



Heino Stöver, Susann Hößelbarth (Hrsg.)

Drogenpraxis Drogenpolitik Drogenrecht

Handbuch für Substanzgebrauchende,
Fachkräfte in Beratung und Behandlung,
Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen

Fachhochschulverlag

DER VERLAG FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN

6., vollst. überarb. Auflage



Heino Stöver, Susann Hößelbarth (Hrsg.)

Drogenpraxis Drogenpolitik Drogenrecht

Handbuch für Substanzgebrauchende,
Fachkräfte in Beratung und Behandlung,
Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen

Fachhochschulverlag

DER VERLAG FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.skvshop.de | www.fhverlag.de

6., vollständig überarbeitete Auflage 2024

ISBN 978-3-8248-1334-6

PDF ISBN 978-3-8248-9881-7

Alle Rechte vorbehalten

Fachhochschulverlag. Der Verlag für angewandte Wissenschaften. Ein Imprint der

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2024

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Druck: TZ-Verlag und Print GmbH, Bruchwiesenweg 19, 64380 Roßdorf

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Verfasser:innen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasser:innen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§§ 106 ff. UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig.

Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Inhalt

Grußwort	11
Vorwort	14

A GRUNDLAGEN

I	Begriffe, Definitionen, Klassifikationen von Substanzgebrauchsstörungen <i>Gallus Bischof</i>	17
II	Sucht und Stigma <i>Georg Schomerus</i>	26
III	Die Realität von Substanzkonsum und Abhängigkeit zwischen Lebensstil und Krankheit <i>Peter Degkwitz</i>	35
IV	Modelle zu Entstehung und Verlauf von Substanzkonsum und Abhängigkeit <i>Peter Degkwitz</i>	62
V	Verhaltenssüchte – ein Überblick <i>Klaus Wölfling</i>	94
VI	Selbstheilung <i>Gallus Bischof</i>	106
VII	Kriminalisierung und Inhaftierung drogenkonsumierender Menschen in Deutschland: Versorgungslage und Schlussfolgerungen für eine gesundheitsbezogene Rehabilitation und Resozialisierung <i>Heino Stöver, Daniel Deimel, Larissa Steimle</i>	115
VIII	Gender und Sucht. Wie kann gendersensible Suchtarbeit gelingen? <i>Heino Stöver, Susann Hößelbarth</i>	129
IX	Sucht und soziale Lage im Kontext von Obdachlosigkeit, Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit <i>Dieter Henkel</i>	139
X	Substanzkonsum im Kontext von Migration und Flucht <i>Heike Zurhold</i>	156
XI	„Schlimm ist’s – man hat zweierlei ...“ – Die Problematik mit Doppeldiagnosen bei mehrfach beeinträchtigten Menschen mit Abhängigkeitsstörungen <i>Johannes Sahoraj</i>	164
XII	Sexualität in der Suchthilfe <i>Daniel Deimel, Heino Stöver</i>	177

B	PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	
I	Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter <i>Tanja Hoff</i>	189
II	Suchtprävention in der stationären Jugendhilfe <i>Rebekka Kleinat</i>	199
III	Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter – Methoden und Handlungsansätze <i>Heino Stöver, Larissa Hornig</i>	213
IV	Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe (BSP) <i>Melanie Bildesheim, Dorothee Imsieke</i>	229
V	Förderung der Selbsthilfe – eine wichtige Aufgabe professioneller Drogen- und Aids-Hilfen <i>Axel Hentschel</i>	240
VI	Harm Reduction – Methoden, Programme und Praktiken. Aktueller Stand und Ausblick <i>Heino Stöver, Susann Hößelbarth</i>	251
VII	Drogenarbeit im Partysetting <i>Rüdiger Schmolke</i>	262
VIII	Drug-Checking <i>Tibor Harrach, Rüdiger Schmolke</i>	272
C	HILFEANSÄTZE	
I	Soziale Arbeit in der Suchthilfe <i>Susann Hößelbarth, Heino Stöver</i>	285
II	Zieloffene Suchtarbeit <i>Joachim Körkel</i>	303
III	Kontaktläden als Basisangebote gesundheitlicher und psychosozialer Unterstützung <i>Susann Hößelbarth, Heino Stöver</i>	315
IV	Drogenkonsumräume in Deutschland – Ein Blick in die Zukunft <i>Dirk Schäffer</i>	328
V	20 Jahre „Trinkerräume“ in deutschen Kommunen <i>Heino Stöver, Larissa Steimle</i>	338
VI	Beratung von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen – Rahmenstandards und Leistungen <i>Nina Pritzens</i>	345

VII	Opioidüberdosierung und Drogennotfallprophylaxe mit Naloxon <i>Simon Fleißner, Olaf Ostermann, Dirk Schäffer, Kerstin Dettmer, Heino Stöver</i>	355
VIII	Akutbehandlung von Abhängigkeitserkrankten <i>Kai Wendt</i>	366
IX	Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation und Nachsorge <i>Thomas Kuhlmann</i>	376
X	Sozialtherapie bei Abhängigkeitserkrankungen <i>Dario Deloie</i>	386
XI	Opioid Agonisten Therapie (OAT) <i>Thomas Poehlke</i>	398
XII	Psychosoziale Betreuung im Rahmen der Substitutionsbehandlung <i>Stefan Wiedemann, Anneke Groth</i>	409
XIII	„Double Trouble“ für Versorger:innen und Patient:innen – Die Herausforderungen bei der Versorgung von Doppeldiagnose- Patient:innen <i>Johannes Sahoraj</i>	417
XIV	Wohnen – ein Menschenrecht! Auch für drogenkonsumierende Menschen! <i>Gabi Becker</i>	428
XV	Suchthilfe im Justizvollzug <i>Heino Stöver, Susann Hößelbarth</i>	444
XVI	Praxis und Bedeutung der feministischen Frauensuchthilfe in Deutschland <i>Martina Tödtte</i>	465
XVII	Gesundheitsprävention und Angebote für drogengebrauchende, der Sexarbeit nachgehende Frauen <i>Svenja Korte-Langner</i>	475
XVIII	Männerspezifische Ansätze in der Sucht-/gefährdetenhilfe <i>Heino Stöver</i>	486
XIX	Alkohol- und medikamentenbezogene Störungen bei älteren Menschen <i>Tanja Hoff</i>	498
XX	Drogenkonsum/-abhängigkeit und Alter <i>Susann Hößelbarth, Heino Stöver</i>	513
XXI	Mehr Kultursensibilität bzw. mehr Diversitätssensibilität in der Drogenhilfe <i>Kerstin Brauer, Ulf Siefker</i>	527

XXII	Nachhaltige Inklusion mit Drogenabhängigen durch Beschäftigung, Qualifizierung und Ausbildung <i>Hans Beierlein</i>	537
XXIII	Angehörige von Substanzgebraucher:innen <i>Larissa Hornig, Corinna Nels-Lindemann</i>	553
XXIV	Kinder aus suchtbelasteten Familien <i>Diana Moesgen, Janina Dyba</i>	567
XXV	Familienwohl als (neue) Perspektive der Suchthilfe <i>Thomas Heynen, Fanny Jilg, Yves Rinnen</i>	579
D	METHODEN UND EVALUATION	
I	Fachliche Grundlagen von Streetwork mit substanzkonsumierenden Jugendlichen und (jungen) Erwachsenen <i>Juri Schaffranek</i>	595
II	Motivierende Gesprächsführung in der Sucht- und Drogenhilfe <i>Georg Kremer, Torsten Beckmann-Loeks, Philipp Dinkel, Ulrich Gehring, Christoph Straub</i>	615
III	Die systemische Beratung in der Arbeit mit abhängigkeits- erkrankten Menschen <i>Dominik Oesterreicher</i>	632
IV	Psychoedukation als Methode in der niedrigschwelligen Drogenhilfe – Chancen und Grenzen <i>Johannes Sahoraj</i>	644
V	Case Management als strukturierter Unterstützungsansatz in der Sucht- und Drogenhilfe <i>Martin Schmid</i>	656
VI	Konsumreduktionsprogramme <i>Joachim Körkel</i>	667
VII	Rückfall und Rückfallprophylaxe <i>Joachim Körkel</i>	684
VIII	Das Konzept der Achtsamkeit in der Behandlung von Menschen mit Substanzgebrauchs- und/oder Verhaltensstörungen <i>Regina Agostini</i>	699
IX	Die spirituelle Dimension der Achtsamkeit <i>Sven-Joachim Haack</i>	710
X	Einsatz digitaler Medien in der Suchttherapie <i>Dietmar Kramer</i>	715

XI	Neue Wege in der Drogenberatung: internetgestützte Beratungsangebote <i>Fabian Leuschner</i>	724
XII	Peer-Education und Peer-Involvement-Ansätze <i>Larissa Hornig, Heino Stöver</i>	734
XIII	Nutzen, Evaluation und Qualitätssicherung in der Suchthilfe <i>Rebekka Streck</i>	742
XIV	Deeskalationstraining als sinnvolle Fortbildungsmaßnahme für Mitarbeiter:innen in Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen <i>Wilfried Wilkens</i>	752
XV	Zur Relevanz der Selbsterfahrung in der Ausbildung zur Suchttherapie <i>Gerald Abl</i>	763
XVI	Selbstfürsorge, kollegiale Hilfe und Supervision – Burnout in niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen vorbeugen und überwinden <i>Katrin Liel, Lena Müller-Lorenz</i>	774
E	DROGENPOLITIK UND DROGENMÄRKTE	
I	Drogenpolitik <i>Ingo Ilja Michels, Heino Stöver</i>	785
II	Handel mit illegalen Drogen: Kleinhandel, Kleinsthandel und Social Supply <i>Bernd Werse, Gerrit Kamphausen</i>	807
F	DROGENRECHT	
I	Polizeiliche Maßnahmen gegen offene Drogenszenen <i>Wolfgang Lesting</i>	827
II	Strafrecht <i>Justine Diebel, Mustafa Temmuz Oğlakcioğlu, Leo Teuter</i>	836
III	Drogenhilfe und Sozialrecht <i>Jürgen Sauer</i>	983
IV	Drogen und Job: Arbeitsrecht <i>Horst Thon</i>	1020
	Autorinnen und Autoren	1025

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Leserinnen und Leser,

es ist hervorragend, das Handbuch nach fast zwei Jahrzehnten komplett überarbeitet in den Händen zu halten. Meinen herzlichen Dank dafür ausdrücklich an alle Autor:innen und Recherchierenden. Sie alle haben sich mit ihrem Wissen, ihren Ideen und ihrem kontinuierlichen Interesse an den Themen für die neue – und wie ich meine sehr gelungene – Ausgabe eingesetzt. Damit haben wir erneut ein umfassendes Handbuch über Drogenkonsum, Drogen- und Suchtpolitik sowie Handlungsempfehlungen vorliegen, das sowohl für Expert:innen aus Suchthilfe und Prävention als auch für Laien wie Betroffene und Angehörige eine wertvolle Grundlage für Wege aus dem Drogengebrauch aufzeigt.

Wir alle wissen: Prävention und Suchthilfe sind essentiell. Wir brauchen sie, weil wir wissen, was passieren kann, wenn man nicht vorbeugt. Und wir brauchen sie, um Menschen zu helfen, um Probleme in den Griff zu bekommen, wieder zurück in ein Leben möglichst ohne Drogen und Sucht zu finden.

Suchthilfe und Prävention erreichen sehr verschiedene Gruppen von Menschen: alt, jung, gut oder weniger gut gebildet, noch fest im sozialen und gesellschaftlichen Alltag verankert oder bereits am Rand der Gesellschaft.

Dafür stellen wir uns gemeinsam wichtige Fragen wie: Wie erreiche ich sie? Wie spreche ich Jugendliche und junge Erwachsene an – und zwar ohne erhobenen Zeigefinger? Wie kann ich Familien oder Freunde erreichen, die mittelbar von Sucht betroffen sind? Wie schaffe ich es, sie nicht zu stigmatisieren? Denn schon die richtige Ansprache entscheidet über Erfolg und Misserfolg. Die richtige Ansprache entscheidet, ob ein Mensch Hilfe zulassen und annehmen kann.

Dafür brauchen wir vor allem und viel mehr niedrigschwellige Angebote, aber auch wissenschaftliche Evaluationen und Forschung für beispielsweise neue Behandlungsansätze. So dynamisch und global der Drogenmarkt ist, so vielfältig sind inzwischen die Rauschmittel und auch die Beschaffungsmöglichkeiten. Durch etwa Darknet und Kokstaxen ist alles jederzeit und überall erhältlich, egal ob in der Großstadt oder auf dem platten Land. Umso wichtiger ist, dass wir Drogen- und Suchtpolitik neu denken, dass wir Lebenswelt und Hilfesystem gemeinsam denken und entsprechende Strukturen schaffen und anpassen.

Der Konsum von Alkohol über Cannabis bis hin zum Zocken bei Sportwetten oder Glücksspiel sind weit verbreitet, ja geradezu alltäglich. Das ist bedenklich. Deshalb setze ich mich unter anderem dafür ein, dass Werbung im Fußballstadion für Glücksspiel und Alkohol untersagt wird. Ich setze mich auch dafür ein, dass Werbung für Tabakprodukte und Alkohol möglichst komplett aus der Primetime im Fernsehen und den sozialen Netzen wie Instagram und Tiktok verschwindet. Genau dort sehen diese oft verharmlosende Werbung vor allem

auch Kinder und Jugendliche. Und wir wissen, Werbung wirkt: Je früher Kinder und Jugendliche Werbung über Tabak und Alkohol sehen, umso früher wollen sie diese Produkte auch ausprobieren. Das können wir so nicht länger so laufen lassen.

Und wir müssen uns ehrlich in die Augen schauen und offen ansprechen, wo noch Steine im Weg liegen. Die gesellschaftlichen Bedingungen stellen uns tag-ein, tagaus vor gewaltige Herausforderungen. Die Arbeitswelt und die Globalisierung wirken sich auf Krankheit und Gesundheit ebenso aus wie der Prozess der Individualisierung und der sozialen Vereinsamung. Obendrein wird das Geld der öffentlichen Hand insbesondere für Prävention und Suchthilfe immer knapper, es soll gespart werden und aber gleichzeitig Bedingungen vorgehalten werden, die Halt und Sicherheit geben. Es scheint, als müsse eine Quadratur des Kreises gelingen.

Und wir stecken noch zu oft fest in alten Denkmustern früherer Drogenpolitik, als es vor allem um Verbote und Repressalien, um Stigma und Schuld ging. Sie wissen, dass ich angetreten bin, um für eine neue Sucht- und Drogenpolitik einzutreten: Eine Sucht- und Drogenpolitik, die für die Menschen da ist, die Schutz und Hilfe bietet. Wir müssen den Schritt von der Verbots- zur Hilfekultur gehen: Schutz und Hilfe müssen im Vordergrund stehen, nicht Ausgrenzung und Strafe. Menschen mit Suchtproblemen haben das Recht auf einen respektvollen Umgang! Und sie haben ein Recht auf Hilfe und Unterstützung. Und dafür muss Hilfe in Deutschland viel niedrigschwelliger werden, viel erreichbarer, viel umfassender. Das ist die Aufgabe unserer Gesundheits- und Hilfesysteme, und es ist auch die Aufgabe der Politik! Daran arbeite ich.

Aber jede noch so kleine Veränderungen – gerade in der Sucht- und Drogenpolitik – braucht sehr viel Geduld und Zeit. Dafür müssen meist verdammt dicke Bretter gebohrt und noch mehr Verständnis in der Gesellschaft geschaffen und letztendlich Hilfestrukturen immer wieder an neue Herausforderungen angepasst werden.

Zumal jede Sucht immer auch das soziale Umfeld betrifft. Familie, Freunde, Angehörige leiden darunter. Auf Arbeit entstehen Probleme. Auch Probleme in der Partnerschaft, der falsche Freundes- und Bekanntenkreis sind nicht unmaßgeblich für das Entstehen einer Sucht und deren Verlauf. Dann sind Fragen entscheidend etwa wie: Können wir offen über Probleme sprechen? Wie gehen wir als Gesellschaft mit Drogengebrauch und Sucht um? Gibt es Hilfe? Und wenn ja, wo und ist sie erreichbar?

Unser gemeinsames Ziel muss sein, eine evidenzbasierte Sucht- und Drogenpolitik umzusetzen. Wir müssen wegkommen von pauschalen Verboten und Strafen, hin zu mehr Schutz und Hilfe für Menschen, die konsumieren und Probleme entwickelt haben.

Deswegen ist auch die Regulierung von Cannabis so wichtig. Wir müssen uns eingestehen, dass die frühere Politik gescheitert ist. Trotz vieler Verbote in Deutschland haben immer mehr Menschen Cannabis konsumiert und mussten

aufgrund ihres Konsums behandelt werden. Mit der regulierten Abgabe können Konsument:innen gesundheitlichen Risiken besser vorbeugen. Auch Prävention, Beratung und Hilfe können besser funktionieren, wenn keine Strafverfolgung im Raum steht.

Mit der nach Jahrzehnten endlich beschlossenen Regelung zum Drug-Checking haben wir einen wesentlichen drogen- und suchtpolitischen Meilenstein erreicht: Drug-Checking bietet effektiven Schutz, in dem gefährliche Beimischungen erkannt und Wirkstoffgehalte bestimmt werden. Für viele wird Drug-Checking zudem ein wichtiger erster Kontakt mit Beratungsstellen sein, bei dem sie über Risiken des Konsums und bestehende Hilfsangebote informiert werden. Wichtig ist nun, dass die Bundesländer auch tatsächlich entsprechende Angebote ermöglichen. Und wir gemeinsam weiter an Hilfen etwa für Crackkonsumierende, an Pflegeplätze für ältere Drogengebrauchende und wissenschaftlichen Studien zu neuen Behandlungen arbeiten.

Für viele Autor:innen dieses Handbuches ist das alltäglicher Arbeitsinhalt, wofür ich allen ebenfalls danken möchte und ich hoffe und wünsche mir, dass Sie alle weiterhin mit diesem Einsatz und dieser Zuversicht am Ball bleiben für eine sich am Menschen orientierende Sucht- und Drogenpolitik.

*Ihr
Burkhard Blienert
Beauftragter der Bundesregierung
für Sucht- und Drogenfragen*

Vorwort

Über 20 Jahre sind vergangen seit der letzten, der 5. Auflage des Buches „Drogenpraxis, Drogenpolitik, Drogenrecht“. Neben neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen haben sich in diesen Jahren vielfältige neue fachliche Diskurse, Versorgungsangebote, methodische Ansätze und rechtliche sowie politische Veränderungen ergeben. Dazu gehören unter anderem:

- die Weiterentwicklung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Substanzgebrauchsstörungen, neue Begriffe, Konsummuster und Substanzen;
- veränderte bzw. verschärfte Problemlagen von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen und damit einhergehende Herausforderungen für Prävention, Beratung und Behandlung im Zuge gesellschaftlicher Veränderungen (z. B. Verstärkung sozialer Ungleichheiten, Fluchtbewegungen, Folgen der Corona-Pandemie);
- aktuelle fachliche Diskurse (z. B. zieloffene Suchtarbeit vs. zielvorgabende Drogenhilfe, Entstigmatisierung von Suchterkrankungen);
- neue Zugänge zu Zielgruppen (z. B. onlinegestützte Beratungsangebote und Präventionsansätze);
- veränderte und erweiterte Angebote sowie methodische Handlungsansätze der Drogenhilfe (z. B. zieloffene Suchtarbeit, Erweiterung gesundheitsfördernder und schadensminimierender Ansätze, Drogennotfallprophylaxe)
- neue Drogenmärkte und ihre Folgen für Konsumierende und deren Erreichbarkeit durch Präventions- und Hilfeangebote (z. B. Darknet);
- aktuelle drogenpolitische Diskussionen (z. B. Entkriminalisierungs-/Legalisierungsdebatte zu Cannabis und anderen Substanzen);
- veränderte rechtliche Rahmenbedingungen für die Unterstützung und Behandlung von Drogengebrauchenden, wie z. B. umfassende Veränderungen in den rechtlichen Bestimmungen zur medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger, Drugchecking, sozialrechtliche Möglichkeiten über das Bundesteilhabegesetz, Betrieb von Drogenkonsumräumen in weiteren Bundesländern.

