990 Keupp, H./ B. Bilden (Hrsg.): Verunsicherungen. Das Subjekt im gesellschaftlichen Wandel, Göttingen 1989

[27] Frankfurter Rundschau, 14.2.93

[28] Vgl. 'MASH' = Münchner Angst-Selbsthilfe-Gruppe; Leiter: Gerhard Schick

[29] Bodendorfer, Siegfried: Arbeits-Assistenzhilfen im Arbeits- und Berufsleben für (psychisch) behinderte Menschen. In: Schwarz, G. (Hrsg.): Profil und Professional, München 1993, S. 227

[30] Ulrich Beck: Vom Verschwinden der Solidarität. SZ 14./15.2.93

Natürlich öffnet diese Freisetzung auch Gestaltungsspielräume. Es ist eine Chance, daß das "Soziale" nicht mehr schicksalhaft gegeben ist und gesellschaftliche Zwangszusammenhänge verlassen werden können. Doch ist dieser Prozeß nur dann unproblematisch, wenn neue soziale Orientierungschancen und Integrationsformen in Sicht sind. Daran mangelt es heute. Der ersatzlose Verlust von Milieus und ihrer gruppenspezifischen Sinnreservoire - Glauben, Traditionen, "Klassenbewußtsein" usw. - mutet alle Definitionsleistungen den Individuen zu und läßt so massiv Ängste und Handlungsunsicherheiten entstehen. Dies bringt der Szene-Spruch: "Realität ist etwas für Leute, die mit Drogen nicht zurecht kommen", ironisch auf den Punkt.

Allderdings: Nicht alle Mitglieder der Gesellschaft tragen das gleiche Risiko an den Belastungen des gesellschaftlichen Individualisierungsschubs zu scheitern. Auch heute noch unterscheiden sich soziale Schichten und Milieus deutlich danach, mit welchem Reservoir an Fähigkeiten und Möglichkeiten sie ihre Mitglieder ausstatten, um im Leben zurechtzukommen. Deshalb streuen auch die Gefahren ökonomischer und psychosozialer Verelendung und mit ihr die Suchtgefährdungen und -formen nicht zufällig. So müßten bei Präventionsmaßnahmen und Therapiekonzepten weit stärker als bisher schichtspezifisch vermittelte Lebensmuster und Erfahrungen in Rechnung gestellt werden. [31]

Auch geschlechtsspezifisch variieren die Gefährdungen. Der gesellschaftliche Modernisierungsprozeß konfrontiert Frauen mit anderen Rollenwidersprüchen und Verunsicherungen als Männer. Dementsprechend zeigen weibliche Suchtgefährdungen und -formen ein anderes Bild als männliche. Zum Beispiel sind von Spielsucht fast ausschließlich Männer betroffen, während Eßstörungen und Medikamentenabhängigkeit vorrangig weibliche Suchtformen sind. Diese Unterschiede stehen in engem Zusammenhang mit geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Sozialisationsprozessen und der darauf basierenden geschlechtsspezifischen Identität. Ich bin darauf an anderer Stelle eingegangen[32] und möchte mich hier darauf beschränken am Beispiel des ärztlichen Verschreibungsverhaltens zu verdeutlichen, in welchem Maße gesellschaftliche Faktoren individuelle Suchtmuster mitbestimmen.

[31] Vgl. Franklin A. Oberlaender: Motivationsarbeit in einer Landesklinik bei alkoholkranken Patienten mit komperativ niedrigem Bildungs- und Berufsstatus. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis. Jg. 16; H. 4, 1993

[32] Vgl. Helga Neubeck-Fischer: Eßstörungen - die Krankheit der Normalität. In: Helga Neubeck-Fischer (Hrsg.): Frauen und Abhängigkeit. München 1991

Zwei Drittel aller Medikamentensüchtigen sind Frauen. Zur Entstehung von Medikamentensucht trägt das ärztliche Verschreibungsverhalten zweifellos mit bei. ÄrztInnen verschreiben oft zu schnell, zu oft und zu lange Medikamente und dies zudem unterschiedliche bei Frauen und Männern. Der schnelle Griff zum Rezeptblock erklärt sich einmal sicher aus der Abrechnungspraxis der Kassen, die ‚bloße Gespräche' weniger belohnen als den Einsatz medizinischer Mittel und Apparate. Darüberhinaus aber ist es für ÄrztInnen wohl auch leichter, zum Rezeptblock zu greifen, als sich den Gefühlen ihrer PatientInnen - und damit den hochkommenden eigenen Gefühlen und Ängsten - zu stellen. So kann überproportionale Gefühlsunterdrückung als "ganz normale" Begleiterscheinung ärztlichen Handelns ein Faktor sein, der erklärt, warum beim Einstieg in die Medikamentenabhängigkeit ÄrztInnen oft die Brücke bauen.