Vor fast zwei Jahren haben wir uns deshalb entschieden, die vorliegende Neuauflage anzugehen. Herausgekommen ist ein umfassender Band, der sowohl die theoretischen Zugänge zu Substanzgebrauchsstörungen/Abhängigkeitserkrankungen wie auch Präventions- und gesundheitsfördernde Angebote, Handlungsansätze und Methoden in der Suchthilfe sowie drogenpolitische Hintergründe und Implikationen ins Auge fasst. Ebenso werden Resilienz und Gesundheit fördernde Themen für Mitarbeitende in der Suchthilfe selbst aufgegriffen. Somit werden die vielfältigen Perspektiven auf Lebenswelten und Versorgung von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen in den Blick genommen.

Der Band enthält einen sehr umfangreichen juristischen Teil, der die Rechtsgebiete, die im Kontext von Substanzgebrauchsstörungen und der Unterstützung der Betroffenen durch die Suchthilfe von Bedeutung sind (Polizeiliche Maßnahmen, Strafrecht, Sozialrecht sowie Aspekte des Arbeitsrechts) darstellt.

Abgerundet wird der Band durch ein Kapitel zur Drogenpolitik, in dem die drogenpolitischen Entwicklungen, Kernthemen und -auseinandersetzungen und der aktuelle Stand von Gesetzesvorhaben erläutert wird.

Es handelt sich um eine vollständige Neufassung des Werks. Insgesamt ist die vorliegende 6. Auflage gegenüber der letzten nochmals deutlich erweitert. Der Band umfasst nun 67 Beiträge von insgesamt 69 Autorinnen und Autoren. Dabei handelt es sich um renommierte Wissenschaftler:innen und langjährig erfahrene und engagierte Mitarbeitende aus der Praxis der Suchthilfe.

Erstmals haben wir in dieser Auflage Beiträge zu Konsumproblematiken und Hilfsansätze für Menschen mit Konsumstörungen in Bezug auf legale Substanzen aufgenommen. Auch den sog. Verhaltenssüchten widmet sich ein Beitrag. Diese Sichtweise spiegelt Veränderungen in der Drogenkonsum- und -hilfepaxis wider: Polyvalente Konsummuster sind die Regel; interdisziplinäre und multiprofessionelle Kooperationen sind die Voraussetzungen effektiver Hilfen. Zudem verfestigt die getrennte Betrachtung Konsumierender von legalen und illegalen Substanzen Stigmata, Ausgrenzungsprozesse und Bewältigungshemmungen, ausgelöst durch den Konsum vermeintlich guter (legaler) und böser (illegaler) Substanzen. Gerade deshalb setzt sich dieser Band mit der komplexen Realität von Störungen im Substanzgebrauch auseinander und vertieft das Verständnis über die Vielfältigkeit der Herausforderungen der Entwicklung zielgruppenspezifischer und lebensweltnaher Präventions-, Unterstützungs-, Beratungs-, Behandlungs- und Nachsorgeangebote.

Es war Prof. Dr. Lorenz Böllinger, der vor über 40 Jahren dieses Werk begann, und dem großer Dank gebührt, die Bereiche Drogenpraxis, Drogenrecht und Drogenpolitik zusammengeführt zu haben! Alle drei Bereiche sind miteinander eng verbunden und beeinflussen Lebenswelten, Konsummuster und Angebote für Konsumierende psychoaktiver Substanzen sowie die begleitenden gesellschaftlichen Prozesse (z. B. Zugänge zu, Kontrolle von Drogen; Ausgrenzung und Integration Substanzgebrauchender).

Besonders danken wir allen Autorinnen und Autoren für ihre wertvollen Beiträge und ihre Geduld im Bearbeitungsprozess und der Fertigstellung dieses Bandes!

Wir danken weiterhin Ulla-Britt Klankwarth für ihre unermüdliche Lektoratsarbeit, ebenso wie Sarah Kalck vom Fachhochschulverlag für ihre geduldige und kompetente Bearbeitung der Manuskripte und ihre Präzision in Satz und Layout, und schließlich dem Leiter des Fachhochschulverlags, Prof. Ulrich Stascheit, für seinen Mut, dieses Mammutwerk erneut aufzulegen!

Wir trauern um Prof. Dr. Dieter Henkel, der im August 2023 verstorben ist. Seine zentralen Forschungsthemen behandeln den Zusammenhang von Sucht,

Arbeitslosigkeit und Armut – hier hat er große Pionierarbeit geleistet. Wir sind dankbar für die Zusammenarbeit (nicht nur) in diesem Band. Leider konnte er die Veröffentlichung nicht mehr erleben. Er hinterlässt eine große Lücke für die Menschen, die mit ihm lebten und arbeiteten, als leidenschaftlicher Forscher für seine Forschungsthematik, aber auch für das Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF), dessen Mitbegründer er war.

Wir widmen dieses Buch Prof. Dr. Hans-Volker Happel, der unter großem Einsatz zusammen mit Kolleg:innen und Studierenden aus der Frankfurt University of Applied Sciences ehemals erste Ansätze der Schadensminderung für (und mit) Drogengebrauchende entwickelt und später im Verein Integrative Drogenhilfe in Frankfurt am Main erfolgreich umgesetzt hat.

Frankfurt am Main, Coburg im Februar 2024

Heino Stöver

Susann Hößelbarth

A GRUNDLAGEN

I Begriffe, Definitionen, Klassifikationen von Substanzgebrauchsstörungen

Gallus Bischof

1 Historische und kulturelle Bewertungen von Substanzkonsum

Die Verwendung psychoaktiver Substanzen findet sich durchgängig in der Menschheitsgeschichte. Archäologische Befunde deuten darauf hin, dass das im Rahmen der Sesshaftigkeit angebaute Getreide zunächst maßgeblich für das Brauen alkoholischer Getränke verwendet wurde. Alkoholische Getränke wiesen dabei einen niedrigen Alkoholgehalt auf und waren wichtige Nahrungsmittel und Flüssigkeitslieferanten, insbesondere angesichts der oftmals verunreinigten Wasservorräte. Andere Substanzen wie Cannabis und Opium wurden ebenfalls sehr früh genutzt, entweder in Zusammenhang mit religiösen Feiern oder als Arzneimittel. Allein in der Bibel finden sich fast 2.000 Hinweise auf Wein und Weinberge, wobei Rauschzustände ambivalent geschildert werden: einerseits als Quelle der Freude, andererseits als mit dem Verlust von Verstand verbundene Trunkenheit. Positive Wertungen von Rauschzuständen finden sich auch in verschiedenen weiteren Religionen, die antiken Griechen und Römer hatten mit Dionysos bzw. Bacchus eine dem Rausch bzw. Alkohol zugeordnete Götter. Bereits in der Antike finden sich zudem Hinweise auf den Konsum von meist Alkohol mit schädlichem Ausgang. Bereits Tacitus (ca. 58-120 n. Chr.) beschreibt ausschweifende Gelage der alten germanischen Führungseliten und Schriftsteller wie Seneca (4 v. Chr.-65 n. Chr.) dokumentierten exzessiven Alkoholkonsum. Es liegen Hinweise darauf vor, dass auch einflussreiche Politiker wie Alexander der Große oder der römische Kaiser Claudius Anzeichen eines suchartigen Alkoholkonsums aufwiesen, ohne dass zu dieser Zeit ein dem heutigen Verständnis von Abhängigkeit entsprechender Begriff existierte.

In der antiken griechischen Philosophie und im Christentum wurde der exzessive Konsum psychotroper Substanzen als eine Spielart der „Völlerei“ und als Verstoß gegen einen tugendhaften oder ethischen Lebenswandel betrachtet. Bis zum Aufstieg des Islam wurde jedoch Substanzkonsum an sich mehrheitlich nicht als problematisch betrachtet, wobei der Buddhismus bereits zuvor berauschenden Substanzen gegenüber ambivalent eingestellt war, ohne ein generelles Verbot auszusprechen. In Europa wurde insbesondere im Zuge der Reformation bei Calvin und Zwingli Rausch als zu vermeidender Zustand betrachtet. Der

Konsum schwach alkoholischer Getränke wie z. B. Bier wurde demgegenüber angesichts der zweifelhaften Wasserqualität unverändert geduldet.

Der durch Vergärung mögliche erzielbare Alkoholgehalt wurde ab dem 12. Jahrhundert durch die aus dem arabischen Raum übernommene Technik der Destillation erhöht, wobei Destillate (*aquae vitae*) zunächst als Arzneimittel betrachtet wurden, deren Herstellung in Klöstern erfolgte. Die erste Problematisierung von psychotropen Substanzen und Verbotsanstrengungen erfolgten durch die Einführung der als „kulturfremd“ angesehenen Drogen Tabak und Kaffee. Im frühen 17. Jahrhundert erfolgten in verschiedenen europäischen Ländern Tabakverbote, deren Übertretung in drastischen Fällen wie im osmanischen Reich bis zur Hinrichtung führen konnten. Friedrich der Große wiederum bekämpfte den Kaffeekonsum und sorgte sich, dass die Kaffee an Stelle von Biersuppe trinkende Jugend noch zu fähigen Soldaten ausgebildet werden könne.

Im Gefolge der Aufklärung wurde ab dem frühen 18. Jahrhundert diskursiv zunehmend Wert auf Selbstkontrolle und Vernunft gelegt, die den Kräften des Rausches diametral entgegengesetzt standen. Dennoch wurde auch der Anstieg destillierter Getränke im 18. Jahrhundert und die damit verbundene Erscheinungsform insbesondere des „Elendsalkoholismus“ zunächst noch maßgeblich als Problem der fehlenden Selbstkontrolle betrachtet. Während der großen „Gin-Epidemien“, in denen der Verbrauch des preiswerten Gins (historisch meist minderwertige, mit Botanicals aromatisierte Destillate) insbesondere in England endemisch verbreitete, wurde der Bierkonsum als gesunde Alternative angepriesen. Zur Begrenzung der „Gin-Epidemie“, die primär als Problem der unteren Klassen betrachtet wurde, wurde der Verkauf von Gin mit Steuern belegt – eine frühe Form der Verhältnisprävention.

2 Die gesellschaftliche Erfindung der Sucht

Das Konzept der „Sucht“, welches auf etymologisch aus dem gotischen *siukan* (= krank sein) bzw. mittelhochdeutschen „siech“ stammt (und sprachlich nichts mit „suchen“ zu tun hat), wurde erstmals 1774 von dem amerikanischen Arzt Benjamin Rush auf den übermäßigen Konsum von Alkohol angewendet, welchen er als *Krankheit des Willens* betrachtete. Damit einhergehend beschrieb Rush einen Kontrollverlust über das Trinken, welche ausschließlich durch völlige Abstinenz geheilt werden könne. Ungefähr zeitgleich beschrieb der schottische Arzt Thomas Trotter die „[...] Begierde nach häufiger Trunkenheit [als] eine durch die chemische Natur der alkoholischen Getränke hervorgerufene Krankheit [...]“. Vor diesem Hintergrund wurde 1851 in Deutschland die erste „Trinkerheilstätte“ nahe Düsseldorf eröffnet. Ein halbes Jahrhundert später gab es in Deutschland schon 54 solcher Anstalten. Damals wurde eine „moralische Behandlung“ mit den drei As angeraten: „Abgeschiedenheit, Andacht und Arbeit“.

Insbesondere die sozialen Auswirkungen übermäßigen Alkoholkonsums („Branntweinpest“) führten zum Erstarken der Temperenzbewegung, die von den USA und Skandinavien ausgehend im 19. Jahrhundert auch Deutschland erreichte und sich in einen christlich-bürgerlich Zweig, welcher im Alkohol die Ursache gesellschaftlicher Zerrüttung wahrnahm und einem proletarischen Zweig, der in übermäßigem Alkoholkonsum ein Hemmnis für den Klassenkampf sah. Uneinigkeit bestand in der Temperenzbewegung bezüglich der Frage, ob ein maßvoller Konsum schwacher alkoholischer Getränke oder die völlige Alkoholabstinenz ein erstrebenswertes Ziel darstellen würde. Die stärker protestantisch geprägte auf Abstinenz fokussierende Temperenzbewegung führte in den USA schließlich zur Prohibition, d. h. einem völligen Verbot des Handels und Konsums alkoholischer Getränke, die von 1920 bis 1933 dauerte. Anders als von den Initiatoren erstrebt, führte die Prohibition zu einem Erstarken der organisierten Kriminalität, welche die aufgrund der Illegalität der Substanz stark gestiegenen Profitspannen im Alkoholhandel nutzte – eine Erfahrung, die sich im Bereich der illegalisierten Substanzen bis in die heutige Zeit fortschreibt. Während Alkohol frühzeitig auch aufgrund seiner weiten gesellschaftlichen Verbreitung problematisiert wurde, wurden andere Drogen noch bis zum Ende des 19. Jahrhunderts in den industrialisierten Ländern eher als Medikamente betrachtet und durch pharmakologische Innovationen – insbesondere durch die Isolation der psychoaktiven Wirkstoffe – im 19. Jahrhundert potenter. Anfang des 19. Jahrhunderts wurde Morphin, der Hauptwirkstoff des Opiums, erstmalig isoliert. Als hochpotentes Schmerzmittel wurde es in verschiedenen Kriegen zur Behandlung Verletzter eingesetzt, so z. B. im amerikanischen Sezessionskrieg (1861–1865) und im deutsch-französischen Krieg (1870/71). Eine Konsequenz waren Entzugerscheinungen und das ausgeprägte Verlangen nach erneuter Morphinzufuhr bei behandelten Soldaten, die als „Soldatenkrankheit“ bezeichnet wurde. 1860 wurde aus den Blättern des Koka-Strauches das Alkaloid Kokain synthetisiert und ab 1879 als lokales Anästhetikum sowie – pikanterweise – zur Behandlung der Morphinabhängigkeit eingesetzt. Auf der Suche nach einem nicht-abhängigkeitserzeugenden Schmerzmittel wurde 1874 schließlich das Diamorphin synthetisiert, welches unter dem Markennamen *Heroin* Ende des 19. Jahrhunderts zur Bekämpfung von Husten und zur Behandlung der Morphinabhängigkeit auf den Markt kam. Die Abhängigkeitspotenz von Opium war in Ländern wie China zu diesem Zeitpunkt bereits lange bekannt; dort verbreitete sich der Opiumkonsum im 18. Jahrhundert in einem Ausmaß, dass staatlicherseits Opiumschmuggel und -konsum 1939 verboten wurden. England als Hauptprofiteur des Opiumhandels zwang China in den sogenannten Opiumkriegen (1839–1842 und 1856–1860) den Opiumhandel zu tolerieren. Auf Bestreben der USA, welche einerseits auf eine Schwächung des wirtschaftlichen Rivalen England und andererseits auf eine Verbesserung der Beziehungen zu China hinausliefen, wurde ab 1909 eine international Opiumkommission eingerichtet, deren Ziel das weltweite Verbot von Opium sein sollte. Die internationalen Absprachen kulminierten schließlich

1912 in der Verabschiedung des Internationalen Opium-Abkommens, in dem die beteiligten Staaten eine strenge Kontrolle von Opium und dessen Derivaten sowie von Kokain vereinbarten. 1925 wurde ein erweitertes Abkommen verabschiedet, welches neben dem Verbot von Kokain und Heroin auch ein Cannabis-Verbot beinhaltete. Die führte schließlich 1929 zur Verabschiedung des Opiumgesetzes in Deutschland, welches bis 1972 Grundlage der deutschen Drogenpolitik war und durch welches der Konsum bestimmter Substanzen nicht mehr mit gesundheitlichen, sondern mit justiziellen Kriterien bewertet wurde. Andere Substanzen wie z. B. Pervitin („Crystal Meth“) wurden zunächst in großem Umfang während des zweiten Weltkrieges zur Stimulation von Soldaten eingesetzt, LSD und MDMA wurde in den 1950er und 1960er Jahren zunächst als Medikamente im Rahmen von Psychotherapien eingesetzt, bevor diese infolge des zunehmenden Gebrauchs in der Gegenkultur der 1960er Jahre schließlich ebenfalls verboten wurden.

3 Diagnostik und Klassifikation

Nachdem Mediziner wie Benjamin Rush oder Thomas Trotter bereits im späten 18. Jahrhundert den übermäßigen Konsum von Alkohol als Krankheit beschrieben haben, wurde der Begriff des „chronischen Alkoholismus“ 1849 von dem schwedischen Mediziner Magnus Huss eingeführt. Huss verstand darunter organische („Nerven“-)Schädigungen durch starken Alkoholkonsum. Aus solchen organopathologischen Vorstellungen entwickelte Morton Jellinek vor dem Hintergrund der 1935 gegründeten „Anonymen Alkoholiker“ 1942 das Krankheitskonzept des „Alkoholismus“, nach welchem eine Art „Allergie“ bei einigen Menschen zu „Alkoholismus“ führe. Dieser wurde beschrieben als „Kontrollverlust“, „Unfähigkeit zur Abstinenz“ und dem Auftreten von Entzugserscheinungen. Die Erkrankung wurde als chronisch fortschreitend betrachtet, die nur durch Abstinenz gestoppt werden könne. 1952 fand das Krankheitsmodell des Alkoholismus erstmals Eingang in die 6. Überarbeitung des diagnostischen Systems der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der International Classification of Disease (ICD), welche der Abrechnung medizinischer Leistungen zugrunde liegt. In dieser ICD-6 gibt es das Unterkapitel „Störungen des Charakters, des Verhaltens und der Intelligenz“. Hier findet man die Codices „322 Alkoholismus“ und „323 andere Drogensucht“. Die Substanzabhängigkeiten werden im gleichen Unterkapitel geführt wie die Störungen des Charakters und des Verhaltens. In der ICD-8, der 8. Revision der Klassifikation von 1965, wandelte sich das entsprechende Unterkapitel zum Unterkapitel „neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und andere nichtpsychotische psychische Störungen“. Zudem wurde der Begriff „Sucht“ durch „Abhängigkeit“ ersetzt. Erneut wurde damit die Nähe der Abhängigkeitserkrankungen zu anderen psychischen Störungen dargestellt. Erst mit der 10. Revision, der ICD-10 von 1990, erhielten die Abhängigkeitserkrankungen ein

eigenes Unterkapitel „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“. Mit der Einführung der 2019 vorgestellten 11. Revision der International Classification of Diseases ICD-11 erfolgt eine Veränderung der diagnostischen Kriterien bei der Diagnose von Störungen durch psychotrope Substanzen. Neben der Erweiterung der Störungen durch Substanzkonsum um die Störungen durch süchtige Verhaltensweisen wie die Glücksspielerkrankung (Gambling Disorder) und die Computerspielerkrankung (Gaming Disorder) ergeben sich auch in dem Spektrum substanzbezogener Störungen behandlungsrelevante Veränderungen.

Unterschieden werden kann zwischen einem gesundheitlich riskanten Konsummuster (bei dem ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Folgeprobleme besteht, ohne dass diese bereits eingetroffen sein müssen) und „substanzbezogenen Störungen“, wie sie von den gängigen diagnostischen Klassifikationssystemen wie dem DSM-5 der American Psychiatric Association oder der ICD-11 der WHO beschrieben werden. Grundsätzlich werden suchtartige Verhaltensweisen dabei definiert durch das Vorliegen von Symptomen, von denen eine gewisse Anzahl innerhalb eines bestimmten Zeitraums erfüllt sein müssen. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass ein prinzipiell dimensionales Störungsmodell aus Klassifikationsgründen durch die Einführung einer Schwelle in ein kategoriales Konstrukt überführt wird: man „hat“ die Diagnose einer Abhängigkeit bei Erfüllen einer gewissen Anzahl an Kriterien, werden weniger Kriterien erfüllt, kann die Diagnose nicht vergeben werden.