Barbara Gordon verdeutlicht im Nachwort zu ihrem autobiographischen Roman, in dem sie die Geschichte ihres Valium-Entzugs beschreibt, den Anteil des ärztlichen Verschreibungsverhaltens an der Medikamentensucht wie folgt: "Fast jeder, den ich im Krankenhaus kennenlernte, war zuvor Patient eines Psychiaters gewesen und hatte große Mengen bewußtseinsverändernder Drogen genommen, gewöhnlich auf Rat und mit Zustimmung seines Arztes. Die Zahl der Menschen, denen von ihren Internisten, Gynäkologen und Zahnärzten - von ihren Psychiatern ganz zu schweigen - große Dosen von Tranquilizern verordnet werden, ist ungeheuerlich."[33]

Das ärztliche Verschreibungsverhalten zeigt nach Untersuchungen ein eindeutig geschlechtsspezifisches Muster und muß deshalb zur Erklärung, für die überorportionale Beteiligung von Frauen an dieser Suchtform mit herangezogen werden. Schon Mädchen bzw. junge Frauen zwischen 14 und 19 Jahren nehmen in allen Medikamentenklassen (Ausnahme: Stimulantien) mehr Medikamente ein als männliche Jugendliche. Nach einer Aufstellung von SICHROVSKY (1984) bekommen 12- bis 20jährige Mädchen und Frauen von niedergelassenen Ärzten der BRD

17% mehr Tranquilizer und Neuroleptika
18% mehr Schmerzmittel
46% mehr Schlaf-und Beruhigungsmittel
51% mehr krampflösende Mittel und
80% mehr Herz- und Kreislaufmittel

33 Barbara Gordon: Ich tanze so schnell ich kann. rororo Reinbek 1993, S. 309

verschrieben als gleichaltrige Jungen und Männer. Auch die 20- bis 40jährigen Frauen bekommen häufiger Schmerz- und Psychopharmaka verschrieben als gleichaltrige Männer.[34]

Derartige Unterschiede stehen mit dem gesellschaftlichen Bild von einer "normalen Frau" in engem Wechselzusammenhang. Nach einer immer noch häufigen Vorstellung sind Frauen in Wechselwirkung mit ihrem Zyklus häufigen Stimmungsschwankungen unterworfen, sie geraten - so heißt es - durch Geburten und Wechseljahre leicht in Streß- und/oder Depressionszustände und sie sind psychovegetativ sehr anfällig. Dem "starken" Mann wird die "schwache" Frau kontrastiert. Obwohl der geschichtliche Entstehungsprozeß und die gesellschaftliche Funktion solcher Rollenklischees inzwischen vielfach beschrieben und fundiert kritisiert ist[35], spielen sie für die Orientierung ärztlichen Handelns offenbar immer noch eine erhebliche Rolle.

3. Wie sehen suchtrelevante Verhaltensmuster im Alltag aus?

Zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und individuellen Reaktionsmustern gibt es keinen automatischen Zusammenhang. *Wie* eine Situation sich in individuelle Biographie umsetzt, hängt von einem ganzen Bündel von Faktoren ab. Trotzdem können sozial gängige Konfliktlösungsmuster eine wichtige Orientierungsfunktion bei der Frage übernehmen, wie Probleme zu lösen seien. Der Griff zur Tablette, zum Alkohol und die damit verbundene Hoffnung, allem Unbehagen durch irgendwelche Mittel ein rasches Ende bereiten zu können, gehören zu den suchtbegünstigenden Mustern aktueller Lebensbewältigung. "Streß und Hektik? ... Multibionta forte gibt Ihnen neue Stärke. Eine Kapsel täglich genügt."

In einer Schweizer Studie[36] zeigten die Ergebnisse bei einer "Mißbraucher-Gruppe" die deutliche Bereitschaft, Schmerzmittel zur Bewältigung jeglicher

[34] Vgl. P. Sichrovsky: Krankheit auf Rezept. Die Praktiken der Praxisärzte. Kiepenheuer & Witsch, Köln 1984

[35] Vgl. z.B. Herrad Schenk: Die feministische Herausforderung, München 1980.
Luise Pusch (Hrsg.): Feminismus: Inspektionen der Herrenkultur, Frankfurt 1983.
Ursula Scheu: Wir werden nicht als Mädchen geboren - wir werden dazu gemacht, Frankfurt 1993
Josef Zehentbauer: Chemie der Seele, 1993

[36] Gutscher, H. et al. (Hrsg.): Medikamenten-Konsum und Medikamentenmuster, Bern, Toronto, Stuttgart 1986

Probleme einzunehmen und somit einen hohen Grad der Pharmakologisierung der Lebensgestaltung. Abuser-Persönlichkeiten waren vor allem solche, die in der Tendenz auch bei geringfügigen Gesundheitsstörungen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Die Studie zeigte auch, daß sich ein großer Teil des Mißbrauchsgeschehens im Rahmen gesellschaftlich anerkannter Selbstverständlichkeit und Normalität unauffällig und relativ offen abspielt."[37] Wenn Schmerz, Trauer und Angst nicht als selbstverständlicher Teil des Lebens, sondern vor allem als "falsch" erlebt und mit dem Gefühl des Versagens verbunden werden, erschwert dies den sensiblen Umgang mit dem Körper und die Erfahrung, daß Mißerfolge und Leid z.B. auch durch Nutzung und Intensivierung sozialer Kontakte verarbeitet werden können.[38]

An Untersuchungen zur Trauer läßt sich der Zusammenhang zwischen mechanistischen Lösungskonzepten und Suchtgefahr verdeutlichen. Trauer ist ein wichtiger psychologischer Prozeß, von dessen Bewältigung psychische und physische Gesundheit wesentlich abhängig sein kann. Verlust, Abschied, Trennungen, wie sie in vielfältiger Form im Laufe des Lebens vorkommen - als Tod naher Personen, als Scheidung, als Arbeitsplatzverlust oder Wohnortwechsel usw. - sind oft mit Gefühlen des Schmerzes, der Wut und Auflehnung, mit Angst, Zorn und Trauer verbunden. Werden diese Gefühle nicht ausgehalten, sondern möglichst rasch durch den Griff zu Psychopharmaka unterdrückt, so blockiert und verlängert dies ihre Bewältigung und es entsteht die Gefahr von Medikamentenmißbrauch und Sucht.

Für den Weg in die Sucht sind die leichte Zugänglichkeit bestimmter Stoffe oder der Kontakt zu Gruppen im sozialen Nahfeld, die sich ähnlich verhalten, zweifellos wichtig. Um "überhaupt ... in eine süchtige Fehlentwicklung hineinzugeraten, müssen erst einmal in bestimmten kritischen Situationen Drogen vorhanden sein."[39] Und zweifellos waren Drogen noch nie so zahlreich vorhanden und so leicht zugänglich wie heute.

[37] Glaeske, Gerd: Arzneimittel 1992. In: Jahrbuch Sucht '94, Herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1993, S. 176f.
[38] Vgl. dazu: Bernhard Bron. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 114, 1989, S. 1249-1299
[39] Bert Kellermann: Ob Alkohol, Drogen oder Spielen: Sucht ist Sucht. In: D. Rohwedder/ M. Hacks: Exzessives Spielen. Schriftenreihe: Experten im Gespräch, Bd. 6, Hamburg 1988, S. 94

Trotzdem greift die Verführungsthese zu kurz: Verführung setzt die Bereitschaft zur Verführung voraus. Sie ist also vor allem dann erfolgreich, wenn aus der Biographie bereits Defizite an Selbstwertgefühl und Verhaltensregulationen mitgebracht werden und diese sich in akuten Situationen zu "unerträglichen" Belastungen addieren. So sind es drei Bedingungen, die durch ihr Zusammenwirken, süchtiges Verhalten fördern: Die aus der Kindheit mitgebrachten Defizite im Umgang mit Problemen, die aktuellen Belastungssituationen z.B. durch Familie und Beruf und drittens schließlich die im sozialen Nahfeld gängigen Muster der Streß- und Konfliktbewältigung.

Allein ein bestimmter Freundeskreis und/oder die leichte Zugänglichkeit von Suchtmitteln produzieren noch kein süchtiges Verhalten. Mit dem Verbot von Drogen oder Spielautomaten verringert sich vielleicht die Zahl der Heroin-oder Spielsüchtigen, nicht aber die Zahl problematischer Reaktionsmuster. Was nicht mehr als Drogensucht ausgelebt werden kann, nimmt vielleicht die Form von Eßstörungen an. Jedes Verhalten kann "entgleisen" und zur Sucht werden. Und wo nicht Sucht "gewählt" wird, kann Verhalten an anderer Stelle zum Problem werden: als Gewalt-Handeln, als psychische Auffälligkeit, als Anstieg von Selbstmordquoten usw. Die Krisenerfahrungen des Alltags lassen sich nicht durch das Verbot der Stoffe und Handlungen aus der Welt schaffen, mit denen - wie hilflos auch immer - individuell versucht wird, Krisenerfahrungen zu verarbeiten.

Abschließende Überlegungen

Am Anfang meiner Überlegungen stand die Frage, ob moderne Gesellschaften "süchtige" Gesellschaften sind. Diese Frage werde ich nun zusammenfassend beantworten.

Wenn Sucht sich als auf Dauer gestellter Fluchtmechanismus aus Situationen interpretieren läßt, die anders scheinbar nicht zu ertragen sind, geben moderne Gesellschaften genügend Anlaß zu solchen Fluchten. Die massiv widersprüchlichen Anforderungen in praktisch allen Lebensbereichen, wachsende Ohnmachtsgefühle gegenüber immer stärker sich zentralisierenden wirtschaftlichen und politischen Institutionen, fehlende Planbarkeit von Lebenswegen angesichts der Auflösung beruflicher Normalbiographien, die Erschöpfung traditioneller Sinnreservoire und die weitgehend ersatzlose Freisetzung aus tradierten Gruppenzusammenhängen produzieren Vereinzelungsgefühle, Orientierungsprobleme und Handlungsunsicherheiten. Das Risiko, an den Erfordernissen und Erwartungen individualisierter