Die für die deutschen Krankenversicherungen bzw. das Abrechnungssystem relevante Klassifikation des ICD-11 besagt beispielsweise, dass ein schädlicher Gebrauch dann vorliegt, wenn Substanzkonsum bereits zu Beeinträchtigungen geführt hat und trotz des Wissens um den Zusammenhang weiter konsumiert wird. Die schwerwiegendere Abhängigkeit wiederum ist definiert durch 3 Kriterien, von denen zur Diagnosevergabe mindestens 2 erfüllt sein müssen:

1. Beeinträchtigte Steuerung des Substanzkonsums hinsichtlich Beginn, Menge, Umständen des Konsums oder Beendigung des Konsums, oft (aber nicht notwendigerweise) begleitet von einem starken subjektiven Drang oder Verlangen, die entsprechende Substanz zu konsumieren.
2. Substanzkonsum wird zunehmend Priorität im Leben eingeräumt, indem andere Aktivitäten oder Interessen wie tägliche Aktivitäten und Verantwortlichkeiten oder Gesundheit und Selbstfürsorge vernachlässigt werden, wobei der Substanzkonsum trotz auftretender Probleme fortgeführt wird.
3. Physiologische Auswirkungen (als Zeichen von Neuroadaptation) können auftreten in Form von (i) Toleranzentwicklung, (ii) Entzugserscheinungen nach Beendigung oder Einschränkung des Konsums und/oder (iii) in Form wiederholten Substanzkonsums zur Vermeidung oder Linderung von Entzugserscheinungen. Die Entzugserscheinungen müssen dabei klar dem jeweiligen Entzugssyndrom entsprechen und dürfen nicht einfach Nachwirkungen übermäßigen Konsums im Sinne eines „hangover“ sein.

Die Diagnose des „*Schädlichen Gebrauchsmusters*“ („*Harmful pattern of use*“) ist in der ICD-11 definiert als „ein Muster des Substanzkonsums, das die körperliche oder geistige Gesundheit einer Person geschädigt oder zu einem Verhalten geführt hat, das die Gesundheit anderer beeinträchtigt. Die gegenüber dem ICD-10 neu eingeführte „Gesundheitsgefährdung anderer“ umfasst jede Form von körperlichem und psychischem Schaden, einschließlich Traumata oder psychischer Störung, die direkt auf ein Verhalten im Zusammenhang mit einer Intoxikation der Person zurückzuführen ist, auf die die Diagnose „Schädliches Gebrauchsmuster“ zutrifft. Die Diagnose erweitert demnach den „schädlichen Gebrauch“ sensu ICD-10, indem explizit substanzbedingte Verhaltensweisen, die zu einer Schädigung Dritter führen, zur Diagnosestellung herangezogen werden können (Saunders, Degenhardt, Reed & Poznyak, 2019). Das Muster des Alkoholkonsums zeigt sich bei episodischem Substanzkonsum über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bzw. bei kontinuierlichem Konsum über mindestens einen Monat. Gesundheitsschäden der konsumierenden Person treten aufgrund eines oder mehrerer der folgenden Gründe auf: (1) Verhalten im Zusammenhang mit einer Intoxikation; (2) direkte oder sekundäre toxische Wirkungen auf Körperorgane und -systeme; oder (3) ein schädlicher Verabreichungsweg. Die dazugehörige Substanz kann ebenfalls klassifiziert werden: neben den schon länger gängigen Rauschmitteln Alkohol, Nikotin, Cannabis, Opioiden, Kokain, Halluzinogene, MDMA, Stimulantien und Sedativa können auch neue psychoaktive Substanzen wie Cathinone oder synthetische Cannabinoide spezifiziert werden. Verbreitet ist in der Praxis jedoch die Mehrfachabhängigkeit von verschiedenen Substanzen.

4 Erklärungsmodelle, Stigmatisierung und deren Folgen

Seit dem Aufkommen des Krankheitsverständnisses von Abhängigkeit wurde fieberhaft nach möglichen Ursachen dafür gesucht, dass nur ein Teil der Konsumierenden eine Abhängigkeit entwickelt. Während das ursprünglich verbreitete moralische Modell, welches Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen eine bewusste und willentliche Kontrolle über den Substanzkonsum zuschreibt in der Bevölkerung noch immer verbreitet ist, besteht heute in der Fachöffentlichkeit weitgehend Einigkeit darüber, dass eine Abhängigkeitsentwicklung nur vor dem Hintergrund des Zusammenspiels von Merkmalen der Droge, der Person und der Umwelt verstehbar ist, wobei die jeweilige Gewichtung je nach Forschungsrichtung erheblich differieren kann. Unstrittig ist, dass insbesondere die verbreiteten Abhängigkeitsformen Substanzen betreffen, die zu einer Aktivierung des Neurotransmitters Dopamin in verschiedenen limbischen Strukturen des Zentralen Nervensystems führen und deren Wirkung vergleichsweise gut kalkulierbar ist (z. B. euphorisierende Wirkung bei Kokain oder Amphetaminen, sedierende Wirkungen bei Alkohol und Opiaten), während das Abhängigkeitspotential bei eher schlecht kalkulierbaren Substanzen wie Halluzinogenen als gering einzustufen ist.

Üblicherweise wird die Wirkung zunächst als angenehm empfunden (so führen abhängigkeiterzeugende Substanzen zu einer deutlich erhöhten Dopaminausschüttung gegenüber „natürlichen“ Verstärkern wie z. B. Essen oder Sex), bevor im Rahmen einer Abhängigkeitsentwicklung ein körperlicher Gewöhnungsprozess auftritt. Da alle gängigen Drogen in den Hirnstoffwechsel eingreifen und entweder die Wirkung körpereigener Botenstoffe übernehmen oder die Ausschüttung körpereigener Botenstoffe befördern bzw. hemmen, reagiert der Körper nach einer Phase des Drogenkonsums mit Anpassungen des eigenen Stoffwechsels, meist durch eine Toleranzentwicklung (die gleiche Menge einer Substanz wirkt nicht mehr so stark bzw. es muss eine größere Menge konsumiert werden, um die gewünschte Wirkung zu erzielen). In diesem Zusammenhang wird der Substanzkonsum zunehmend benötigt, um sich noch „normal“ fühlen zu können. Biologische Modelle weisen zudem auf ein genetisch erhöhtes Erkrankungsrisiko bei einem Teil der Betroffenen hin; so verhindert beispielsweise die in Teilen Asiens verbreitete genetisch bedingte Alkoholunverträglichkeit bei Betroffenen zuverlässig die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Neuere, vor dem Hintergrund der Hirnforschung entwickelte Modelle konzeptualisieren Abhängigkeitserkrankungen als Erkrankungen des Gehirns. Nach Nora Volkow (2015), einer prominenten Vertreterin dieses Modells, wird durch wiederholte Exposition mit einer abhängigkeiterzeugenden Substanz gleichsam der freie Wille durch die Abhängigkeitsentwicklung letztlich völlig ausgehebelt, wobei zumindest ätiologisch auch anderen Faktoren wie z. B. biographische Traumata ein Einfluss zugeschrieben wird.

Im psychologischen Bereich wurde zunächst nach spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen gesucht, die Menschen für eine Abhängigkeitsentwicklung prädisponieren („Suchtpersonlichkeit“), ohne dass konsistente Belege für spezifische Persönlichkeitsmerkmale gefunden werden konnten, die der Abhängigkeitsentwicklung vorangehen. Ein zusätzliches Problem ist bei solchen Ansätzen, dass regelhaft unklar bleiben muss, welche Merkmale der Betroffenen Ursache und welche Folge der Suchtentwicklung sind. Neuere psychologische Ansätze fokussieren stärker auf dysfunktionale Bewältigungsmechanismen, d. h., dass persönliche Schwierigkeiten durch Substanzkonsum im Sinne einer Selbstmedikation behandelt werden. Soziologische Modelle fokussieren demgegenüber stärker auf soziale Einflussfaktoren und Umweltfaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Sucht wie z. B. gestiegene Verfügbarkeit von Suchtmitteln und sozioökonomische Deprivation. Ein Beispiel für deutliche gesellschaftliche Einflussfaktoren stellt z. B. die Opioidkrise in den USA dar, die durch massenhafte Verschreibung von Opioiden ausgelöst wurde und insbesondere bei sozial schwächer gestellten Betroffenen zu einem endemischen Umstieg auf Heroin als preiswertere Ersatzdroge geführt hat (Carlisle Maxwell, 2015).

Modellannahmen zu Abhängigkeit bestimmen erheblich die gesellschaftlichen Reaktionen auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Unter allen in der ICD-11 gelisteten psychischen Erkrankungen sind Abhängigkeitserkrankungen in einem besonderen Maße stigmatisiert, indem Betroffenen zahlreiche negative

Stereotype zugeschrieben werden. Der Prozess der Stigmatisierung lässt sich durch folgende Komponenten charakterisieren (Andersen, Varga & Folker, 2022):

Zunächst erfolgt eine Etikettierung einer Normabweichung (z. B. als „psychisch krank“ oder „Drogenabhängig“), die eine Gruppe von der übrigen Gesellschaft separiert. Mit dieser Etikettierung werden negative Stereotype wie Gewalttätigkeit, Gefährlichkeit, Unehrllichkeit etc. verbunden. Die Betroffenen werden zusätzlich ausgegrenzt durch die Verwendung einer Sprache, durch die sie auf die wahrgenommene Normabweichung reduziert werden und von dem Rest der Gesellschaft abgesondert werden (z. B. Begriffe wie „Alkoholiker“, „Junkie“). Schließlich bedarf Stigmatisierung (und in stärkerem Maß Diskriminierung) eines Machtgefälles zwischen der stigmatisierenden und der stigmatisierten Gruppe.

So werden Betroffene gegenüber anderen Menschen mit psychischen Erkrankungen (und erst recht Menschen mit körperlichen Erkrankungen) als selbst verantwortlich für die Krankheitsentstehung und als gefährlicher wahrgenommen. In der Allgemeinbevölkerung besteht ein besonders ausgeprägtes Bedürfnis nach sozialer Distanz zu Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Die Stigmatisierungserfahrung führt bei vielen Betroffenen zu einer Internalisierung der Stereotype, der „Selbststigmatisierung“, die mit erhöhter Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeitsgefühlen und einer ungünstigen Prognose verbunden ist (Wagner, 2018). Drogenabhängigkeit wird dabei noch stärker stigmatisiert als Alkoholabhängigkeit (Kilian et al., 2021). Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen werden zudem auch im Gesundheitswesen stigmatisiert (Speerforck & Schomerus, 2022). Ausgrenzungserfahrungen wird weiterhin eine bedeutende Rolle für die gegenüber anderen psychischen Erkrankungen ausgeprägtere schlechte Erreichbarkeit von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen durch das professionelle Suchthilfesystem zugeschrieben (s. Bischof in diesem Band, → S. 106). So werden beispielsweise bei Alkoholabhängigkeit weniger als 20 % der Betroffenen durch fachliche Hilfen erreicht (Mekonen et al., 2020) und professionelle Hilfe wird meist in einem bereits fortgeschrittenen Erkrankungsstadium in Anspruch genommen. Erhebungen zeigen, dass die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer 16,6 Jahre betrug, bevor etwa eine stationäre Rehabilitation in einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Jahr 2017 angetreten wurde (Bachmeier et al., 2018).

Empirisch konnte gezeigt werden, dass die Vorstellung von Sucht als einer Erkrankung des Gehirns, die initial sich die Entstigmatisierung von Sucht auf die Fahnen geschrieben hatte, zwar einen positiven Effekt auf die Zuschreibung von Schuld und Verantwortung an Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen erzielt, zugleich aber den Wunsch nach sozialer Distanz erhöht und auch bei den Betroffenen die Selbstwirksamkeit senkt, die Krankheit bewältigen zu können (Hall, Carter & Forlini, 2015).

In einer Übersichtsarbeit zu wirksamen Strategien zur Reduktion von Stigma bei Abhängigkeitserkrankungen kommen McGinty und Barry (2020) zu der Schlussfolgerung, dass Strategien als evidenzbasiert gewertet werden können, die entstigmatisierende Sprache („first Person language“, d. h. Person und Erkranken-

kung werden unterschieden, „Menschen mit Abhängigkeitserkrankung“ anstelle von „Alkoholiker“), lösungsorientierte Botschaften (z. B. Abhängigkeitserkrankungen als gut behandelbare Störungen) und Verständnis erzeugende Narrative und Botschaften, die stärker gesellschaftliche (im Vergleich zu individuellen) Ursachen der Krankheitsentstehung hervorheben, einsetzen.

Literatur

- Andersen, M. M., Varga, S. & Folker, A. P. (2022). On the definition of stigma. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(5), 847-853. doi: 10.1111/jep.13684
- Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Kemman, D., Kersting, S. & Weissinger, V. (2018). Teilband I: Basisdokumentation 2017 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), *Basisdokumentation 2017 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung* (Bd. 25, S. 6-27, Bd. 25). Bonn: Fachverband Sucht.
- Carlisle Maxwell, J. (2015). The Pain Reliever and Heroin Epidemic in the United States: Shifting Winds in the Perfect Storm. *Journal of Addictive Diseases*, 34(2-3), 127-140. doi: 10.1080/10550887.2015.1059667
- Hall, W., Carter, A. & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2(1), 105-110. doi: 10.1016/s2215-0366(14)00126-6
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S. & Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 45(5), 899-911. doi: 10.1111/acer.14598
- McGinty, E. E. & Barry, C. L. (2020). Stigma Reduction to Combat the Addiction Crisis – Developing an Evidence Base. *New England Journal of Medicine*, 382(14), 1291-1292. doi: 10.1056/NEJMp2000227
- Mekonen, T., Chan, G. C. K., Connor, J., Hall, W., Hides, L. & Leung, J. (2020). Treatment rates for alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 116(10), 2617-2634. doi: 10.1111/add.15357
- Saunders, J. B., Degenhardt, L., Reed, G. M. & Poznyak, V. (2019). Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43(8), 1617-1631. doi: 10.1111/acer.14128
- Speerforck, S. & Schomerus, G. (2022). Reducing Substance Use Stigma in Health Care. In Schomerus, G. & Corrigan, P. W. (Hrsg.), *The Stigma of Substance Use Disorders* (S. 232-251). Cambridge: Cambridge University Press.
- Volkow, N. D. & Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*, 162(4), 712-725. doi: 10.1016/j.cell.2015.07.046
- Wagner, S. (2018). Einfluss von Selbststigmatisierung auf die Gesundheit. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 20(7), 17. doi: 10.1007/s15005-018-2676-9

II Sucht und Stigma

Georg Schomerus

Suchtkrankheiten gehören zu den am stärksten stigmatisierten Krankheiten. Finanzielle Mittel für die Behandlung von Menschen mit Suchtkrankheiten haben in der öffentlichen Meinung im Vergleich zu anderen körperlichen und psychischen Krankheiten die niedrigste Priorität, und das hat sich in den letzten 20 Jahren nicht geändert (Schomerus et al., 2021). Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass z. B. die Bereitschaft, in Alltagssituationen mit Menschen mit Suchtkrankheiten in Kontakt zu treten, deutlich geringer ist als in Bezug auf Menschen mit anderen psychischen Krankheiten (Kilian et al., 2021). Dabei unterscheidet sich das Stigma von Suchtkrankheiten auch inhaltlich vom Stigma anderer psychischer Krankheiten: Menschen mit Suchtkrankheiten werden häufiger und stärker selbst für ihre Erkrankung verantwortlich gemacht, man unterstellt ihnen einen schlechten Charakter oder Willensschwäche. Solche negativen Stereotype haben sich seit Beginn der 1990er Jahre etwa in Bezug auf Alkoholprobleme in Deutschland kaum verändert (Schomerus et al., 2014). Eine Suchtkrankheit zu haben bedeutet, besonders starken negativen Reaktionen des sozialen Umfeldes ausgesetzt zu sein.

1 Theoretische Konzeptualisierung von Stigma

„Stigmatisierung“ ist ein mittlerweile sehr häufig gebrauchtes Schlagwort, das in den verschiedensten Kontexten verwendet wird. Das Stigmakonzept von Bruce Link und Jo Phelan (2001) bietet ein empirisch gut überprüfbares Modell, das einer Trivialisierung des Begriffs entgegenwirkt. Stigmatisierung liegt nach Link und Phelan dann vor, wenn vier verschiedene, aufeinander bezogene Komponenten gemeinsam vorhanden sind.

1. Am Anfang des Stigmatisierungsprozesses steht das *Labeling*, die Zuschreibung eines negativen Etiketts. Es macht einen Unterschied, ob ein Mensch als jemand wahrgenommen wird, der ‚viel verträgt‘ oder ob er das Label ‚Alkoholiker‘ erhalten hat. Der Gebrauch legaler und illegaler Substanzen ist mit einer Vielzahl abwertender Bezeichnungen verbunden, etwa ‚Kiffer‘ oder ‚Junkie‘, aber auch weniger offensichtlich herabwürdigende Bezeichnungen wie ‚Drogenpatient‘.
2. Ein solches Etikett ist mit *negativen Stereotypen* verknüpft. Sobald eine Person etwa als ‚Kiffer‘ eingeordnet wird, werden alle stereotypen Vorstellungen, die jemand über diese Gruppe hat, mit dieser Person verbunden. Wird im Kran-

kenhaus von einem ‚Drogenpatienten‘ gesprochen, entsteht eine stereotype Vorstellung zum Beispiel von Kriminalität, Unzuverlässigkeit, Unehrllichkeit und Ungepflegtheit, ganz unabhängig von den tatsächlichen Eigenschaften der so bezeichneten Person.

3. Dies löst eine negative emotionale Reaktion und die *Abgrenzung* von der Person aus. Sie wird nicht mehr als Individuum und jemand von ‚uns‘ gesehen, sondern als Teil einer Gruppe, etwa der Gruppe der ‚Kiffer‘ oder ‚Drogenabhängigen‘, und damit als eine von ‚denen‘. Wir, die Mehrheit der Menschen mit ‚normalem‘ Substanzkonsum, grenzen uns von der Minderheit der abhängigen, devianten Konsument:innen ab.
4. Die Folgen dieses Prozesses sind *Abwertung*, *Diskriminierung* und *Statusverlust*. Nach Goffman (1963) beschädigt die Stigmatisierung die Identität der Person, verändert die Wahrnehmung und den Umgang mit einer Person tiefgreifend. Diese negativen Folgen von Stigmatisierung sind vielfach belegt. Nur wegen dieser negativen Folgen ist das Konzept der Stigmatisierung überhaupt relevant. Treten die einzelnen Komponenten der Stigmatisierung isoliert auf, sind sie alltäglich. Es schadet nicht, den Mann im gelben Auto als ‚Paketbote‘ zu labeln, oder die Frau im weißen Kittel als ‚Ärztin‘. Auch die Zuschreibung von Stereotypen ist alltäglich und dient der leichteren Orientierung in unserer sozialen Umwelt. Sobald aus diesen Komponenten aber eine schlechtere Behandlung, eine Benachteiligung, Abwertung und Ausgrenzung folgen, werden sie zum Problem. Stigmatisierung muss deshalb bekämpft werden.

Allerdings muss noch eine weitere Voraussetzung vorliegen, damit Stigmatisierung überhaupt wirksam werden kann: Es muss ein *Machtgefälle* vorhanden sein. Die einflussreiche Mehrheit stigmatisiert die machtlose Minderheit. Deshalb trifft Stigmatisierung diejenigen Menschen am stärksten, die über wenig Macht oder soziales Kapital verfügen (Link & Phelan, 2014). Ein erfolgreicher Geschäftsmann, der Drogen konsumiert, wird weniger stark stigmatisiert als ein Drogenkonsument ohne Beruf, Familie und sozialer Absicherung.