Lebensführung *nicht* zu scheitern, ist hoch und so wächst das Bedürfnis nach Mitteln, die über die täglichen Ängste hinweghelfen. Solche Hilfsmittel werden - eingebettet in mechanistische Problemlösungsversprechen - zahlreich propagiert. Ihre regelmäßige Benutzung kann Sucht begünstigen. Im politischen und sozialen Alltag wird Sucht vielfach als das ganz Andere aus der Normalität ausgegrenzt. Dies ist deshalb problematisch, weil Sucht eine der möglichen Reaktionsformen auf den ganz normalen Alltag darstellt und sich keineswegs in Verdrängung solch gesellschaftlicher Dimension zur Eigenschaft von Individuen verkürzen läßt. Suchtprävention und -hilfe verlangt die Thematisierung alltäglicher Lebens-, Arbeits- und Beziehungsverhältnisse mit dem Ziel, das in ihnen enthaltene Maß an sozialem Leid bewußt zu machen. Nicht nur das süchtige, sondern auch das ganz normale Leben steht politisch zur Diskussion. Individuelle Suchtprävention und -hilfe stößt an ihre Grenzen, wenn die gesellschaftlichen Chancen abnehmen, Angst, Unsicherheiten und Leiden zu verringern.

Literatur

Aktion Sorgenkind (Hrsg.). Broschüre: Was tun gegen die Sucht? Sieben Vorschläge für Eltern und Erzieher, Frankfurt 1993

Amendt, Günther. 1992. Die Droge, Der Staat, Der Tod. Auf dem Weg in die Drogengesellschaft. Hamburg

Aust, Stefan. 1990. Der Pirat.

Bauriedl, Thea. 1992. Wege aus der Gewalt. Freiburg

Beck, U. / Beck-Gernsheim, E. 1990. Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt.

Bodendorfer, Siegfried. Arbeits-Assistenzhilfen im Arbeits- und Berufsleben für (psychisch) behinderte Menschen. In: Schwarz, G. (Hrsg.). 1993. Profil und Professionalität. München. S. 227.

Böer, Christine. 1992. Auf der Kippe. Junkie-Portraits, Zitate, Kommentare zur Sucht. Hamburg.

Böhle, Fritz / Rose, Helmut. 1992. Technik und Erfahrung. Campus. München

Bron, Bernhard. 1989. In: Deutsche medizinische Wochenschrift, 114.

Deutscher Bundestag. 10. Wahlperiode/ Drucksache 10/5856; 16.6.1986.

Duden, Barbara. 1991. Geschlecht, Biologie, Körpergeschichte. In: Feministische Studien, Nr. 2.

Focks, Petra / Trück, Gabriele. 1987. Maskerade der Weiblichkeit. Eß-Brech-Sucht - Gratwanderung zwischen Anpassung und Verweigerung. Pfaffenweiler.
Gaßmann, Raphael. 1988. Neue Süchte. Hamburg.
Glaeske, Gerd. Arzneimittel 1992. In. Jahrbuch Sucht'94. Herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. 1993.
Gordon, Barbara. 1993. Ich tanze so schnell ich kann. rororo Reinbek.
Gutscher, H. et al. (Hrsg.). 1986. Medikamenten-Konsum und Medikamentenmuster, Bern, Toronto, Stuttgart.
Heckmann, Wolfgang (Hrsg.). 1991. Drogentherapie in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für die 90er Jahre. Weinheim/Basel.
Jaspers, Karl. 1973. Allgemeine Psychopathologie.
Kellermann, Bert. 1988. Ob Alkohol, Drogen oder Spielen: Sucht ist Sucht. In: Dirk Rohwedder / Maria Hacks. Exzessives Spielen. Schriftenreihe: Experten im Gespräch. Bd. 6. Hamburg.
Keupp, H. / Bilden, B. (Hrsg.). 1989. Verunsicherungen. Das Subjekt im gesellschaftlichen Wandel. Göttingen.
Kloth, Birgit. 1992. zum Kotzen. Tübingen.
Neubeck-Fischer, Helga. Eßstörungen - die Krankheit der Normalität. In: Neubeck-Fischer, Helga (Hrsg.). 1991. Frauen und Abhängigkeit. München.
Oberlaender, Franklin A. Motivationsarbeit in einer Landesklinik bei alkoholkranken Patienten mit komperativ niedrigem Bildungs- und Berufsstatus. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis. Jg. 16. 1993.
Rusch, Luise (Hrsg.). 1983. Feminismus: Inspektionen der Herrenkultur, Frankfurt.
Rieger, Jürgen / Wessel, Theo. Ambulante und stationäre Nichtseßhaftenhilfe: Endstation Armut - wohnungs- und arbeitslose Abhängigkeitskranke ohne Chance? In: Günther Wienberg (Hrsg.). 1992. Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Berlin.
Schacke, Joachim. Selbsthilfe - Eckpfeiler der Suchtkrankenhilfe oder Lückenbüßer zur Entsorgung der Profis? In: Günther Wienberg (Hrsg.). 1992. Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Berlin.
Schenk, H. 1980. Die femisnistische Herausforderung. München.
Scheu, Ursula. 1993. Wir werden nicht als Mädchen geboren - wir werden dazu gemacht. Frankfurt.
Sichrovsky, P. 1984. Krankheit auf Rezept. Die Praktiken der Praxisärzte. Kiepenheuer & Witsch, Köln.
Wegscheider-Cruse, Sharon. 1984. 'Co-Dependency: The Therapeutic Void' In: Co-Dependency, An Emerging Issue.
Wilson Schaef, Anne. 1989. Im Zeitalter der Sucht. Hamburg