2 Intersektionalität

Eine wichtige theoretische Erweiterung des Stigmabegriffs ist in diesem Zusammenhang der Begriff der Intersektionalität. Historisch aus dem Zusammentreffen von Rassendiskriminierung und Sexismus in den Vereinigten Staaten entstanden (Crenshaw, 1989), beschreibt er, dass unterschiedliche Eigenschaften in einzelnen Personen zusammentreffen und zu mehrfacher Diskriminierung führen können (Dittrich & Schomerus, 2022). Man spricht von unterschiedlichen Systemen der Unterdrückung, die auf ein und dieselbe Person wirken. Beispiele für intersektionelles Stigma im Suchtkontext sind Frauen mit Drogen-

abhängigkeit, die ihre Sucht mit Sexarbeit finanziert haben und die aufgrund ihres Geschlechts, der Drogenabhängigkeit und der Sexarbeit Diskriminierung ausgesetzt sind (Medina-Perucha et al., 2019). Häufig mischt sich Rassismus mit dem Stigma einer Krankheit, etwa bei männlichen Drogenabhängigen mit Migrationshintergrund. Auch Menschen mit einer Suchtkrankheit und einer anderen schweren psychischen Krankheit, etwa einer Schizophrenie, können Opfer mehrfacher Stigmatisierung sein.

3 Öffentliches Stigma

Stigmatisierung wirkt dabei zunächst im individuellen Kontakt: Stigma kann die Ursache dafür sein, dass ein Mitglied der stigmatisierenden Mehrheit eine Person, die der stigmatisierten Minderheit angehört, diskriminiert. Man spricht dann vom öffentlichen Stigma, das zu individueller Diskriminierung führt. Die abschätzige Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen in Alltagssituationen ist ein typisches Beispiel für öffentliches Stigma. Die Erwartung, in bestimmten Situationen Stigmatisierung ausgesetzt zu sein, führt zur Vermeidung solcher Situationen, zum sozialen Rückzug und zur Geheimhaltung. Wenn ich damit rechnen muss, bei einer Familienfeier schräg angeschaut oder offen kritisiert zu werden, wenn ich auf Alkohol verzichte, dann gehe ich möglicherweise nicht hin. Wenn mein Hausarzt mich spüren lässt, dass er mich wegen meines Substanzkonsums für weniger wert hält als andere Menschen, dann vermeide ich den Arztbesuch. Umgekehrt fühle ich mich dann gerade bei den Menschen, die auch Substanzen konsumieren, nicht abgewertet, sondern verstanden, geborgen und akzeptiert. Kontakte außerhalb des konsumgeprägten sozialen Netzwerks sind aufgrund der Stigmatisierung viel schwieriger und riskanter als Kontakte innerhalb der Gruppe der Konsumierenden, was Veränderungen der Konsumgewohnheiten erschwert. Hilfe für Suchtprobleme zu suchen, ist aufgrund der erwarteten Stigmatisierung besonders schwer, so dass damit häufig gewartet wird, bis die Probleme übermächtig geworden sind. Das öffentliche Stigma hat also auch dann erhebliche negative Auswirkungen auf die Betroffenen, wenn es durch Geheimhaltung und sozialen Rückzug vermieden wird. Die Gefahr, abgewertet und diskriminiert zu werden ist so allgegenwärtig, dass sie das ganze Leben von Menschen mit Suchtkrankheiten negativ beeinflussen kann.

4 Strukturelles Stigma

Das Stigma findet aber noch weitere Wege, um Menschen mit Substanzproblemen zu schaden. Strukturelles Stigma beschreibt, wie Regeln, Abläufe und Gesetze zum Nachteil einer bestimmten Gruppe wirken. Strukturelle Stigmatisierung ist im Bereich der Substanzabhängigkeit besonders häufig. Konsum-

räume, Substitutionsprogramme, alle strukturelle Maßnahmen der *Harm-Reduction* sind potenziell Angriffsziele für strukturelles Stigma, wenn sie geringere Priorität oder weniger Ressourcen erhalten, oder wenn sie auf andere Arten von politischem und gesellschaftlichem Widerstand stoßen (Schomerus et al., 2017). Auch die Kriminalisierung des Substanzkonsums kann als strukturelles Stigma verstanden werden. Sind die Regeln erst einmal gemacht, findet Stigmatisierung auch dann statt, wenn niemand der unmittelbar Beteiligten eine böse Absicht hat, aber die Regeln eine ungerechte Ungleichbehandlung vorgeben. Im Gesundheitswesen können Regeln, die Suchtkranke von bestimmten Therapieformen so gut wie ausschließen, als strukturelles Stigma aufgefasst werden. Abstinenzzeiten vor dem Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten benachteiligen Menschen, die oft aufgrund von mehrfachen psychiatrischen Diagnosen eine längere Abstinenz ohne psychotherapeutische Begleitung gar nicht schaffen können.

Um strukturelle Stigmatisierung in der Therapie zu vermeiden, muss für jedes therapeutische Setting die Frage gestellt werden, inwieweit bestimmte Regeln für den Erhalt essenzieller Settingqualitäten wirklich notwendig sind, oder inwieweit sie bestimmte Patient:innengruppen von vornherein von diesem Setting ausschließen. Es ist zum Beispiel sinnvoll, innerhalb von therapeutischen Settings keinen Substanzkonsum und keine Intoxikation zu dulden, weil die Substanzwirkung der therapeutischen Arbeit entgegensteht. Zudem kann die Begegnung mit intoxikierten Mitpatient:innen für andere Patient:innen extrem belastend sein, die möglicherweise eigene traumatische Erlebnisse mit Menschen assoziieren, die Substanzen konsumiert haben. Im Gegensatz dazu verbessert eine definierte Zeitspanne der Abstinenz vor dem Beginn der Therapie die Settingqualität eigentlich nicht, sie schließt nur Menschen mit schwereren Substanzgebrauchsstörungen von dieser Therapie aus. Damit wird implizit die Botschaft vermittelt, dass die Gruppe der Menschen mit Substanzabhängigkeit bestimmte Therapien (noch) nicht verdiene, weil erst eine Abstinenz erreicht werden muss, um die eigene Motivation und die Eignung für die Therapie unter Beweis zu stellen. Gerade für Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen, die also neben der Suchtkrankheit noch eine andere psychische Krankheit haben, ist das oft nicht möglich. Auch und gerade Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen leiden zum Beispiel oft unter den Folgen von Traumatisierungen, haben aber viel weniger Möglichkeiten, diesen Teil ihres komplexen Krankheitsgeschehens therapeutisch zu bearbeiten. Hier werden systematisch besonders schwer betroffene Menschen von bestimmten Therapien ausgeschlossen.

Dabei gibt es therapeutische Konzepte, die ein hohes Maß an Stabilität von den Patientinnen und Patienten verlangen. Solche exklusiven Therapiesettings erreichen eine bestimmte Qualität ihres Angebots auch dadurch, dass die Therapie teilnehmenden genau ausgewählt (und andere dadurch ausgeschlossen) werden. Diese Angebote haben ihre Berechtigung, müssten aber in einer definierten Versorgungsregion durch analoge Angebote für Menschen, die weniger Stabilität, aber deshalb nicht weniger Therapiebedarf aufweisen, komplementiert werden.

Dies ist nicht immer der Fall. Das Fehlen entsprechender Angebote ist dann Ausdruck struktureller Stigmatisierung von Menschen, denen entsprechende Angebote etwa zur Traumatherapie bei Substanzabhängigkeit vorenthalten werden. Ein weiterer, kontroverser Bereich möglicher struktureller Stigmatisierung ist die Aufteilung der Krankenversorgung in einen Suchtbereich und einen psychiatrischen Bereich. Diese Aufteilung findet sich auch innerhalb der Psychiatrie, wenn spezielle Suchtstationen vorhanden sind. Menschen mit Suchtkrankheiten haben auch eigene Kennziffern bei der Personalbemessung im Krankenhaus. Diese Trennung benachteiligt wieder die Menschen mit komplexen, vielschichtigen Störungen, die mehr als ‚nur‘ eine Suchtdiagnose aufweisen. Aufenthaltsdauern im Suchtbereich sind häufig kürzer als im psychotherapeutischen Bereich, und die Möglichkeiten zu spezifischer Psychotherapie etwa von Angststörungen sind im Suchtbereich häufig begrenzt. Während der ersten Welle der Covid-Pandemie waren es vor allem Suchtstationen, die geschlossen wurden, um Kapazitäten für die Covid-Behandlung freizusetzen (World Health Organization [WHO], 2020). Auch das Nebeneinander von Suchthilfestrukturen und psychiatrisch/psychotherapeutischen Strukturen kann zur Benachteiligung von Patient:innen führen, die übergreifende Bedarfe haben, aber vom psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich immer auf die Suchthilfestrukturen zurückverwiesen werden. Dem stehen die vielen Vorteile der dezentralen, nicht-krankenkassenfinanzierten Suchthilfeangebote gegenüber.

5 Selbststigmatisierung

Die dritte Form der Stigmatisierung ist die am wenigsten offensichtliche. Selbststigmatisierung findet statt, wenn ein Mensch mit Suchtkrankheiten die vorherrschenden negativen Haltungen gegenüber anderen Menschen mit Suchtkrankheiten kennt, sie zum Teil selbst teilt und aufgrund der eigenen Diagnose auf sich selbst anwendet. Der schmerzhafteste Prozess der ‚Krankheitseinsicht‘ wird damit oft von Selbststigmatisierung begleitet. Wenn ich einsehe, dass mein Drogenkonsum ein erträgliches Maß überschreitet, ich ihn aber nicht regulieren kann, dann muss ich mich damit auseinandersetzen, dass ich jetzt zu der Gruppe der ‚Drogenabhängigen‘ gehören mag, gegenüber denen ich ausgeprägte negative Haltungen habe. Bin ich jetzt auch einer von ‚denen‘? Die Vermeidung dieser schmerzhaften Selbstabwertung aufgrund eigener negativer Haltungen ist in der Suchttherapie ein enormes Behandlungshindernis.

Dabei wirken die abwertenden Haltungen des Gegenübers mit den eigenen Selbststigmatisierungstendenzen zusammen. Die Scham und der daraus resultierende Widerstand, über eigene Konsummuster zu sprechen, sind eine unmittelbare Folge davon. Ein Vergleich macht das deutlich: Es ist einfach, bei einem Orthopäden über die eigenen Sportgewohnheiten zu sprechen, um beispielsweise Knieschmerzen besser verstehen zu können. Auch Hinweise zu

knieschonenderem Verhalten wären interaktionell völlig unproblematisch. Im Gegensatz dazu ist ein Gespräch über Alkoholkonsum als Ursache für eine Leberfunktionsstörung ein vermeintliches Minenfeld. Nur weil es so stigmatisierend ist, ein Alkoholproblem zu haben, ist das Sprechen über den alltäglichen, legalen und sozial grundsätzlich anerkannten Alkoholkonsum so schwer. Das Gespräch über illegale Substanzen ist dann oft noch schwerer.

Selbststigmatisierung hat erhebliche negative Auswirkungen auf Menschen mit Suchtproblemen. Selbststigma ist mit geringerer Abstinenzversucht, stärkeren depressiven Symptomen und häufigeren Suizidgedanken assoziiert. Viele Konsumierende berichten, dass Scham und Schuldgefühle so überwältigend sind, dass sie nur mit Hilfe weiteren Substanzkonsums aushaltbar sind. Der „Why try“-Effekt beschreibt, dass die Internalisierung negativer Annahmen über sich selbst dazu führt, dass beispielsweise Bewerbungen für Arbeitsstellen gar nicht mehr geschrieben werden (Corrigan et al., 2009).

6 Stigma in der Gesundheitsversorgung

Sowohl die Vermeidung von Selbststigma, als auch die Angst vor der Abwertung durch die Behandelnden führen dazu, dass im hausärztlichen, fachärztlichen oder therapeutischen Behandlungssetting vermutlich über die meisten Suchtprobleme *nicht* gesprochen wird. Die Geheimhaltung von eigenem Konsum, um Stigmatisierung zu vermeiden, verhindert die Früherkennung von Suchtproblemen, die Frühintervention und die Prävention schwerwiegender Konsumfolgen. Notwendig für eine gute Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen ist deshalb zuallererst ein therapeutisches Umfeld, das die Offenlegung von Konsum erleichtert, indem den Konsumierenden mit Wertschätzung und Respekt begegnet wird.

7 Die soziale Funktion des Suchtstigmas

Wie eingangs erwähnt ist das Stigma von Suchtkrankheiten im Gegensatz zum Stigma anderer psychischer Krankheiten stark mit Schuldzuweisungen verknüpft. Menschen mit Suchtkrankheiten werden für ihre Krankheit selbst verantwortlich gemacht. Die amerikanische Soziologin Jo Phelan und Mitarbeiter (2008) haben deshalb postuliert, dass das Stigma von Suchtkrankheiten, genauso wie das Stigma anderer gesellschaftlich geächteter Verhaltensweisen wie Kriminalität oder sexuelle Devianz, eine normative Funktion hat. Menschen mit Suchtkrankheiten werden schlecht behandelt, damit sie spüren, dass ihr Verhalten nicht akzeptabel ist und sie ihr Verhalten ändern – oder aus der Gesellschaft ausgestoßen bleiben.

Das Stigma von Suchtkrankheiten kann damit beinahe als eine Art ‚pädagogische Strategie‘ verstanden werden, die allerdings ihr Ziel verfehlt. Getreu dem Motto „Wer suchtkrank ist, soll die Konsequenzen seines Verhaltens spüren“ ist die Stigmatisierung ein Signal, dass das Suchtverhalten sozial nicht akzeptabel ist. Erst, wenn die Person ihr Verhalten ändert, kann sie wieder Teil der Gemeinschaft sein. Diese ‚pädagogische Abwertung‘ zieht sich wie ein roter Faden durch viele Interaktionen, auch im therapeutischen Bereich. Ein Mensch mit Drogenproblemen, der intoxikiert in die Notaufnahme kommt und entgiften möchte, wird selten mit den Worten empfangen: „Gut, dass Sie hier sind, das ist das Beste, was Sie tun konnten!“. Stattdessen wird sein Zustand missbilligt, ihm wird explizit oder zwischen den Zeilen deutlich gemacht, dass sein Verhalten als Zumutung empfunden wird. Viele Patientinnen und Patienten berichten neben offener Diskriminierung und der Verweigerung von Hilfe auch von subtilen Demütigungen, wie langen Wartezeiten oder herablassender Behandlung. Teilweise hat das erhebliche Konsequenzen, wenn etwa den Ursachen von Schmerzen bei Menschen mit Drogenabhängigkeit nicht gründlich nachgegangen wird (Speerforck & Schomerus, 2022). Die Inanspruchnahme von Hilfe wird durch diese moralisierende Behandlung im Hilfesystem natürlich entscheidend erschwert. Wer vorausahnt, dass er oder sie sich einer abwertenden Behandlung aussetzen muss, um an Hilfe zu kommen, versucht, das Problem so lange es irgend geht ohne fremde Hilfe zu lösen. Stigmatisierung führt zur Abwertung und sozialen Ausgrenzung – zur Überwindung einer Substanzabhängigkeit brauchen Menschen aber Wertschätzung und Hilfe. Entgegen der ‚pädagogischen‘ Intention, durch eine schlechte Behandlung die Substanzprobleme in irgendeiner Weise zu verbessern, geschieht genau das Gegenteil. Die Inanspruchnahme von Hilfe wird verzögert, der Konsum von Substanzen wird verheimlicht, die Auseinandersetzungen mit eigenen problematischen Konsummustern wird erschwert. Die persönlichen Ressourcen der Betroffenen werden geschwächt, Hilfe wird vorenthalten, die Behandlungsqualität reduziert. Auch wenn Stigmatisierung als Reaktion auf ein tatsächliches Problem verstanden wird, muss die Schlussfolgerung gezogen werden, dass es eine dysfunktionale Reaktion ist, indem Stigma Suchtprobleme verstärkt, anstatt sie zu verringern (Schomerus et al., 2017). Dabei ist es wichtig, im Blick zu behalten, dass die Folgen der Stigmatisierung häufig ganz ohne das Zutun anderer Menschen entstehen: Wenn ich Hilfe vermeide, um Stigmatisierung durch die Behandelnden zu vermeiden, dann setze ich meinen Konsum fort, ohne dass die Behandelnden überhaupt die Möglichkeit haben, mich abwertend oder auch respektvoll zu behandeln. Trotzdem erhalte ich keine Hilfe. Wenn Konsum vor der Familie oder dem Partner bzw. der Partnerin verheimlicht wird, um Abwertung zu entgehen, findet ebenfalls keine Stigmatisierung statt, das Problem wird dann aber oft nicht kleiner, sondern unbemerkt immer größer. Auch diese indirekten Stigmafolgen tragen dazu bei, dass ein hilfreicher, zugewandter Umgang mit Suchtproblemen so schwierig ist.

8 Was tun gegen das Stigma von Suchterkrankungen?

Um die Stigmatisierung von Menschen mit Suchtkrankheiten zu verringern, müssen bessere Wege gefunden werden, mit Suchtkrankheiten umzugehen. Nicht Abwertung und Ausgrenzung dürfen im Zentrum der Suchtbehandlung stehen, sondern Wertschätzung, Empowerment und Hilfe. Dazu gehört das gleichberechtigte Aushandeln von Therapiezielen, bei dem nicht immer Abstinenz die allein gültige Lösung sein kann. Dazu zählt auch die Bereitstellung von Strukturen, die auch für Menschen mit komplexen Suchtkrankheiten, die etwa unter komorbiden Psychosen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Angststörungen und schweren Persönlichkeitsstörungen leiden, angemessene, auch psychotherapeutische Hilfen zur Verfügung stellen. Auch die Entkriminalisierung von Substanzkonsum, wie überhaupt alle individuellen und strukturellen Maßnahmen zur *Harm Reduction* sind Strategien zur Entstigmatisierung. Nicht zuletzt ist die Bekämpfung des Stigmas aber eine gesellschaftliche Aufgabe, die nicht allein von Therapeut:innen oder vom Gesetzgeber gelöst werden kann. Im Mittelpunkt der Anti-Stigma-Arbeit müssen Menschen mit eigener Krankheitserfahrung stehen, die deutlich machen, dass sie sich nicht marginalisieren lassen und dass sie nicht dem Zerrbild der Suchtkranken entsprechen, das durch das Stigma von Suchtkrankheiten in der breiten Bevölkerung entsteht. Hierfür gibt es Beispiele und ich möchte stellvertretend für viele hervorragende Initiativen am Ende dieses Kapitels die Arbeit des *Scottish Recovery Consortiums* (scottishrecoveryconsortium.org) vorstellen, weil es exemplarisch den Problemen von Abhängigkeit und Stigmatisierung eine positive Botschaft von Hoffnung und Recovery entgegensetzt: Teil der Arbeit des Konsortiums ist der *Recovery Walk Scotland*, der seit über zehn Jahren stattfindet und eine öffentliche Demonstration von Menschen ist, die eine Suchtkrankheit überwunden haben. Inzwischen ist der *Walk* eine große Veranstaltung mit Rahmenprogramm und großem Medienecho, der zeigt, dass Suchtkrankheiten überwunden werden können, und dass dies Grund zu Freude und Stolz ist. Der *Recovery Walk* stiftet Hoffnung, Verbindung und Gemeinschaft für Menschen, die ihr Suchtverhalten ändern möchten: Ein Teilnehmer einer Konferenz über Drogenpolitik schilderte einmal sehr eindrücklich, wie es ihn als konsumierenden Außenstehenden motiviert habe, diese stolzen, fröhlichen Menschen zu sehen, zu denen er unbedingt auch habe dazugehören wollen. Hier stehen Betroffene im Mittelpunkt, die ein positives, ermutigendes Beispiel geben, wie man mit Suchtproblemen umgehen kann. Das *workbook* des Konsortiums kommt dabei ganz ohne das Schlagwort „Stigma“ aus und ist doch ein hervorragendes Beispiel, wie das Stigma durch einen besseren Umgang mit Suchtkrankheiten überwunden werden kann.