***Martin Schmid**, geb. 1962, Dipl.-Soziologe, seit 1990 Drogenberater im Kontaktladen BELLA VISTA in Offenbach, Mitarbeit bei akzept Hessen e.V.*

DROGENSZENE, DROGENPOLITIK UND DROGENHILFE
Eine Betrachtung aus der Normalisierungs- und Entdramatisierungsperspektive

"Alle saßen schön gemütlich und ganz ohne Streß beisammen und kochten sich ihr Süppchen auf. Und da war so ein feeling ... ich will mal sagen von Solidarität, wie ich es schon viele Jahre nicht mehr auf der scene erlebt habe, wenn die Leute sich dort zwar auch zusammen - aber doch unter ganz anderen Bedingungen - einen Schuß gesetzt haben. Es war in etwa so wie am Anfang, als man sich seinen Druck noch im geselligen Kreis machte, wo keiner nur auf seinen eigenen Vorteil bedacht war, sondern zusah, daß jeder genug abbekam."
(Junkfurter Ballergazette Juli/August 1993)

Nein, nicht die offene Drogenszene einer deutschen Großstadt in den 90er Jahren wird hier beschrieben. Dieses Zitat stammt auch nicht aus einem Bericht aus dem Jahr 2000 über Drogenkonsum nach dem Ende der Prohibition. Hier wird nur die Atmosphäre eines provisorischen Druckraums geschildert, der während des 2. Bundeskongresses von akzept e.V. - Bundesverband für akzeptierende Drogenhilfe und humane Drogenpolitik - im Sommer 1993 eingerichtet wurde.
Was sich für die einen wie ein Horrorszenario liest, anderen hingegen als modellhafte Erprobung künftiger Konsummöglichkeiten gilt, wirft ein Blitzlicht auf den aktuellen Stand der Debatte über Drogenpolitik und Drogenhilfe. In den Diskurs über Drogen ist Bewegung gekommen: während in den 80er Jahren ein breiter Konsens darüber zu herrschen schien, wie mit den KonsumentInnen illegaler Drogen umzugehen sei, gegen den allenfalls ein paar Störenfriede verstießen, gibt es heute unter Politikern, Drogenhelfern, Wissenschaftlern und nicht zuletzt auch DrogengebraucherInnen eine breite Auseinandersetzung über die Bedeutung von Drogenkonsum und die Konsequenzen, die daraus zu entwickeln sind.
Und nicht nur die Debatten haben sich verändert. Wie das Eingangszitat zeigt, gibt es auch in der Praxis spürbare Veränderungen. Zwar existieren "Druckräume" derzeit bestenfalls als Modellversuche, aber fast überall in den alten Bundesländern gibt es inzwischen Kontaktläden, Notschlafeinrichtungen und andere niedrigschwellige Hilfsangebote, die nicht mehr Drogenfreiheit zur Aufnahmebedingung und damit für viele zur unüberwindbare Zugangsschwelle machen. Substitution, bis vor wenigen Jahren in Deutschland - im Gegensatz zum fast gesamten Ausland - ein

Tabuthema, wird immer mehr zum regulären Bestandteil des Hilfeangebots für HeroinkonsumentInnen. In Frankfurt und Hamburg wird die modellhafte Erprobung kontrollierter Heroinverschreibung durch Ärzte geplant, was derzeit allerdings noch an der Rechtslage scheitert.

Doch trotz aller Veränderungen auf der Diskursebene und teilweise auch innerhalb des Systems der Drogenhilfe steht im bundesdeutschen Umgang mit KonsumentInnen illegaler Drogen nach wie vor Prohibition und Repression im Vordergrund. Gerade in den Städten, die beim Ausbau niedrigschwelliger Hilfeangebote eine Vorreiterrolle eingenommen haben (wie z.B. Hamburg, Bremen, Frankfurt und Nürnberg), ging dies einher mit massiven polizeilichen Anstrengungen zur Zerschlagung der offenen Drogenszenen. Noch immer werden in Deutschland Menschen eingesperrt, weil sie andere Drogen präferieren als die Mehrheit, sind Gerichte deswegen überlastet und Gefängnisse überfüllt, und noch immer müssen sich Drogenberater in erster Linie mit juristischen Problemen und anderen prohibitionsinduzierten Folgen des Drogenkonsums beschäftigen. Gerade diese Verquickung zwischen "Strafe" und "Hilfe", zwischen Repression und Sozialarbeit bestimmt seit nunmehr über 20 Jahren den Alltag vieler DrogengebraucherInnen.