Literatur

- Corrigan, P. W., Larson, J. E. & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75-81.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *The University of Chicago Legal Forum*, 1, 139-167.
- Dittrich, D. & Schomerus, G. (2022). Intersectional Stigma in Substance Use Disorders. In Schomerus G. & Corrigan, P. W. (Hrsg.), *The Stigma of Substance Use Disorders* (S. 88-106). Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/9781108936972
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S. et al. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 45, 899-911.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G. & Phelan J. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24-32.
- Medina-Perucha, L., Scott, J., Chapman, S., Barnett, J., Dack, C. & Family, H. (2019). A qualitative study on intersectional stigma and sexual health among women on opioid substitution treatment in England: implications for research, policy and practice. *Social Science & Medicine*, 222, 315-322.
- Phelan, J. C., Link, B. G. & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two? *Social Sciences & Medicine*, 67, 358-367.
- Schomerus, G., Baumann, E., Sander, C., Speerforck, S. & Angermeyer, M. C. (2021). Some good news for psychiatry: resource allocation preferences of the public during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 20, 301-302.
- Schomerus, G., Matschinger H. & Angermeyer, M. C. (2014). Attitudes towards alcohol dependence and affected individuals: persistence of negative stereotypes and illness beliefs between 1990 and 2011. *European Addiction Research*, 20, 293-299.
- Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H. et al. (2017). Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. *Sucht*, 63, 253-259.
- Speerforck, S. & Schomerus, G. (2022). Reducing Substance Use Stigma in Health Care. In Schomerus, G. & Corrigan, P. W. (Hrsg.), *The Stigma of Substance Use Disorders* (S. 232-251). Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/9781108936972
- World Health Organization – WHO (2020). *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment*. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335838/9789240012455-eng.pdf>

III Die Realität von Substanzkonsum und Abhängigkeit zwischen Lebensstil und Krankheit

Peter Degkwitz

Konsummuster, Drogenleben, Drogenkulturen, Abhängigkeit, Verwie Gebote, Drogenrecht und Drogenpraxis werden im Folgenden als zusammengehörende Seiten einer historisch und gesellschaftlich generierten Realität verstanden. Die Phänomene von Substanzkonsum und Abhängigkeit, ihre Risiken, die Folgen individuellen Leids und soziale Kosten sind Realitäten des sozialen Lebens. Zur Realität zählt die dynamische Kultur des Gebrauchs und deren jeweils geteilte bzw. umstrittene Verständnisweise im Alltagsleben. Zur etablierten sozialen Ordnung des Gebrauchs, also der bestehenden Kultur gehören die Regeln und Normen, die entsprechende Sprache, die Künste ebenso wie die einbezogenen Wissenschaften. Zur Realität gehört, dass die Mehrheit der Bevölkerung psychotrope Substanzen als Teil des Alltagslebens bzw. als Aspekt persönlichen Lebensstils konsumiert und dass darunter ein relevanter Teil – im Verlauf des Lebens etwa 10 % der Konsumierenden (Jackson & Sartor, 2016) – exzessiv und abhängig konsumiert (s. auch Bischof in diesem Band, → S. 17) mit den bekannten Folgeschäden (Rehm, Manthey, Shield & Ferreira-Borges, 2019). Es gibt zum einen das reale „Leben mit Drogen“ (Gossop, 2017) und gleichzeitig im Alltagsverständnis quasi „selbstverständliche“ Ab- und Ausgrenzung zu „aus der Norm fallenden“ Konsummuster und Konsumierenden, die eher auf „vermittelten Erfahrungen“ (Giddens, 1991), denn auf eigener Kenntnis beruhen und als Folie die „Normalisierung“ des eigenen Konsums ermöglichen. Das Verbergen bzw. Verleugnen exzessiver Muster sowie Szenebildungen um Substanzkonsum sind die andere Seite dieser Stigmatisierungen (Heinz, 2017). Die „Natürlichkeit“ und Selbstverständlichkeit dieser Sicht- und Umgangsweisen ist in den letzten Jahrzehnten sowohl in der alltäglichen Lebensführung der jüngeren Generationen, den anthropologischen und historischen Wissenschaften, der realen Versorgung (wie Einführung von Harm Reduction Maßnahmen) sowie der Drogenpolitik (Krise des „War on Drugs“) zunehmend in Frage gestellt. Hier konstituiert sich ein kulturelles und öffentliches Verständnis, dass es sich bei den jeweiligen realen Gebrauchsmustern, den entsprechenden Lebensstilen, der Stigmatisierung und dem „Drogenelend“ (Amendt, 1992; Legnaro, 2000; Quensel, 1982) immer auch um soziokulturelle, mit Lebensformen verbundene, gesellschaftlich geformte Realitäten handelt, die erkennbar, daher (im Prinzip) beeinflussbar und letztlich humaner gestaltbar sind. Es lohnt bei diesem seit dem 19. Jahrhundert moralisch aufgeladenem, öffentlichen Thema zentrale Phänomene

genauer zu betrachten und in Ansätzen zu rekonstruieren, um ihre Dynamik und die Bedingungen ihrer Änderbarkeit zu verdeutlichen.

„Sucht als Krankheit“ hat sich als Verständnisweise in Deutschland erst in den letzten Jahrzehnten als dominierende Sichtweise (für Recht, Politik und Praxis) etabliert, nachdem 1968 das Bundessozialgericht „Alkoholismus als Krankheit“ anerkannte und die „Suchtvereinbarung der Sozialversicherungsträger“ in der Folge zu entsprechenden Versorgungseinrichtungen führte. Davor sind „Alkoholismus“ oder der „Alkoholiker“ alles andere als sozial akzeptiert, sondern gegenüber „normalem Trinken“ als das Pathologische oder Andere stigmatisiert, ausgegrenzt und teilweise weggesperrt, das mit Defekten, Lastern, Persönlichkeitsstörungen oder Willensschwäche verbunden ist (vgl. zur Geschichte Dörner, 2017). Eine Sichtweise von Substanzkonsum und Rauscherleben als Stilisierung und Aspekt des Lebensstils sowie die grundsätzliche Akzeptanz Konsumierender, inklusive derjenigen mit offensichtlichen Problemlagen, kommt erst nach den 1968er Jahren in die öffentliche Diskussion als Gegenposition zu Kriminalisierung, Pathologisierung und rigiden abstinenzorientierten Behandlungskonzepten für die Drogenkonsumierenden der jugendlichen und studentischen Protestbewegungen (s. u.). Erst in den Folgejahrzehnten weitet sich auch der historische Blick auf entsprechende Trinkkulturen früherer Jahrhunderte (s. u.).

Die in öffentlichen und professionellen Auseinandersetzungen schrittweise erfolgende Etablierung von Harm Reduction Maßnahmen sowie der Substitutionsbehandlung ab den frühen 1990er Jahren haben die polaren Gegensätze von Krankheit und Lebensstil zugunsten pragmatischer Verständnis- und Vorgehensweise zurücktreten lassen. Die Professionellen der Sucht- und Drogenhilfe folgten dem Krankheitskonzept insoweit pragmatisch, als dies den Zugang zu HIV-, später HCV-Behandlungen, Entzug, Substitution sowie körperlichen und psychiatrischen Behandlungen erleichterte, ohne die mit dem Krankheitskonzept verbundenen Determinismen zu übernehmen. Das im medizinischen Sektor vorherrschende Krankheitsparadigma hat sich insoweit entschärft, als bei den illegalen Drogen nicht mehr jeglicher Konsum pathologisiert wurde (wie das für Alkohol schon immer galt). Die schon länger bestehenden Infragestellungen unvermeidlicher Progredienz der Erkrankungen in Verbindung mit Alkohol, notwendiger Leidensdruck sowie das Abstinenzparadigma wurden ab den 1990 in weiten Teilen der Versorgungspraxis als Positionen dominant (Degkwitz, 2014).

Nach wie vor sind grundlegende Fragen zum Thema „Drogen und Sucht“ bzw. zu Risiken von Substanzgebrauch und Abhängigkeit offen, moralisch aufgeladen und sie haben im öffentlichen Raum ihren Kreuzzugscharakter nicht überwunden. Das gilt auch für die Perspektiven Lebensstil und Krankheit – als zusammengehörende Seiten der Realität oder polare Konzepte der kulturellen Konstruktion von Phänomenen in Verbindung mit Substanzkonsum (Kastenbutt, 2019). Im Folgenden werden diese Fragen entlang neuerer Resultate der historischen, anthropologischen sowie der sozial- und kulturwissenschaftlichen Forschung erörtert.

1 „Süchtige“ und „Sucht“ als historisch junges Phänomen

Seit Jahrzehnten beginnt jede aktuelle Befassung mit „Suchtproblemen“ bei der seltsamen Realität, dass sich die Phänomene „Süchtiger“ und „Sucht“ verbunden mit der Krankheitskonzeption des „Alkoholismus“, dem Verständnis von Drogen als „sozialem Problem“ und entsprechende regulatorische, staatliche Eingriffe um den Übergang zum 20. Jahrhundert vollziehen. Diese Entdeckung von „Sucht“ und „Süchtigen“ (Legnaro, 2000) sowie die „regulatorische Wende“ im Umgang mit psychotropen Substanzen erstreckt sich über mehrere Jahrzehnte (Courtwright, 2009).

Historische Forschung, zumeist konzentriert auf die USA, hat sich mit dieser regulatorischen Wende („psychotrope Konterrevolution“ – Courtwright, 2009), der keine fundamentalen Änderungen in den Konsumgewohnheiten vorangehen, ihrer Vorgeschichte und den Hintergründen befasst. Offenbar beginnt „ohne Vorwarnung“ die Problemgeschichte von Drogen (als „sozialem Problem“) und ihre schrittweise Klassifikation als illegal im Übergang zum 20. Jahrhundert verbunden mit der Skandalisierung des Substanzkonsums verschiedener ethnischer Minderheiten: Chinesen und Opium, Verelendete sowie später Schwarze und Kokain, Mexikaner und Cannabis (Courtwright, 2009). Sozial und rassistisch aufgeladene Stigmatisierungen und Kriminalisierungen wurden als Instrument zur Kontrolle jeweils „gefährlicher Gruppen“ ordnungspolitisch instrumentalisiert (Courtwright, 2001, 2009; Hailwood, 2017).

Quasi parallel mit dem Übergang ins 20. Jahrhundert etablierte sich die Konzeption vom „Alkoholismus als Krankheit“. In wenigen Jahrzehnten vollzieht sich für Alkohol der Bewertungswandel vom „guten Geschöpf Gottes“ zum „Teufel Alkohol“ (Legnaro, 2000). Das Krankheitskonzept gibt es seit dem frühen 19. Jahrhundert. Unter anderem beschreibt Rush, wie das Trinken von der Gewohnheit zur zwanghaften Notwendigkeit wird (s. Bischof in diesem Band, → S. 17). Die Etablierung von Alkoholismus als „Krankheit des Willens“ und die Verwandlung exzessiven Trinkens in ein öffentliches Thema vollzieht sich im späten 19. Jahrhundert in Wechselwirkung von medizinischen Erkenntnissen zu Folgen exzessiven Trinkens mit sozialreformerischen (und religiösen) Bewegungen. Die insbesondere von Frauen geprägte Anti-Alkohol Bewegung des 19. Jahrhunderts als größte Massenbewegung der USA (Eisenbach-Stangl, Mäkelä & Schmidt-Semisch, 2000) erreicht ihren Höhepunkt mit der Durchsetzung der Alkoholprohibition im Zeitraum von 1919 bis 1932.

Die Forschung interpretierte die Änderungen (insbesondere der Verständnisweise von Alkoholkonsum) zunächst vorwiegend in Verbindung mit sozialen Spannungen und Armut in der Phase der Industrialisierung und Verstädterung als „Elendsalkoholismus“ (Hailwood, 2017). In detaillierteren historischen Studien erweist sich später die Wende zur Regulation im Übergang zum 20. Jahrhundert als nicht mehr so singulär und weniger durchgreifend (Courtwright, 2009; Hailwood, 2017). Generell zeigt sich eine längere Geschichte von Regu-

lationsversuchen bezogen auf Substanzen (s. u.). Die regulierenden staatlichen Eingriffe zu Beginn des 20. Jahrhundert am Beispiel der USA erfolgten einerseits vor dem Hintergrund wachsender Probleme selbstregulierter freier Märkte (so reguliert der „Harrison Act“ von 1914 in erster Linie Produktion und Handel von opioidehaltigen Substanzen) sowie von Großmachtinteressen im Kampf um (Drogen-)Märkte (Courtwright, 2001). Das 19. Jahrhundert endet mit einem erstem Höhepunkt der Globalisierung für die traditionellen Substanzen Alkohol, Tabak, Kaffee, Tee, die nach vier Jahrhunderten freiem Handel ein zentraler Aspekt der globalen Ökonomie (nicht nur verbunden mit Kolonialismus, Sklaverei und Imperialismus, sondern auch der Staatsfinanzen) geworden waren, sowie der Verbreitung neuer Drogen wie Opioide, Cannabis, Kokain hauptsächlich im medizinischen Sektor (Courtwright, 2009). Gegen die andauernde „psychotrope Revolution“ bei Produktion, Handel und Verfügbarkeit ist die Regulation tatsächlich eine „Konterrevolution“ (Courtwright, 2009). Aber diese Regulation „freier Märkte“ erwies sich weniger als „willkürlich“, sondern eher als geboten und richtete sich in erster Linie nicht gegen Konsumierende.

Die historische und anthropologische Forschung zu Alkohol und Drogen hat die Faktoren des Auf- und Abbaus von Regulation und Restriktionen in Verbindung mit Lebensformen, Kultur und Politik in Gesellschaften schrittweise genauer rekonstruiert. Dabei wurden komplexe Konstellationen von (neuen) Ideen zur Rolle des Staates, die Macht von Kapital- und insbesondere Wirtschaftsinteressen, sozialreformerische Bewegungen, lokale und nationale Spannungen, verschiedene berufliche Interessen, internationale Interessen und Beziehungen sowie sich ändernde bzw. fortdauernde kulturelle Werte und Weltanschauungen als Faktoren identifiziert (Hailwood, 2017). Inzwischen besteht eine fundierte Übersicht zu Umständen, unter denen sich geschichtlich Regulationsweisen entwickelten, die es insbesondere für Alkohol vor dem 20. Jahrhundert gab. Detailliert beschrieben sind Restriktionen für Bierkneipen im 17. Jahrhundert in England hinsichtlich Anzahl, Öffnungszeiten und Ausschankbedingungen, um Trunkenheit (drunkenness) zu reduzieren. In der Folge der Durchsetzung des Protestantismus (in England) geht es um Versuche einer sittlichen Reformation des Verhaltens (Wrightson nach Hailwood, 2017, S. 21). Als weiteres Beispiel früherer gesetzlicher Regulierungen gilt die sogenannte „Gin-Krise“ (Gin Craze) in der ersten Hälfte des 18. Jahrhundert (Gin-Acts mit höheren Steuern und Beschränkung der Lizenzen) gegen die explodierende Verfügbarkeit von Gin. Das Brennen von Gin wurde in England (nach Importverbot u. a. gegen französischen Brandwein) politisch gefördert. Der bis Ende des 17. Jahrhunderts nur medizinisch genutzte Gin, verachtfachte in der Folge seine Verbreitung und drang als vielfach potentere Substanz in den Freizeitgebrauch und entsprechende Rituale der arbeitenden Klassen ein (Hailwood, 2011). Über die Regulation hinaus bestand die Reaktion der regierenden Eliten in einer politisierenden und ideologisierenden Verbindung von Gin mit Laster und Armut sowie Bier mit Wohlstand und harmonischer Ordnung – exemplarisch die Stiche von Hogarth „Beer Street“ und „Gin Lane“ (Hogarth,

1751). Dies ist ein Vorschein auf politische und ideologische Scaring-Kampagnen des späten 20. Jahrhunderts bezogen auf illegale Substanzen.

Zusätzlich ermöglichte die historische Forschung die Präzisierung des Zusammenhangs von Alkohol und Armut („Elendsalkoholismus“). Dabei wurde die Bedeutung dieses Erklärungsprinzips relativiert. Der Zusammenhang steigenden Konsums mit erhöhten sozialen Spannungen und Armut wurde belegt mit Literatur und Gesetzgebung aus dem 16. und 17. Jahrhundert (Hailwood, 2017), einer Zeit starken Bevölkerungswachstums und sozio-ökonomischen Drucks. Unter der bis in die jüngste Zeit vorherrschenden Problemperspektive auf Alkohol und Drogenkonsum untermauerte dies eine direkte Verbindung der Intensität von Substanzkonsum mit wirtschaftlichen Härten und sozialer Entwurzelung und verklärt Alkohol zur Ursache sozialen Elends. Entsprechende (generalisierende) Modelle waren „Trinken aus Verzweiflung“ (drinking-as-despair), als „Erleichterung für die Armen“ (relief for the poor) oder Trinken, um dem „Horror ihres Lebens“ zu entfliehen (Übersicht bei Hailwood, 2017, S. 10 f.). Demgegenüber differenzieren neuere Forschungen zum Trinkverhalten niederer Stände in Paris oder Kulturen in Wirtshäusern Augsburgs im 18. Jahrhundert die Dominanz des Modells des „Trinkens aus Verzweiflung“. Die Detailanalysen von Trinkritualen vergangener Gesellschaften legen wie die neuere anthropologische Forschung (s. u.) nahe, dass im Vordergrund des Konsums nicht Vergessen durch Betäubung gesucht wurde, sondern die Teilhabe an Ritualen von Geselligkeit. Das Spendieren von Getränken, Ausgeben von Runden und Trinksprüche dienen alle als Gesten des Ausdrucks und der Stärkung der Bindung der Trinkenden und der Festigung gemeinsamer Identität (Hailwood, 2017, S. 11). Weitere Studien zum Trinkverhalten unterer Klassen in England und Frankreich im 18. Jahrhundert legen nahe, dass Gruppen Alkohol trinken als Ausdruck ihres Arbeiterstolzes (industriousness) bzw. ihrer positiven beruflichen Identität. Alkoholkonsum ist hier eher Mittel des Ausdrucks und der Bekräftigung einer Klassenidentität als Indikator von Elend und Verzweiflung (Hailwood, 2011). Die Bedeutung von Alkohol- und Drogenkonsum als Ausdruck verschiedener Formen sozialer Identität konnten in jüngerer Zeit über soziale Klassen hinaus insbesondere für Ethnizität und Geschlecht aufgezeigt werden. Während für jüngere Männer exzessives Trinken neu konzipiert bzw. akzentuiert wurde als Befreiung und Ausdruck von Draufgängertum und sexueller Leistungsfähigkeit (in Abgrenzung zu Männlichkeitsidealen des verheirateten Mittelklassemanns – Roberts nach Hailwood, 2017 – und häufig kombiniert mit sexistischen und frauenfeindlichen Haltungen), besteht bei Frauen die Problemsicht von Alkohol wie Drogen mit den alten Doppelstandards häufig fort. Konsum wird als grundsätzlich problematischer gesehen und bis in jüngste Zeit gewohnheitsmäßig mit Promiskuität assoziiert. Eine gemischt-geschlechtliche historische Kneipenkultur ist hinsichtlich ihrer Geselligkeitsformen bislang kaum untersucht (Hailwood, 2017).

Die historische wie die soziologische Forschung begreift die Dynamik, die dazu führt, dass „süchtige Verhaltensweisen“ in Verbindung mit dem „Krankheitskon-

zept“ zur Anschauung gebracht werden und sich im „allgemeinen Verständnis“ als dominierend etablieren, mit der über Jahrhunderte erfolgenden Wandlung „soziokulturell vorherrschenden Persönlichkeitstypen“. Danach unterscheiden sich die Kulturen in Europa – überspannt man große Abschnitte vom Mittelalter, über die Neuzeit bis zur Moderne – nach dem Ausmaß der Ausprägung der „Individualisierung als Einzelperson“. Dieser Grundtrend dominiert zumindest für Westeuropa seit der Renaissance und verstärkt sich mit der Industrialisierung. Über die verschiedenen Epochen erweitert sich die Bedeutung der Affektkontrolle bei soziokulturellen Persönlichkeitstypen (Elias, 1976), wobei die wachsende Selbstkontrolle/-beherrschung auch bezogen auf Substanzkonsum und Rausch das Ergebnis eines Wechselverhältnisses von Produktionsweise, neuen Drogen (wie Kaffee, Tabak) und Zubereitungen (Destillation von Alkohol), Applikationsformen (injizieren) und gesellschaftlichen und kulturellen Verfassungen ist (Courtwright, 2009; Legnaro, 2000). So ändert sich mit der zunehmend erforderlichen persönlichen Autonomie weiterer Gesellschaftsmitglieder, der wichtiger werdenden Rationalität und Berechenbarkeit das vorherrschende Rauschverständnis insbesondere für Alkohol. Kaffee und Tee entsprechen eher den Bedürfnissen der heraufkommenden Zeiten nüchterner Planung und hier findet das aufsteigende Bürgertum mit Kaffeekonsum in Kaffeehäusern den entsprechenden Lebensstil (Legnaro, 2000). Aber diese Erklärung der Folgen der Individualisierung für Substanzkonsum erwies sich als vereinfacht und wurde durch die neuere Identifizierung gemeinschaftlicher Trinkkulturen auch und gerade des dominierenden städtischen Bürgertums differenziert (Hailwood, 2017). Hiernach schließen sich steigende Selbstkontrolle und Rauscherfahrung in den neuen Lebensformen nicht aus. Das gilt nicht nur für das Milieu des städtischen Bürgertums, sondern auch für die im 19. Jahrhundert aufsteigende Arbeiterklasse und ebenso für die sich ab den 1970er Jahren etablierenden Milieus der „neuen Mittelschichten“ (Hall & Jefferson, 2006; Reckwitz, 2018).

Wenn es um aktuelle Lehren für Drogenpolitik und -praxis geht, sind Aufkommen und Etablierung der Krankheitskonzeption (im 19. Jahrhundert) vor dem Hintergrund obiger Studien neu zu betrachten. Sowohl die Sichtweise als früher „Sündenfall“ der Sucht- und Drogenpolitik, als auch die des Einstiegs in eine „rationale Bewältigung“ der Risiken von Substanzkonsum greifen zu kurz (Courtwright, 2001). Der generelle gesellschaftliche Aufstieg der Wissenschaften im 19. Jh., die „Identifizierung“ von Problemen als „soziale“ und damit „öffentliche Probleme“ hatte immer auch eine aufklärerische, entmystifizierende und rationale Seite („Rationalisierung“ im Weber’schen Sinn). Der Aufstieg der Wissenschaften im 19. Jahrhundert geht mit Veränderung der Sichtweise auf Gesellschaft und Personen einher. Als durch gesellschaftliche Prozesse hervorgebrachte soziale Probleme werden Industrialisierung, Kapitalismus, Verstädterung, Säkularisierung, Individualisierung, Armut, Isolation oder Verwahrlosung begriffen und entmystifiziert. Wenn es dabei um Beherrschbarkeit von sozialen Problemen und gesellschaftliche Steuerung geht, war die Verwandlung von Folgen exzessiven

Trinkens in eine behandelbare somatische Krankheit (Alkoholismus), damit in ein öffentliches, bearbeitbares Thema für die sozialreformerischen Bewegungen der Arbeiter und Frauen eine attraktive, pragmatische Alternative zur religiös geprägten „Besessenheit“ oder „Sünde“, und ein Ausweg aus Unverständnis und Verzweiflung. Die begleitenden symbolischen und politischen Kämpfe drehen sich dabei sowohl um die Sicherung der sozialen Ordnung und ihrer Machtverhältnisse, als auch um das „gute“ und „richtige“ Leben (Hailwood, 2017).

Zur Gesamtsicht gehört, dass mit wissenschaftlichen Erkenntnissen gerade auch mit Varianten des Krankheitskonzepts und der -genese, neue Mythologisierungen und Scheinlösungen (Sozialdarwinismus, Genetik und Rassenlehre, Eugenik und Euthanasie) verbunden wurden, deren Folgen bis heute nicht überwunden sind. Das Aufkommen wissenschaftlicher, darunter medizinischer Ansätze im 19. Jahrhundert hatte demnach nur ein begrenztes Rationalisierungspotential im Umgang mit Betroffenen (Dörner, 2017) und entfaltete über die Eröffnung von Behandlungsoptionen hinaus ein verheerendes politisches Potential durch neue Mythologisierungen (Übergeneralisierungen von Teilerkenntnissen) – bezogen auf Ethnien, Geschlechter, Kulturen oder Subkulturen. Drogenpolitik und -praxis setzen sich seit Jahrzehnten mit den Folgen dieser Traditionen und Scheinlösungen auseinander. Sie stehen dabei trotz unbestreitbarer Fortschritte (etwa Etablierung von Harm Reduction Maßnahmen oder Relativierung des Abstinenzparadigmas) aufgrund der in der Praxis nicht beendeten Subsumption der Person unter das Symptom in beständigem Konflikt mit erklärten Verfassungszielen der Unverletzlichkeit der Würde und Selbstbestimmung der Person sowie der UN-Behindertenrechtskonvention von 2007. Diesen Weg behandelt die lesenswerte Reise durch die Geschichte der Drogenpolitik (Hari, 2015).

2 Neuere Kultur- und Problemgeschichte von Alkohol und Drogen

Anthropologisch orientierte, empirische Studien zu Drogengebrauch und Abhängigkeit in gegenwärtigen Kulturen gibt es ab den 1950er Jahren (Page & Singer, 2010). Diese Forschung bemüht sich um Vergleichsreihen von Phänomenen in Verbindung mit Substanzkonsum und ihrer Beurteilung zwischen Kulturen. Untersuchungsgegenstand sind jeweils bestimmbare, in Lebensformen zusammenhängende Alltagspraktiken des Konsums – d.h. Lebensstile. Bezogen auf Alkohol fanden sich bei diesen Studien im Kulturvergleich zunächst selten Zusammenhänge zwischen Trinken und spezifischen Problemen (Singer, 2012). Wo diese auftraten, erwiesen sich die Effekte „schweren Trinkens“ aus anthropologischer Sicht (hauptsächlich) geprägt durch kulturell konstituierten Glauben über Effekte. Als „kulturell konstruierte soziale Praxis“ trägt und prägt Trinken nach Typ und Kontext verschiedene kulturelle Bedeutungen – darunter Solidarität, Identität, Anerkennung, Fähigkeiten, Erinnerungen, Trauer, Feier sowie Intimität (Page & Singer, 2010). Die Untersuchungen arbeiteten vor die-

sem Hintergrund heraus, dass die Konsequenzen des Alkoholkonsums durch kulturelle (eher als pharmakologische) Faktoren vermittelt werden. Menschliche „Interaktionen mit Drogen“ erwiesen sich größtenteils als determiniert durch kulturelle Erwartungen, also aufgrund lokalen Wissens über Effekte. Diese kulturellen Konstruktionen werden identifiziert als Produkte der Sozialgeschichte einer soziokulturellen Gruppe, ihres Kontakts mit benachbarten Gruppen sowie der Konfiguration von Gelegenheiten und Herausforderungen, die sich in ihrer sozialen und physischen Umgebung vorfinden (Page & Singer, 2010). Diese Zusammenhänge gelten insbesondere in traditionellen Gemeinschaften, solange das soziale Leben nicht von kapitalistischer Globalisierung durchdrungen und geprägt ist (Singer, 2012).

Das anthropologische Modell wurde ab den 1960er Jahren auf Jugendkulturen, LSD und Cannabisgebrauch der Hippies und anschließend (1970/80er) auf die Straßenszenen (Heroin, Crack) übertragen, bei denen „Drogenkonsum ein zentraler organisierender Mechanismus ihres Lebens“ geworden war. Das Ziel bestand zunächst in der Rekonstruktion der Weltsicht und Erfahrungen der Drogengebrauchenden aus der Insiderperspektive auf ihre soziale Welt. Im Mittelpunkt stand das in konkreten Lebensformen der Konsumierenden zum Ausdruck kommende „praktische Verstehen“. Identifiziert wurde dabei ein strukturiertes Set von Werten, Rollen und sozialem Status auch in der subkulturellen Ordnung, die für ihre Mitglieder sinnvolle Aktivitäten und angestrebte soziale Anerkennung ermöglichen. Die Lebenswelten und Selbstidentitäten zeigten eine eigene soziokulturelle Ordnung mit sozial konstruierten Zielen und Bedeutungen. Rekonstruiert wurde so ohne „Großtheorie“ – heuristisch von den Praktiken ausgehend – ein vollständigeres Bild („holistic description of the people“) zu Konsummustern und damit verbundenen Risiken jenseits von Stereotypen wie abweichend, kriminell bzw. pathologisierender Beschreibungen (Page & Singer, 2017).

Ab Anfang der 1980er Jahre erweiterte sich das „Cultural Model“ – ausgehend von der Anwendung auf die Heroin- und Crack-Straßenszenen – unter zugespitzten strukturellen (Deindustrialisierung, Prekarisierung, Armut) und politischen Rahmenbedingungen der USA („Drug scaring“, Rassismus und „War on Drugs“). Präzisiert wurde in diesen Studien die „Landkarte des kulturellen Systems“ bezogen auf soziale und gesundheitliche Risiken und Probleme in Verbindung mit Drogengebrauch zunehmend mit dem Fokus auf die HIV/AIDS Krise (Singer, Jia, Schensul, Weeks & Page, 1992). Die Ergebnisse etwa zum Kontext des i. v.-Drogengebrauchs lieferten die Basis für den Einstieg in realistische Konzeptionen der Risikominderung und Harm Reduction Maßnahmen ab Ende der 1980er (Singer, 2012). Generell stellte sich in den 1980er/90er Jahren für Forscher:innen eine Situation ein, in der die Beschränkung auf die Analyse sich zuspitzender Verhältnisse als „wissenschaftliche Verdopplung“ ethisch nicht vertretbar schien, und politischen Protest sowie praktisches Eingreifen, bezogen auf Harm Reduction und Auseinandersetzungen um die Drogenpolitik erforderte (Singer, 2012; Page & Singer, 2010, 2017).

Das „Cultural Model“ (Page & Singer, 2017) etablierte sich ab den 1990er Jahren als „Grundmodell“ für Untersuchungen zum Gebrauch illegaler Drogen in Nordamerika, Australien und Europa. In den folgenden Jahrzehnten wurde in die Analysen schrittweise der breitere soziale Kontext des Substanzkonsums einbezogen, wie soziostrukturelle Stressoren („structural imposed distress“), Drogengebrauch zur Selbstmedikation emotionaler Verletzungen sowie die politische Ökonomie legaler und illegaler Drogenmärkte (Bourgois, 2003; Singer, 2007). Hinzu kamen Strukturen auf der Makroebene für Drogengebrauch: wie gravierende ökonomische Ungleichheiten, Institutionen der sozialen Kontrolle und bestimmende institutionelle Rahmenbedingungen (wie kommerzielle Aktivitäten/Kommerz, die Wirkungen der Medien für die öffentliche Darstellung von Drogengebrauchenden sowie Diskriminierung durch Polizei und Justiz) und die Machtbeziehungen (wie soziale Klassen, Geschlechter, ungleiche Beziehungen zwischen Ethnien) (Page & Singer, 2017). Diese ökonomischen und politischen Aspekte wurden auch auf die oben behandelte „regulatorische Wende“ auf Alkohol und Drogen zum Beginn des 20. Jahrhunderts bezogen. Bislang ist aus Sicht der Autoren unzureichend rekonstruiert, inwieweit erst ab dieser Phase der Kampf um Absatzmärkte und steigende Massenkonsum die politisch-ökonomischen Voraussetzungen dafür schufen und schaffen, dass aus exzessiven Konsumwünschen Suchtkreisläufe werden können. Erst die Massenmärkte insbesondere für Alkohol öffnen (aus wirtschaftlichem Eigennutz) dem Bedürfnis nach beständiger Wiederholung ein Ventil und ermöglichen die Etablierung des (vorherigen) Randphänomens „Sucht“ (als Verhaltensoption) als Massenphänomen (Bourgois & Schonberg, 2009; Courtwright, 2009).

Die Lebensweise unter den prekären Bedingungen der Straße, der Ökonomie illegaler Märkte und sozialer Diskriminierung generiert und prägt die negativen Konsumfolgen und ihre Verfestigung für Einzelne und Gruppen. Exakt die anthropologisch orientierte Forschungsrichtung konnte diesen Zusammenhang schon in den 1970er Jahren anhand der Rückkehrer aus dem Vietnamkrieg in der gegenläufigen Richtung zeigen: der Kreislauf von Abhängigkeit ist durch die Veränderung der Lebensbedingungen sowie die Reorganisation des Lebenssinns durchbrechbar. In der Verlaufsuntersuchung der aus dem Vietnamkrieg zurückkehrenden Veteranen, von denen in Vietnam ein Drittel eine Abhängigkeit von Heroin aufwies, zeigte sich, dass 95 % der Abhängigen nach einem Jahr clean waren (Robins, 1993). Hinzu kam, dass diesen Änderungen fast ausschließlich Selbständerungsprozesse zugrunde lagen. Hier zeigen sich deutlich die Mechanismen, die durch die folgenden Forschungen zur Selbständerung/Selbstheilung von Personen mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit ohne professionelle Unterstützung bekannt wurden (s. Bischof in diesem Band, → S. 106) und die bislang in Drogenpolitik und -praxis unzureichend berücksichtigt sind (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer & John, 2003; Granfield & Cloud, 1999).

3 **Dynamiken von Substanzkonsum und abhängigem Verhalten in Alltagsleben und Alltagsverständnis**

Der anthropologischen und historischen Forschung ist es erst in den letzten Jahrzehnten gelungen, die jeweilige Alltagskultur, d. h. den im Alltag gelebten Umgang mit Substanzkonsum und Abhängigkeit bzw. Sucht, die Lebensstile diesseits der Problemspektive zu thematisieren. Diese Forschung hat für historische wie gegenwärtige Gesellschaften Anhaltspunkte für das jeweilige Alltagsverständnis von Substanzgebrauch und dessen „implizite Logik“ (s. u.) in den jeweiligen kulturellen Lebensformen identifiziert und begonnen sie zu rekonstruieren. Bislang ist alltäglicher Konsum psychotroper Substanzen, dessen Integration in Lebensformen und Lebensstile zwar zur Kenntnis genommen, aber vor allem die Mechanismen von Selbstkontrolle/-heilung und Überwindung von problematischem Substanzkonsum der übergroßen Mehrzahl als Ressource für Interventionen sind (bis auf wenige Ausnahmen – s. Bischof in diesem Band, → S. 106) ignoriert. „Alltagsverständnis“ und Motive der handelnden Personen hinsichtlich ihres Substanzgebrauchs erweisen sich in der Regel als instrumentell und funktional für die Selbst- und Lebensführung, nach Innen und Außen sowie für Selbst- wie Fremdwahrnehmung. Das gilt auch für exzessive und abhängige Konsumformen im Sinne der Klassifikationssysteme (s. Bischof in diesem Band, → S. 17), zumindest soweit die Konsumierenden (wie bei Tabak, Medikamenten und Alkohol, heute auch bei Cannabis, Amphetaminen, Opioiden und NPS) ins Alltagsleben, d. h. die alltäglichen Lebenszusammenhänge integriert bleiben (zu Distanzierung und Ausgrenzung von Mustern s. u.). Die Störungen, das Scheitern und die Isolation in Verbindung mit Substanzkonsum, das mit den Risiken verbundene, individuelle und soziale Leid ist für Gesundheitsversorgung der Dreh- und Angelpunkt, aber die Betroffenen bleiben schwer erreichbar, solange ihre Erfahrungen sozialen Konsums, die auch die Abhängigen über Jahre ihrer Entwicklung mit der Mehrzahl der Konsumierenden teilen, in der Versorgung weitgehend unberücksichtigt bleiben. Gemeindenahe, integrierte Konzeptionen zu „Recovery“ oder „Recovery Management“ berücksichtigen diese Aspekte (Best, 2012; White, 2007).

Die Forschung konnte „Sucht“, „Abhängigkeit“ oder das „Krankheitsbild des Alkoholismus“ als auf dem Hintergrund schädlicher Folgen des Substanzkonsums gesellschaftlich und kulturell hergestellte, komplexe Phänomene identifizieren und gleichermaßen (verspätet) die Realität von z. B. Alkoholkonsum als Genussmittel und Lebensstil als in der Kultur tief verwurzelte Vorstellungen, die Menschen miteinander teilen, berücksichtigen. Beide Sichtweisen – Lebensstil und Krankheit – sind gegenwärtig popularisiert und in habitualisierten „Wissensordnungen“ institutionalisiert, in den alltäglichen Lebensformen präsent und praktisch anerkannt. Institutionalisiert bedeutet hier, dass Praktiken des Substanzkonsums – normal/gestört – zu unterscheidbaren Typen von Handlungen werden, die „im Wissensbestand“ aller Mitglieder der „Verständigungsgemein-

schaft“ existieren, als Typen von Praktiken reziprok typisiert und dadurch (mit Variationen) gemeinsam wahrgenommen und beurteilt (klassifiziert) werden. In Sinne des „Common Sense“ hat die Forschung Alltagsleben und -verständnis nur am Rande zum Thema gemacht. Ihre Erkenntnisse bezogen sich bis in die 1990er Jahre vorrangig auf klinische Populationen (Jellinek, 1960).

Im Alltagsleben, in den unmittelbaren Interaktionen ist, wie die Forschung historisch und aktuell aufzeigt (s. u.), das Verständnis von Substanzkonsum „pragmatischer“ (und „moderner“) als in der geltenden öffentlichen Sichtweise, die auf Normen insistiert und als ideologisierte Gesamtsicht den „Common Sense“ des Alltagslebens nicht erreicht. Im praktischen Lebensvollzug ist erfahrbar Konsum ebenso wie seine „Kontrolle“ verortet. Hier hält das „Setting“ (Familie, Peers, Subkultur, Beziehungen) die Bindung und Integration aufrecht, wie es die soziologische und anthropologische Forschung (Becker, 1963; Page & Singer, 2010; Zinberg, 1984) beschrieben hat. Das Setting „steuert“ den Umgang, ermöglicht Lernvorgänge und sanktioniert Abweichungen. Die unmittelbaren Beziehungen/Gemeinschaften (die „Mitwelt“) halten den sozialen Kontakt (zu Betroffenen) auch in Krisensituationen länger aufrecht als die „Lehrbücher“ empfehlen. Im praktischen Leben besteht eher eine „selbstverständliche“ Koexistenz polarer Sicht- bzw. Klassifikationsweisen (wie „Lebensstil“ und „Krankheit“), ihr „natürliches“ Funktionieren im Rahmen jeweils persönlich lebbarer Grenzen. Was über Jahrzehnte als „falsche Toleranz“ in Jugendkulturen oder Co-Abhängigkeit, insbesondere von Partnerinnen diffamiert wurde (und wird), gilt es demgegenüber eher zu stützen, fördern und über Bildung, Medien, Kultur aufzuklären (s. u.). Das bestehende Alltagsverständnis grenzt sich gleichzeitig von bestimmten Verhaltensmustern ab, bzw. grenzt aus, aber nicht in Verbindung mit „Abhängigkeit“ (im offiziellen klinischen Sinn – s. Bischof in diesem Band, → S. 17), sondern erst bei manifesten (meist sozialen) Schäden, wie drohendem, bzw. realen Zusammenbruch der Beziehungen, d. h. des „gültigen“ Lebens- und Sinnzusammenhangs. In der Alltagspraxis greift das „Krankheitskonzept der Sucht“ – gleichermaßen als Abgrenzung und Selbstverständigung, wenn in Verbindung etwa mit Gewalt, Sprengung der Familie, drohendem Ruin die persönlichen Sinnzusammenhänge bedroht oder zerbrochen sind. Wobei in diesen Fällen das Alltagsverständnis pessimistischer über Änderungsmöglichkeiten (im Vergleich mit den Behandelern) (Heinz, 2017) urteilt, was auf Erfahrungen unter dem Einfluss der Krankheitskonzeption („unvermeidliche“ Progression der Krankheit über Phasen oder Abstinenz) zurückgeführt wird (Klein, 2014). Dem realen Verlauf von Abhängigkeiten entspricht das nicht (Jackson & Sartor, 2016). Der für die Betroffenen gelebte und lebbarer Sinnzusammenhang in Verbindung mit Substanzgebrauch in Übereinstimmung wie Distanz zur offiziellen Sicht ist der zu begreifende Ausgangs- und Bezugspunkt rationalen und humanen Umgangs (genauer s. u.). Der bisherige Beitrag der Wissenschaften zu Aufklärung des Common Sense und damit zur Selbstaufklärung der Gesellschaft hinsichtlich ihres Umgangs mit psychotropen Substanzen ist ambivalent. Das Vordringen der Wissenschaften in

das Alltagsleben – anfangs der Medizin (im 19. Jahrhundert) und nachfolgend der Soziologie (im Übergang zum 20. Jahrhundert) – fördert die Sichtweise, dass Störungen – Krankheiten sowie soziale Probleme – durch gesellschaftliche Prozesse verursacht sind und vorwiegend sozial, durch die Gesellschaft selbst gemeistert werden können. Wissenschaften haben diese Aufklärung gefördert in Verbindung mit sozialreformerischen Bewegungen insbesondere der Frauen und Arbeiter. Die Realität der letzten 100 Jahre ist voller Rückkopplungen wissenschaftlicher Erkenntnisse an das Alltagsverständnis – etwa bezüglich der schrittweisen Rezeption der Krankheitskonzeption. Die Konzepte von Expertenkulturen (hier der Medizin, die insbesondere die körperlichen Folgen exzessiven Gebrauchs sowie die Progredienz der Erkrankung bei Aufrechterhaltung des Zugangs zu Alkohol thematisiert) beeinflussen mit ihrem jeweiligen historischen Stand das Alltagsverständnis, modifizieren den öffentlichen Diskurs, die Laien-, Freizeit-, Subkulturen sowie die Selbstsicht Konsumierender. Die dabei andauernde moralische Aufladung und Ideologisierung der „Suchthematik“ förderte bis auf Ausnahmen nicht die medizinische Wissenschaft. Aber sie war nicht in der Lage, der Ideologisierung entgegen zu treten. So blieb ein zentrales Hemmnis für einen humanen und rationalen Umgang das sich verfestigende Vorurteil von „Alkoholismus“ als progrediente, über Phasen voranschreitende Krankheit (Jellinek, 1952, 1960). Diese sich auf klinische Populationen beziehenden Verabsolutierungen sind Bestandteil des medizinischen Modells, betonen körperliche Ursachen der Abhängigkeit, die Leidensdruckthese, das Abstinenzdogma und zementieren das Bild des defizitären, trinkenden Menschen (Klein, 2014, S. 18 ff.).