Zur Geschichte von Drogenszenen

Wenn es stimmt, daß die "Eskimos von einst" wahrscheinlich die einzige Gesellschaft war, die - mangels tauglicher Grundstoffe - keinen Drogenkonsum kannte (Hess 1990), dann waren sie wohl auch die einzige Gesellschaft ohne Drogenpolitik. In allen anderen Gesellschaften wurden und werden psychoaktive Substanzen konsumiert, und seit jeher gab es auch "Versuche, regulierend Einfluß auf Produktion, Handel und Konsum zu nehmen". Hess bezeichnet solche Versuche zusammenfassend als "Drogenpolitik" (Hess 1990). Folgt man Manfred Kappeler, der Odysseus als den ersten Drogenhelfer (Kappeler 1991) beschreibt, dann scheint auch die Geschichte der Drogenhilfe bereits recht alt. Im historischen Vergleich verliert die gegenwärtige 'Drogenkrise' einiges von ihrer einzigartigen Bedeutung, die sie in den aktuellen Debattenbeiträgen oft zu haben scheint. Hier sei exemplarisch daran erinnert, welche 'Drogenkrisen' die Verbreitung des Tabakrauchens in einigen Ländern Europas und Asiens im 17. Jahrhundert ausgelöst hat, in deren Verlauf z.B. in der Türkei unter Sultan Murad IV (1623-1640) Tabak- und Kaffeehäuser (wie man heute sagen würde: Szenetreffpunkte) niedergebrannt wurden und Rauchern sogar die Todesstrafe drohte (vgl. Hess 1987). Während es in Deutschland - anders als z.B. in England - nie ein nennenswertes Opiumproblem

gab, breiteten sich avantgardistische Zirkel, in denen etwa seit 1900 Morphium (Anfangs des 19. Jahrhunderts in Paderborn erstmals aus Opium extrahiert) und Kokain (1860 von Niemann in Göttingen als Hauptalkaloid der Coca-Pflanze isoliert) konsumiert wurde, nach dem ersten Weltkrieg in weitere Kreise aus. Über die Kokainwelle der 20er Jahre schreibt der Psychiater Joël: "Das vorher fast unbekannte Wort Cocain, an Straßenecken und in Nachtcafes, Spelunken und Dielen den Passanten und Gästen zugeflüstert, war in wenigen Monaten auch unter dem Namen Koks in aller Welt bekannt. Das eigentlich Bedenkliche und Gefährliche dieses Treibens war es, daß es sich nicht auf Halbwelt- und Bohêmekreise beschränkte, deren müßige Gewohnheiten vielleicht gleichgültiger sein dürften, sondern daß es sich gerade auch in den Kreisen der proletarischen, meist arbeitslosen Jugend abspielte." (Joël/Fränkel 1924, S. 15)
Drogenszenen sind also keine Erfindung unserer Zeit. Das als Hauptdroge der aktuellen Drogenszene geltende Heroin wurde Ende des letzten Jahrhunderts als Arzneimittel entwickelt und auf den Markt gebracht. Erstmals 1874 von dem Engländer C.R. Wright und dann 1897 in den Labors der Farbenfabriken vorm. FRIEDR. BAYER & CO. durch Azetylierung des Morphinhydrochlorids hergestellt, wurde es seit 1898 von dieser Firma erfolgreich unter dem geschützten Warenzeichen HEROIN als Mittel gegen Husten und Bronchitis vermarktet (De Ridder 1991, S. 19ff). Bis 1913 produzierten und verkauften die Bayer-Werke jährlich etwa eine Tonne Heroin. Von Anfang an war Heroin umstritten, aber die ersten medizinischen Kontroversen betrafen allein die Wirkung auf die Atmung. Die abhängigkeitserzeugende Wirkung des Heroins wurde erst relativ spät in der medizinischen Literatur problematisiert. Als auf Initiative der USA 1909 mit der Vorbereitung der internationalen Opium-Konferenz begonnen wurde, dachte noch niemand daran, auch Heroin in das geplante Abkommen miteinzubeziehen. Wie es dazu kam, ist eine spannende und verwirrende Geschichte (nachzulesen in Bauer 1992). Das Deutsche Reich blockierte so gut es konnte alle Bestrebungen in dieser Richtung. Erst im Versailler Vertrag schließlich wurde das Deutsche Reich gezwungen, das Internationale Opium-Abkommen zu unterzeichnen, welches erstmals eine staatliche Kontrolle für den Verkehr von Opiaten (incl. Heroin) und Kokain einführte.

Um die Jahrhundertwende etablierte sich der psycho-medizinische Diskurs über Drogenabhängigkeit. In psychiatrischen Lehrbüchern dieser Zeit finden sich Aussagen über Entstehung von Abhängigkeiten und Behandlungsmethoden, nach denen zum Teil heute noch vorgegangen wird. Über die Trunksucht schreibt Wlassak 1929: "Im wesentlichen besteht diese Behandlung in der Erziehung zu einer völligen, durch das ganze weitere Leben andauernden Enthaltung von allen

Angie, schafft an für II (Heroin): "Haben Sie Interesse?"