Unser Einstieg war, dass sich die Konzepte „Süchtiger“ und „Sucht“ erst mit dem Übergang zum 20. Jahrhundert etablieren. Phänomene werden als medizinisches, d. h. körperliches Thema benannt und zur Anschauung gebracht. Diese Konzeption modifiziert über die Jahrzehnte die im Alltag bzw. Öffentlichkeit/Politik gültige Klassifikationsweise. Dabei hängen Alltagskultur und -verständnis und die öffentliche, hegemoniale Konzeption zusammen, sind aber nicht identisch. Die Dynamiken der hier konkurrierenden Konzepte will Forschung begreifen bzw. erklären. Als Beispiel mag das Verständnis von Tabakkonsum und dessen Dynamik in den letzten 50 Jahren dienen. Es gab ein prägendes, hegemoniales Verständnis, einen „Common Sense“ (wann raucht wer?, was gilt als „cool“?), eine „symbolische Ordnung“ (den „Duft der großen, weiten Welt“, die Symbolisierung von Autonomie) um den Tabakkonsum der 1960er und 1970er Jahre. Es gab schon damals alle mahnenden Stimmen sowie die Forschungsergebnisse zu Toxizität und Gesundheitsrisiken – aber das etablierte sich nicht als kulturell bestimmend. 50 Jahre später gibt es immer noch Tabak-Konsumierende (ihr Anteil hat sich in den letzten 20 Jahren halbiert), aber sozial und kulturell dominiert ein neues Verständnis, dass heute in den dominierenden kulturellen Milieus prägend, „selbstverständlich“ ist. Diese normativen Änderungen reklamieren verschiedene Akteure der Gesundheits- und

Präventionsforschung als ihren Erfolg. Ein Faktor ist sicher die Aufklärung über Gesundheitsrisiken. Aber die Bedingungen für deren kulturelle Resonanz bleiben weitgehend offen. Gleiches gilt für Dynamiken wie die Akzeptanz der Promillegrenzen im Straßenverkehr (im Vergleich zu früheren Jahrzehnten), für Alkohol- und Tabakverzicht während der Schwangerschaft, den durchgreifenden Rückgang von Alkohol in Büro- und Arbeitsalltag oder die anstehende Legalisierung der vormaligen „Teufelsdroge“ Cannabis. Solche Dynamiken der Alltagskultur, eines sozial „geteilten Verständnisses“ (Common Sense) sind allgegenwärtig und scheinbar „natürlich“.

Im Folgenden werden die bis heute relevanten Verschiebungen von Alltagskulturen und -verständnis der nachwachsenden Generationen nach 1945, beschleunigt mit der Jugendrevolte ab den 1960er Jahren empirisch für England behandelt. Es geht um symbolische Bedeutungen von Substanzkonsum (LSD, Cannabis, Ecstasy/Amphetamine) in Jugend- und Alternativkulturen, die um ihre eigene Identität in Abgrenzung zur traditionellen Lebensweise kämpfen (Hall & Jefferson, 2006). Die Studien („Cultural studies“), die die alltäglichen Lebensformen jugendlicher Subkulturen (anhand der Mods, Hippies und Raver) ethnographisch in Feldstudien untersuchen, reichen zeitlich von den 1960ern bis zum Beginn des 21. Jahrhunderts. Ausgehend von kulturellen und symbolischen Praktiken der jeweiligen jugendlichen Subkulturen, wurden die komplexen Beziehungen zwischen Sozialstruktur (Klassen und Milieus) und kulturellen Praktiken in ihrer eigenständigen Bedeutung rekonstruiert. Die zentrale Fragestellung bezog sich auf die „Aushandlungsprozesse“ zur Bedeutung von Drogengebrauch in den genannten jugendlichen Sub- bzw. Populärkulturen (Race & Brown, 2016). Über die verschiedenen Studien zu Subkulturen, die sich nie in erster Linie über Drogengebrauch definieren, besteht die Gemeinsamkeit des Substanzgebrauchs darin, dass Substanzen als „Schalter“ oder „Türöffner“ der „kulturellen Transformation“ dienen. So haben „Pills“ (Amphetamine) für die Mods in ihrem subkulturellen Gebrauch die Bedeutung als Objekte einer symbolischen Transformation („Umdefinieren“ der Situation, Herstellung von „Magical Omnipotence“) (Willis, 2006). Das Spezifische des Drogenkonsums (LSD) der Hippies liegt demnach in ihrer symbolischen Bedeutung für die Abgrenzung zur „Normalgesellschaft“ (der „Spießer“). Die Droge fördert die Übertretung der symbolischen Barriere zur Normalgesellschaft, wobei die Acid „Heads“ (die „Kenner“ in der Subkultur) nicht (primär) durch Substanzgebrauch definiert sind, sondern durch ihre „Existenz“ auf dieser Seite der symbolischen Barriere (Willis, 2006). Ähnlich wurden in der Raveszene der 1990er die prägende Substanz (Ecstasy) als Aspekt der Rave-Erfahrung, der Exploration neuer Formen von Identität und Vergnügen gegen die Effekte disziplinierender Normen der Normalgesellschaft identifiziert. Hervorgehoben wurden hier (für die 1990er) die offeneren, spielerischen Geschlechterbeziehungen, die insbesondere jungen Frauen Erfahrungen außerhalb normativer Feminität öffneten (McRobbie & Garber, 2006).

Das bis heute aktuelle Fazit dieser Studien zum Zusammenhang von Substanzkonsum und Lebens- bzw. Selbstführung lautet:

„Die Drogen sind nicht unmittelbar der Einstieg in die Alternativwelt. Sie sollten nicht als Mikrofilme von Erfahrungen gedacht werden, die unbemerkt in die Tiefenschichten des Gehirns rutschen und dort zur Aufführung kommen. Sie sind eher der Schalter, der die Tür öffnet zu Vorstellungen, die im Wesentlichen selbst kreiert sind. In diesem Sinne können Drogen als kulturelle Placebos verstanden werden, eher als Schlüssel zu Erfahrungen denn als tatsächliche Erfahrungen. Das bedeutet nicht, dass Haschisch und insbesondere ACID keinen spezifischen chemischen Effekt haben. Der besteht und die wahrgenommene Bewusstseinsänderung ist vermutlich die Basis für den existentiellen Übergang – der Konsument spürt, dass etwas passiert und er selbst stellt dafür den geeigneten Inhalt.“ (Willis, 2006; Übers. d. Verf.)

Diese frühen kulturwissenschaftlichen Forschungen gehen bezogen auf den Substanzgebrauch den Schritt zum Akteur. Es geht um die Identifizierung des „kulturellen Eigensinns“ seiner Verhaltensweisen. Akteure werden in ihren kulturellen Praktiken in Abgrenzung zu einem (noch in den 1970er Jahren vorherrschenden) Modell (ausschließlich) passiver Konsumption als aktive Konstrukteure ihrer Welt rekonstruiert. Dabei liegt der Akzent auf der Frage, wie, mit welchen Praktiken sich soziale Gruppen gegenüber den ökonomischen und strukturellen Zwängen Spielraum erobern (Race & Brown, 2016). Dieser Aspekt der Lebensweise mit Drogengebrauch wird entsprechend dem Zeitgeist nach 1968 unter der Überschrift „Resistance through Rituals“ generalisierend überhöht. Dies Verständnis hat aber (gegenüber den damals vorherrschenden kulturpessimistischen und deterministischen soziologischen Modellen) den rationalen Kern, Aspekte von Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung unter gegebenen Lebensbedingungen herauszuarbeiten und hat die Forschung zu Jugend- und Subkulturen, zu Selbsthilfe wie Therapiekonzepten beeinflusst. Die Betrachtung der „Eigenlogik der Akteure“ beim Substanzkonsum hat die historische Forschung hinsichtlich insbesondere des Alkoholkonsums „niederer Stände“ erweitert (s. o.). Allerdings fehlt dieser Ansatz bezogen auf die gegenwärtigen „normalen“ Alltagskulturen vom Karneval bis zu den Stammtischen, wobei auch hier (wie bei der „Dance & Rave Culture“) das Wissen um die „Eigenlogik“ ein Schlüssel für Schadensminderung und Selbstkontrolle ist.

In direkter Verbindung zu den „Cultural Studies“ wurde zur Jahrtausendwende jugendlicher Drogenkonsum in Nord-West England (Measham, Newcombe & Parker, 1994; Parker, Williams & Aldridge, 2002) prospektiv in einer repräsentativen Metropolregion Englands untersucht. Die Fragestellung richtet sich auf den Verlauf des Konsums von Alkohol und illegalen Drogen bei „normalen“ Jugendlichen. Es interessierten Lebensläufe, Lebensstile und Freizeitaktivitäten sowie ihre Verbindung mit illegalen Drogen. Die Verlaufsuntersuchung Jugendlicher

(jährlich während der Pubertät 14-18 Jahre) und dann nach 5 Jahren (Alter 22) über fast 10 Jahre zeigte auf, dass illegale Drogen (für England) vom Rand ins Zentrum der Jugendkulturen gerückt waren (Parker, 2005). Der Freizeitgebrauch bestimmter Drogen war für den Großteil der Jugendlichen ein normaler Teil ihres Lebens geworden. Die empirischen Gebrauchsmuster wurden jenseits von Abweichung, Widerstand, subkultureller Assoziation, Pathologien oder Krankheit interpretiert. Herausgearbeitet wurde hier die These der „Normalisierung“ des Gebrauchs bestimmter illegaler Substanzen, insbesondere für Cannabis sowie Amphetamine/Ecstasy in zwei Stufen: Zunächst wurde für divergierende Konsummuster im Verlauf aufgezeigt, dass sich keine sozioökonomischen Differenzen zwischen Personen mit unterschiedlichen Konsummustern finden; und zusätzlich wurde der Gebrauch von der Mehrheit der nicht-konsumierenden Personen und in breiteren Teilen der Gesellschaft sozial und kulturell akzeptiert (Parker, 2003, 2005). Dokumentiert wird hier eine Verschiebung im Alltagsverständnis der Konsumierenden und ihrer Mitwelt. Die Realität zu Beginn des 21. Jahrhundert ist, dass frühere subkulturelle, jugendspezifische Sichtweisen im „Common Sense“ der Gesamtgesellschaft zumindest respektiert werden. Das verdeutlicht die sich über Generationen erstreckende Dynamik kulturellen Selbstverständigungen zum Substanzgebrauch in der Gesellschaft und der entsprechenden sozialen und symbolischen Ordnung von Alltag und Öffentlichkeit. Studien zum „natürlichen Verlauf“ des Lebens mit Substanzkonsum, die Wechsel von Mustern im Lebenslauf und ihre Bedingungen sind bislang unzureichend untersucht (Bischof et al., 2003; Hser, Longshore, Brecht & Anglin, 2005). Die Hinweise auf hohe Raten von Selbständerung und geringe Inanspruchnahmen von Suchtbehandlung aus epidemiologischer Forschung (Dawson, Grant, Stinson & Chou, 2006) verweisen darauf, dass Verlaufsforschung, die sich mit Änderungsfaktoren befasst, von zentraler Bedeutung ist. Überwiegend entwickeln sich mit Substanzgebrauch im Verlauf keine riskanten oder schädlichen Konsummuster. Wenn sich „problematischer Substanzgebrauch“ im Lebenslauf entwickelt, erfolgt in der Regel die eigenständige Überwindung dieser Muster (Verzicht oder Begrenzung des Substanzkonsums) (Granfield & Cloud, 1999). Bei Alkohol beenden 75 % ihren abhängigen Substanzkonsum ohne professionelle Interventionen, bei Cannabis Anteil bei über 80 %) (Bischof et al., 2003; Jackson & Sartor, 2016). Für Drogenpolitik und -praxis fehlen das Wissen hinsichtlich der Bedingungen des Übergangs von abhängigem Konsum (im Sinne der Klassifikationssysteme: Konsummuster mit schädlichen Folgen) zu weniger schädlichen Mustern (Gell et al., 2016). Da dies im Lebensvollzug praktisch der Hauptweg der Linderung von Schäden ist, besteht die Aufgabe darin, die Bedingungen dieser Transformation zu beschreiben und zu verstehen. Jüngst hat ein europäisches Konsortium der Suchtforschung (aus allen Disziplinen) sich der Aufgabe gestellt, die vorhandenen Evidenzen und das Wissen der verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen zu den personalen und sozialen Bedingungen dieser Transformation zusammenzutragen, um dies „informelle, implizite Wis-

sen“ für politische Entscheidungsträger und Forschung und damit als Ressource für die Öffentlichkeit, die Professionellen sowie die Selbsthilfe breiter verfügbar zu machen (Gell et al., 2016).

Ziel des Projekts ist ein prüfbares Modell der Bedingungen des Wechsels des Konsummusters von schädlichem zu weniger schädlichem Gebrauch, also zur Linderung negativer Folgen von Substanzkonsum im Sinne von Harm Reduction. Die Definition „schädlicher Substanzgebrauch“ folgt den Klassifikationssystemen (s. Bischof in diesem Band, → S. 17) und fasst die negativen Konsequenzen „for physical and mental health as well as financial, legal and social costs for the individual and those around them“ als Kontinuum. Personale und soziale Bedingungen der Änderung sind operationalisiert als „Determinants of material reductions of harmful behaviour of social, mental or physical nature, which are experienced by the user, other individuals or society at large, which is related to substance use [...]“ (Gell et al., 2016).

Kriterium ist zunächst die Reduktion des individuellen, schädlichen Gebrauchs oder der Wechsel zu einem weniger schädlichen Gebrauchsmuster (z. B. von i. v.-Konsum zum Inhalieren [Stöver & Schäffer, 2014]), von Binge Drinking zu regelmäßigem Trinken oder vom Rauchen in geschlossenen Räumen zum Rauchen im Freien, um Folgen für andere zu reduzieren). Gleichzeitig können Änderungen in der sozialen, leiblichen oder politischen Umwelt den Kontext so ändern, dass Verhalten ohne Änderung des Gebrauchsmusters mit weniger schädlichen Folgen verbunden ist (z. B. die Entkriminalisierung von Cannabis oder das Rauchen im Freien).

Basis des Modells sind empirisch gewonnene Daten zu Wahrscheinlichkeiten des (individuellen) Übergangs zwischen verschiedenen Stadien (Intensitäten) des Konsums auf Grundlage eines repräsentativen Panels Jugendlicher bzw. junger Erwachsener im Alter von 14-30 Jahren. Zumindest für Alkohol und Tabak hat das Modell ausreichende Power für die Einbeziehung der Kovariaten Alter, Geschlecht und sozialer Status. Im Modell werden „Determinanten“, die eine Reihe von Faktoren (multidisziplinär, mit verschiedenen Methoden, auf unterschiedlichen Abstraktionsniveaus in Reviews bzw. Expertengesprächen identifiziert) bündeln, auf folgenden Analyseebenen gruppiert: – biologisch (molekular und cellular) (z. B. Einflüsse neuronaler Kreisläufe bzw. Transmitter, Drogenwirkungen); – individuell (z. B. emotionale und kognitive Prozesse, Gesundheit, Lebensumstände); – soziale Umwelt (z. B. Marktbedingungen, soziale und kulturelle Normen, soziale Kontrolle, sozialstrukturelle Faktoren) (Gell et al., 2016).

Die Determinanten erhöhen allein oder in Interaktion die Wahrscheinlichkeit für die Transformation. Entsprechende Modelle mit den Determinanten auf den drei Analyseebenen sind aufbereitet für Substanzen mit Abhängigkeitspotential wie Alkohol, Tabak, Cannabis, Stimulanzien, Opioide und Partydrogen. Präsentiert wird ein multidisziplinäres Verständnis der zentralen Determinanten für die Transformation von schädlichem Konsum zu weniger schädlichem Konsum. Die

Autoren betonen aufgrund des unzureichenden empirischen Forschungsstands die Grenzen der Entwicklung eines interdisziplinären, testbaren Modells zu Abhängigkeit/schädlichem Gebrauch, das auf evidenzbasierten und hypothetischen Beziehungen zwischen verschiedenen Determinanten beruht. Hinzu kommt aktuell die Schwierigkeit der Integration von mit unterschiedlichen Methoden und Abstraktionsniveaus identifizierten Faktoren über verschiedene Disziplinen aufgrund mangelnder Interdisziplinarität (Gell et al., 2016). Dennoch: die Modelle zeigen die meisten evidenzbasierten Determinanten für die Reduktion schädlichen Gebrauchs auf der Ebene der sozialen Umwelt, die die soziologische und anthropologische Forschung identifiziert. Faktoren wie Heirat/Partnerschaft, Schwangerschaft/Elternschaft und Beschäftigung auf der Ebene der sozialen Umwelt sowie Impulsivität auf individueller Ebene und Hemmung/Kontrolle auf zellulärer und molekularer Ebene werden von den Autoren im Rahmen des Entwicklungsprozesses als Bestätigung der „Maturing Out“-Hypothese (Anglin, Brecht, Woodward & Bonett, 1986; Winick, 1962) interpretiert. Schon dieser Zwischenstand zur Verlaufsforschung hat relevante Implikationen für Politik und Praxis.

4 Herausforderungen für Forschung und Drogenpraxis

Die vorgestellten wissenschaftlichen Ansätze zielen darauf, den Konsum psychotroper Substanzen sowie die Mechanismen der Herausbildung und Überwindung von Abhängigkeiten genauer zu verstehen und zu erklären. Es dient der Forschung wie der Praxis, sich bei ihrem Vorgehen, dem Anspruch zu stellen, relevante Beiträge zur Linderung von Problemen in Verbindung mit Substanzkonsum und Abhängigkeit verbunden mit souveräner Lebensführung von Personen in ihrem Alltagsleben zu leisten. Linderung von Schäden in Verbindung mit Substanzkonsum bedeutet positiv gewendet die Förderung von gesellschaftlichen Lernprozessen, einer sozialen Selbstverständigung bezogen auf ein „Leben mit Drogen“ (Gossop, 2017). Hierfür ist der bestehende „Common Sense“, das jeweils kulturell etablierte Alltagsverständnis Ausgangs- und Zielpunkt. Die Fragen (Wissenslücken) zum Umgang mit Problemen mit Substanzkonsum kommen aus dem Alltagsverständnis, das „umkämpft“ ist, aber bei dem es jeweils dominierende, institutionalisierte Klassifikationsmuster gibt, und die Ergebnisse sind mit dem Anspruch rationaler und humaner Verfahrensvorschläge an den „Common Sense“ rückzukoppeln.