Enrico vor seinem 25. Geburtstag:
"Ich mach bald Entzug; da krieg' ich vielleicht 'n Halt. Mal mir Wurzeln, weil ich keine hab'!"

Uschi, 27: "Manchmal habe ich schon gedacht, daß ich dadurch, daß ich gedrückt hab', meinen Eltern zum ersten Mal einen gemeinsamen Lebensinhalt gegeben habe."

***Ursula Bußler**, Sozialpädagogin, arbeitet seit acht Jahren in stationärer Langzeit-Therapie mit jungen, ehemals drogensüchtigen Erwachsenen.*

EIN WEG AUS DER SUCHT
Erfahrungsbericht aus einer stationären Langzeit-Therapie-Einrichtung

Seit acht Jahren arbeite ich als Sozialpädagogin in einer Einrichtung, in der ehemals drogensüchtige junge Erwachsene nach ihrem Entzug eine neun Monate dauernde Langzeit-Therapie machen. Wie unser Therapie-Konzept aussieht und welche Erfahrungen wir damit machen, werde ich im folgenden darstellen.

Bewerbungen

KlientInnen, die aufgenommen werden wollen, müssen sich bei uns schriftlich bewerben. Wir wählen dann aus den Bewerbungen diejenigen aus, die nach Alter und Krankheitsbild unseren Kriterien entsprechen und setzen diese KlientInnen auf unsere Warteliste. Oft vergehen sechs bis zwölf Monate, bis die KlientInnen aufgenommen werden können, da selten unmittelbar ein Therapieplatz zur Verfügung steht bzw. oft auch noch Fragen der Kostenübernahme zu klären sind. In Einzelfällen kann es sogar zwei Jahre dauern, bis es zur Aufnahme kommt. In den Wartezeiten müssen sich die KlientInnen monatlich melden, um ihr weiteres Interesse an einem Therapieplatz deutlich zu machen oder eventuell auftretende Probleme bei der Beschaffung der Kostenzusage oder bei der Durchsetzung des § 35 BTmG zu klären.

Unterschiedliche Wege zur Therapie

Es gibt drei verschiedene Wege, um in eine stationäre Therapie zu gelangen. Der erste - und mittlerweile seltenste - Weg ist der freiwillige Entschluß dazu. Die beiden anderen Wege sind die Folge strafrechtlicher Entscheidungen: Sie kommen entweder durch richterliche Therapie-Auflage zustande oder durch die Wahl von "Therapie statt Strafe" gemäß § 35 BTmG.

Freiwilligkeit gilt als die "edelste" Form der Motivation. In der Regel jedoch besteht auch diese "Freiwilligkeit" darin, einen sich ankündigenden Ärger "rechtzeitig" und etwas sanfter abzufangen. Oft nämlich wird hier ein Eingreifen amtlicher Stellen unmittelbar erwartet oder die private Situation hat sich mittlerweile so zugespitzt, daß Therapie der einzige Ausweg bleibt. KlientInnen, die freiwillig Therapie machen, haben das Problem, leichter abbrechen zu können und sind geneigt, dies auch zu tun.

Beim zweiten und dritten Weg kann sich zwar der Zwang zunächst nachteilig auswirken, doch hat dieser Zwang auch Vorteile. Zum Beispiel machen KlientInnen auf diese Weise oft mehr Therapie, als sie es sich jemals vorstellen konnten. In schwierigen Therapie-Situationen hilft der äußere Druck oft, den inneren Druck eher auszuhalten und nicht gleich die Flinte ins Korn zu werfen. Selbst KlientInnen, die mit dem festen Vorsatz in die Therapie kommen, hier nur ihre Zeit abzusitzen, schaffen es nicht, sich dem Therapie-Setting auf Dauer zu entziehen.

Auf welcher Basis die Therapie begonnen wird, beeinflußt zwar die Art des Widerstandes, ist aber sonst von eher zweitrangiger Bedeutung. Der/die Freiwillige nimmt die Haltung ein: "Wenn ich schon freiwillig hier bin, bestimme ich auch die Art und Weise meiner Therapie!" und blockt nur das allzu Fremdes erst einmal ab. KlientInnen, die aufgrund des § 35 BtmG kommen, sind dagegen in der Regel fest entschlossen, dieser "Gehirnwäsche" unbeschadet zu entkommen und sperren sich vorsichtshalber gegen alles. Motivationsarbeit im Sinne von "Neugierig-Machen auf mehr" muß bei beiden Varianten am Beginn stehen.

Neuaufnahmen

Die Aufnahme neuer KlientInnen erfolgt nach einem typischen Muster. Bis vor kurzem wurden die KlientInnen nach dem Entzug praktisch immer von ihren DrogenberaterInnen im Krankenhaus abgeholt und in die Therapie-Einrichtung begleitet. In jüngster Zeit jedoch müssen die KlientInnen aufgrund von Mittelkürzungen in den Einrichtungen den Weg von der Entgiftungsstation oder aus dem Strafvollzug in die Therapie-Einrichtung zunehmend alleine finden.

In der Einrichtung angekommen, findet zwischen dem/der KlientIn und dem/der EinzeltherapeutIn ein Aufnahmegespräch statt. Dabei werden die Formalitäten geklärt, von beiden Seiten der Behandlungsvertrag unterzeichnet und der erste intensivere Kontakt hergestellt. Im Aufnahmegespräch geht es um die folgenden

Punkte: Wie ist die persönliche Situation; welche Wünsche und Ziele hinsichtlich der Therapie gibt es; wie lange soll die Therapie dauern. Der/die KlientIn bekommt detailliertere Informationen über die Einrichtung, vor allem auch über den Umfang der Zusammenarbeit zwischen KlientIn und TherapeutIn bzw. deren Vertretung. Jede(r) KlientIn wird ein männlicher und eine weibliche TherapeutIn zugeordnet. Außerdem bekommen alle Neuangekommenen einen sogenannten "Paten" aus dem Kreis der KlientInnen zugeordnet. Paten haben die Aufgabe, dem/der "Neuen" die Orientierung im Haus und in der Gruppe zu erleichtern. Paten sollen dem gleichen Geschlecht anghören wie der/die Neue, sich bereits in der Einrichtung eingelebt haben und mit allen Regelungen vertraut sein. Um eine Fixierung zu vermeiden, sollen die Paten nicht den von ihnen Betreuten auf dem gleichen Zimmer schlafen.
Teil des Aufnahmerituals ist die Abgabe einer Urinprobe, ein Alkoholtest und außerdem werden Kleider und Gepäck nach Drogen, Tabletten, Alkohol und Geld untersucht. Wer neu kommt, muß bei der Aufnahme Geld, Cassetten, Briefmarken, Papiere, Konto-Karten, Walkman, Radio usw. abgeben. Die Regelungen zur Kleider- und Gepäck-Untersuchung wurden in unserer Einrichtung auf Wunsch der KlientInnen eingeführt. Untersucht wird im Beisein des/der KlientIn von eine(r) MitarbeiterIn der Einrichtung und vom Paten bzw. der Patin. Nach der Untersuchung zeigt der Pate bzw. die Patin der/dem Neuen sein Zimmer, führt ihn/sie durch das Haus und macht ihn mit der Gruppe bekannt. Der erste Tag endet für den/die Neuen mit einer kurzen Vorstellungsrunde in der Gruppe. Bei der Beteiligung am Arbeitsprogramm wird darauf Wert gelegt, daß der/die Neue in den ersten Wochen mit KlientInnen zusammenarbeitet, die schon länger da sind, um evtl. aufkommende Abbruchgedanken frühzeitig ausffangen zu können.

Was geschieht bei der Therapie?

An Drogenabhängigen, denen durch den Entzug die Droge weggenommen ist, läßt sich demaskierte Sucht beobachten - wobei das Setting einer Langzeiteinrichtung (Leben in der Gruppe auf eingeschränktem Raum unter eingeschränkten Bedingungen) die entsprechenden Merkmale noch verstärkt.
Demaskierte Sucht bedeutet, daß die KlientInnen anfänglich völlig nach innen gerichtet sind - sie registrieren höchstens "feelings" und Körperwahrnehmungen. Erst allmählich erweitert sich dann der persönliche Blickwinkel und kleinere Ereignisse werden wahrgenommen. Je mehr die Außenwelt wieder an Bedeutung gewinnt, umso mehr besser werden auch größere Ereignisse und Gesamtzusammenhänge wieder erfaßt und zugeordnet.

SUCHT – ein Versuch zu (über)leben

Stichworte zum Inhalt

Süchtige Gesellschaft? Nehmt Euch das Leben – es gehört euch!

Drogenszene, Drogenpolitik und Drogenhilfe: Eine Betrachtung aus der Normalisierungs- und Entdramatisierungsperspektive

Keine Heilung ohne Experten? Zur Diskussion einer Studie über die Selbstheilung von Fixern

Qualifizierte Entzugsbehandlung. Eine notwendige Ergänzung in der Behandlung Drogenabhängiger

Ist Polytoxicomanie eine Lebensweise?

Im buddhistischen Kloster kotzen sich die Junkies den Teufel aus dem Leib

Störungen des Eßverhaltens –"fixe Idee" oder Sucht? Erfahrungen mit der stationären Langzeit-Therapie-Einrichtung

Suchtverhalten im Altersheim

Es liegt nur an dir, daß es mir schlecht geht. Angehörige von Alkoholkranken

Frauenspezifische Suchtarbeit

PRIMA DONNA – Bericht aus der Arbeit in einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft für suchtmittelabhängige Frauen

Frauenalltag, Drogenpolitik und Sucht. Überlegungen zur Arbeit mit drogenabhängigen Frauen

Zum Scheitern verurteilt? Heroinabhängige Eltern und ihre Kinder

ziel

Hochschulschriften
ISBN 3-934214-56-8