(A) *Die Herausforderung:* Es geht (exemplarisch anhand von Jugendlichen und jungen Erwachsenen) um die Identifizierung von kulturellen und personalen Lernprozessen, die mit veränderten Lebensweisen, Lebens- und Selbstführung verbunden sind und ihren Einfluss auf den Umgang mit Substanzkonsum sowie schädlichen Konsum/Abhängigkeit (Einstiegsprozesse und Bewältigung) haben. Die entsprechenden Dynamiken des Umgangs mit Substanzen sind in die

sozialen und kulturellen Grundprozesse (etwa Individualisierung mit Risiken und Chancen) eingebunden, wie die Empirie zeigt (s. vorheriger Abschn.). Für die Mehrheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Konsum psychotroper Substanzen heutzutage ein integrierter (selbstverständlicher) Aspekt der Identitätsbildung im Prozess des Erwachsenwerdens (Calmbach, Borgstedt, Borchard, Thomas & Flaig, 2016; Hitzler & Niederbacher, 2010). Die nachwachsenden Generationen sind und begreifen sich (seit Jahrzehnten) als weitgehend selbstverantwortlich für ihre Befindlichkeitssteuerung, für die Bildung von Identität/Personalität und sie leisten das mit vorgefundenen sowie eigenen kulturellen Formen (inklusive Substanzkonsum). Verhaltensweisen mit Substanzkonsum (auch exzessiver) sind immer funktional (auch als Kompromisslösungen und Anpassungsleistungen) für die Bildung von Identität und Selbst („Innen“) und für die Anerkennung in Lebensbereichen („Außen“). Identifizierte Probleme mit Substanzkonsum sind vor dem Hintergrund des jeweiligen Sinns für die personale Selbst- und Lebensführung zu analysieren.

(B) Vorgehen bei der Wissensproduktion: Die Forschung (auch die Praxis) beginnt bei beobachtbaren „sozialen Praktiken“ der Person bzw. Gruppe (als Untersuchungsobjekt), die den Zugang zum gelebten Alltagsverständnis ermöglichen, dem „Common Sense“ als jeweiliger Kombination von „Laien- und Experten-kulturen“ im Umgang mit psychotropen Substanzen mit ihrer jeweils spezifischen Lebensstil- und Krankheitsperspektive. „Soziale Praktiken“ (als „kleinste Einheit“ des Sozialen im Sinne der Praxistheorien – [Bourdieu & Wacquant, 1996; Giddens, 1991; Reckwitz, 2021]) im Umgang mit psychotropen Substanzen werden bezogen auf jeden Menschen verstanden und analysiert als „Verkörperungen“ des Soziokulturellen, als „praktisches Wissen“ des Akteurs bzw. als Verstehen im Sinne von „Können“ im Umgang mit Objekten/Artefakten (auch Substanzen), anderen Menschen sowie sich selbst (Reckwitz, 2021).

(C) „Können“ bzw. die „implizite Logik“ von Praktiken: Soziale Praktiken – gerade des Substanzgebrauchs – „beinhalten“ die implizite bzw. informelle Logik der jeweiligen sozialen Lebensweise. Sie konstituieren sich im Rahmen der Normen/Regeln der sozialen und symbolischen Ordnung. Das „praktische Können“ (im Umgang mit Substanzen) wird von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sozial erlernt (in Milieus, unter Bedingungen, in Settings – wie sie die Soziologie betrachtet; vgl. Degkwitz in diesem Band, → S. 35). Dieser Umgang kann wie andere Praktiken bezüglich der Selbst- und Lebensführung mit Inkongruenzen, Risiken verbunden sein und auch scheitern (s. u.). Die erlernten Muster des Umgangs mit psychotropen Substanzen repräsentieren das „praktische Können“, d. h. Wahrnehmung der Situation und Wahl („Anschauung und Urteil“) werden quasi „selbstverständlich“ in einem Akt vollzogen (Fuchs, 2015). Sie sind als „Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster“ (Bourdieu & Wacquant, 1996) habitualisiert und „prägen“ die Verhaltensbildung.

(D) *Die Einheit von „Anschauung, Urteil/Denken, Handeln“*: Gerade aufgrund der durch „implizites Wissen“ geleiteten Praktiken oder der „impliziten Logik von Praktiken“, die eingeübt werden, verschränken sich „Anschauung und Urteil“ bzw. „Wahrnehmung und Handeln“. In den Lebensformen (jeder Gesellschaft) gibt es ein alltägliches Verständnis („Common Sense“), das „Anschauung und Urteilskraft praktisch, im Lebensvollzug hier und heute aufeinander ab(stimmt)“ (Krüger, 1999, S. 15). Im Alltagsleben kann der Mensch dem nicht ausweichen. Im Lebensvollzug muss „entschieden“/gehandelt werden. Genau die Mechanismen dieser Automatismen/„Zwänge“ (der praktischen „Urteilsnot“) gilt es offen zu legen (für die Individuen ebenso wie Wissenschaft). Dabei sichern (im Alltag „normalerweise“) die „Habitualisierung“ des „Könnens“, die praktische Bewältigung der „Ambivalenzen“ des Lebens (von denen der Umgang mit Substanzkonsum ein Aspekt sein kann).

(E) *„Moderne“ (jugendliche) Entwicklungsbedingungen*: Im Unterschied zu früher generalisiert sich die Individualisierung (schon mit dem 19. Jahrhundert ein Grundprozess in allen Industriestaaten) mit den postindustriellen Gesellschaften für alle Milieus. Die Verantwortung für die (eigene) Lebensführung und Zwang zur Selbsterstellung wird zur gelebten Erfahrung der Mehrheit der (nachwachsenden) Bevölkerung. Dieses von Anfang an für die Akteure ambivalente Unterfangen (aufgezwungen und internalisiert) mit ungleich verteilten Risiken und Chancen ist die (offiziell ignorierte) Grundsituation Nachwachsender (Giddens, 1991). Die Lebensführung erfolgt – im Vergleich mit Beck (1986) – unter polarisierten Bedingungen mit erweiterten Chancen (Bildung, Lebensstandard, eigene Kultur) auf der einen und neuen Risiken (härterer Konkurrenzkampf, Ausgrenzung – über Familie, Schule), Prekarisierung und Verengung der Möglichkeiten (gegenüber erweiterten Erwartungen) auf der anderen Seite (Kastenbutt, Legnaro & Schmieder, 2014). Diese neuen Bedingungen erfordern detaillierte Empirie „normaler Entwicklungen“ und ihrer Widersprüche (ähnliche Erwartungen und ungleiche Chancen) hinsichtlich der Lebenslage und Lebensformen Jugendlicher und junger Erwachsene. Formen des Substanzkonsums sowie ihre Probleme sind hier eingebettet. Unter den obigen Bedingungen müssen die Heranwachsenden ihre eigene Identität und Handlungsfähigkeit (in Auseinandersetzung und letztlich Anerkennung der Tatsachen des Lebens – dazu gehören die ungleich verteilten Ressourcen und Möglichkeiten) aktiv schaffen. Für ihre Verhaltensentwicklung bewegen sie sich heute nicht nur „außerhalb traditioneller Bahnen“ – die Entgrenzung der Standardlebensformen und geschlechtsspezifischen Rollenmuster gilt gewissermaßen für alle Generationen nach dem 2. Weltkrieg. Sie stützen sich auf durch die Vorgängergenerationen bereiteten kulturellen Wegen (die Kulturrevolte der 1968er und Folgen, neue soziale Begegnungen, Feminismus, Alternativ- und Subkulturen mit relevanten Identitätsentwürfen und Rollenmodellen). Dazu gehören auch Modelle des Substanzgebrauch, seiner Risiken wie seiner Kontrolle (zur „Normalisierungsthese“ s. u.). Auch hier

sind Ressourcen ungleich verteilt. Insofern ist der individuelle Kampf um Entwicklung und Identitätsbildung unvermeidlich (strukturell) mit Problemen, Störungen und Kränkungen verbunden, in deren praktische Bewältigung unter anderem Substanzkonsum eingebunden ist. In den Übergängen erproben Jugendliche und junge Erwachsene vorgegebene Rollen mit eigenen Selbstbildern in jugendtypischen Lebensstilen, die sowohl nach innen als auch nach außen subjektive Handlungsfähigkeit und Souveränität gegenüber den äußeren Anforderungen demonstrieren. Selbstinszenierungen verschiedener jugendkultureller Ausprägungen wie Techno oder Hip-Hop, die zumindest teilweise in klarer Abgrenzung zu den Drogenkulturen der Erwachsenen spezifische Drogenkulturen (wie Ecstasy oder Cannabis) umfassen, dienen bei den Übergangsprozessen als sozialer, kultureller, ästhetischer Halt (Stauber, 2001). Zu den Entwürfen gehört auch die in der Regel gelingende Einübung kontrollierter Konsummuster – aber in der ganzen riskanten Konstellation ist das Risiko eines übergroßen Platzes von Drogen, einer Chronifizierung von Drogenkonsum eingebaut, die die Bewährungsprobe außerhalb der Jugendkultur nicht besteht (Stauber, 2001). Die real und symbolisch wichtigere Selbstverantwortung und überforderte interne Mittel der Verarbeitung von Enttäuschungen erhöhen hier das Risiko, das Scheitern an selbst gestellten und äußeren Anforderungen intensiver zu erleben und sie erhöht das Risiko des Rückzugs ebenso, wie der Ausgrenzung. Problematischer Substanzkonsum droht dann stärker als Versagen gegenüber der „selbstverständlichen“ Anforderung nach Selbstkontrolle des Individuums erlebt und verstanden zu werden – mit dem Risiko, im jeweiligen Setting nicht aufgefangen werden zu können.

(F) Realität von (Entwicklungs-)krisen: Im Verlauf ihrer Entwicklung erfahren aktuell etwa ein Drittel der Heranwachsenden (Lebens-)Krisen, die bis zu relevanten psychischen Störungen führen (Wittchen & Jacobi, 2001). Solche Störungen, wie Depression, Ängste, Phobien, Manien oder Abhängigkeiten werden mit ihrer Bewältigung zumeist in ihre Selbst- und Lebensführung integriert. „Verfestigungen“ werden in der Regel erst manifest, wenn sie mit andauernden funktionalen Beeinträchtigungen, wie der (altersentsprechenden) sozialen Teilhabe verbunden sind und sich damit zu personalen Sinnkrisen erweitern können (Franck, 2017).

Abhängigkeit in Verbindung mit funktionalen und Teilhabe-Beeinträchtigungen ist als Indikator der Grenze lebbarer, individueller/personaler Verhaltensmöglichkeiten zu untersuchen und vor allem in den primären Beziehungen ernst zu nehmen – gegenüber der alltäglichen Praxis der Verleugnung, Ignoranz oder Ausgrenzung. Insofern ist an der Realität der „Störung“ bzw. des „sozialen Problems“ unabhängig von deren variablen Operationalisierungen – zum Krankheitsverständnis (Heinz, 2014) – als Heuristik festzuhalten, vorrangig nicht für Diagnostik, sondern mit dem Anspruch der Linderung individuellen Leids bzw. Schadensminderung.

Dafür gilt es, im Lebensvollzug/Alltagsleben in Beziehungen, Subkulturen, Lebenswelten für den Akteur, den (individuell) lebbareren Möglichkeiten mit den „realen Grenzen“ (Beschränkungen innen und außen) nachzugehen. Das bedeutet: ernst nehmen der Inkonsistenzen, Spannungen, Ambivalenzen, die im Lebensvollzug in Lebensbereichen systematisch entstehen, die zwingend durch den Akteur gehandhabt werden müssen und zwischen lebbareren Arrangements und Beeinträchtigungen des Selbst und der Teilhabe oszillieren. Tatsächlich ist die „Aufrechterhaltung gelingenden Alltagslebens“ der Person nur in dem für sie lebbareren Spektrum (Verschränkung von Biologischem und Kulturellen – s. u.) möglich. Die (Verhaltens-)Grenzen sind praktisch bearbeitbar, teilweise verschiebbar, – aber nicht ignorierbar. Den Umgang mit lebbareren Grenzen durch Vergegenwärtigung („Rekonstruktion“) von biologischen/körperlichen Möglichkeiten und gelernten Automatismen in Wahrnehmung, Denken und Handeln zu verstehen und akzeptieren zu lernen, ist Anspruch der Therapie von Problemen mit Substanzkonsum (vgl. insbesondere Heinz, 2017; Klein, 2014).

(G) Normalisierung, Selbstbeobachtung, (Selbst-)Identität: Zu berücksichtigen sind neuere Forschungen zum Komplex „Risiken und Chancen“ der Identitätsentwicklung, die der Normalisierung des Substanzkonsums als Aspekt der Lebenswelt empirisch und theoretisch nachgehen. Im Verlauf der letzten 50 Jahre haben sich Ansprüche auf Selbstbestimmung (soziale Verallgemeinerung der Wertideen der Autonomie) hinsichtlich (pluraler) Lebensformen und -stile (inklusive Substanzkonsum) sowie die Bedingungen ihrer Etablierung gegenüber traditionellen Wert- und Ordnungsvorstellungen nicht nur entwickelt, sondern ab den 1980er Jahren kulturell als bestimmend durchgesetzt. Es etablieren sich neue Anleitungen für Lebensbewältigung mit neuen Formen der Verhaltensregulierung. Das Individuum muss sich stärker aktivieren und kontrollieren (Giddens, 1991; Reckwitz, 2018). Das gilt insbesondere bezogen auf die Jugend (Calmbach et al., 2016; Franck, 2017; Uhlmann, 2017). Bezogen auf soziale Regulierung von Substanzkonsum sind die politischen Konsequenzen aus diesen Prozessen nicht gezogen. In Untersuchungen zur Normalisierung des Substanzkonsums wird die Bedeutung aktueller dominanter kultureller Strukturen benannt: Individualität, die Suche nach Genuss, Konsumorientierung, Anerkennung in der Gruppe und die Kultur der Effektivität (Bauman, 1998). Hiernach begünstigen diese kulturelle Strukturen die Normalisierung des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen – insbesondere Alkohol, Cannabis, Kokain und NPS – für einen relevanten Teil im Zentrum bzw. „in der Mitte“ der Gesellschaft und nicht nur in marginalisierten und/oder abweichenden Subkulturen (Parker, 2003). Es gilt das Wissen der Mechanismen zur „Normalisierung“ und Einbau des Substanzkonsums in die Lebensführung, in Beziehung zum Wissen um die „Selbständigungsprozesse“ (mit und ohne professionelle Hilfe) von Personen mit Abhängigkeit (Bischof et al., 2003; Cloud & Granfield, 2001; Gell et al., 2016) zu setzen. Dabei sind Faktoren genauer zu bestimmen, die es Personen ermöglichen, bzw.

sie behindern, bestimmte Handlungsstrategien zu entwickeln, Präferenzen zu bilden und spezifische Wahlen zu treffen. Die bislang identifizierten Gründe für Änderungen, die eingesetzten Strategien etwa zur Erreichung von Abstinenz oder weniger schädlichem Konsum unterscheiden sich für Selbsthilfe, „kontrolliertes Trinken“, Selbstmanagement oder Therapie marginal. Das gilt vermutlich auch für die sozialisierten Fähigkeiten zur „Selbstbeobachtung“ und Reflexivität. Die Aufgabe ist, anhand der in der Forschung identifizierten zentralen Mechanismen von Änderungsprozessen bei Substanzgebrauch herauszuarbeiten, wie (unter welchen Bedingungen) es Personen in ihrer Lebenspraxis eher gelingt, ihre Fähigkeiten nutzen, sich selbst und die eigene Lebensführung zu beobachten, zu bilanzieren und Wahlen zu treffen. Die wissenschaftliche Befassung mit diesen Mechanismen, ihr Eindringen in das Alltagsleben, ein geändertes Verständnis von „Selbstidentität“ in der „Spätmoderne“ sind umfassend als „Life Politics“ bei Giddens (1991) – allerdings nur am Rande bezogen auf Substanzkonsum und Abhängigkeiten – erörtert. Die identifizierten Prozesse bleiben gültig, aber ihr Kontext hat sich durch die mit der Durchsetzung des Neoliberalismus reaktivierten, sozialen Polarisierungen verschoben (Kastenbutt et al., 2014). Die letzten Jahrzehnte kennzeichnet beides: die Normalisierung und die Polarisierung. Die Verengung der Sicht auf Normalisierung ignoriert die strukturbedingten, zeitweisen oder dauerhaften Schwierigkeiten gelingender Selbst- und Lebensführung, begünstigt neue Ausgrenzungen. Eine solche Stigmatisierung und Ausgrenzung der anderen, die mit exzessivem Substanzkonsum aus dem „normalen Leben“ fallen, erfolgt zunehmend unter dem Etikett der „Impulsivität“ für Personen mit Abhängigkeitsproblemen, mit dem sich die Gesellschaft der Verantwortung entzieht (genauer Heinz, 2017, S. 364 f.). Insofern wird die Generalisierung der „Normalisierung“ von denjenigen, die ethnographische Drogenforschung in Szenen betreiben, zu Recht als zutreffend bestritten (Beccaria & Prina, 2017).

(H) *Die realen „Verschränkungen“ denken:* Für Phänomene wie Substanzkonsum und Abhängigkeit ist der typisch menschliche Doppelaspekt von Natur/Kultur, Körper/Geist oder in aktuelleren Kategorien der bio-psychischen und soziokulturellen Phänomene konstitutiv. Die bio-psychischen (Effekte der psychotropen Substanzen auf das Nervensystem – körperlich und psychisch/mental) und soziokulturellen (in kulturell geprägten Beziehungen sozialisierte Bedeutungen von Substanzkonsum für Selbst- und Lebensführung) sind im Lebensvollzug verschränkt. Das Alltagsverständnis „weiß“ erfahrungsbasiert um die Wirkung verschiedener „Genussmittel“ auf Körper wie Geist. Was im Alltag als „zusammengehörig“ erlebt und erfahren wird, will Wissenschaft und Praxis verstehen/erklären und zergliedert die Bestandteile aus methodischen Gründen, um Wissen zu generieren (vgl. Degkwitz in diesem Band, → S. 62). Die Rückkopplung gelingt umso eher, als die Phänomene in ihrer realen Verschränkung rekonstruiert werden (im Unterschied zu Zerlegung und Reduktion auf die einzelwissenschaftlichen Traditionen).

Die Berücksichtigung der „Verschränkung“ von Natur/Kultur oder Nature/Nurture geht über die Frage psychotroper Substanzen hinaus und berührt in Verbindung mit Abhängigkeit als Erkrankung des Gehirns („Addiction as a Brain Disease“) (Kalivas & Volkow, 2005) und der Auseinandersetzung mit dieser Konzeption grundlegende Fragen des Menschen und der Erkenntnistheorie.

„Es ist immer noch nicht hinreichend anerkannt, dass der natürliche Prozesse menschlicher Reife und der gesellschaftliche Prozess erlernter Selbstregulierung, bezogen auf den zivilisatorischen Code einer Gesellschaft, keineswegs gegensätzlich sind, sondern einander vielmehr voraussetzen und ineinander-greifen.“ (Elias zit. n. Ehrenberg, 2019, S. 402)

Das Zusammenhalten dieser Aspekte menschlicher Entwicklung und Verhaltensbildung kann sich heute auf empirie-gesättigte Modelle der evolutionären Entwicklungspsychologie und Ontogenese stützen (s. zusammenfassend Tomasello, 2020).

Die an der Beforschung von Substanzkonsum und Abhängigkeit beteiligten Erfahrungswissenschaften stehen jeweils vor der Herausforderung, die Aspekte (von „Körper und Geist“) „zusammenzuhalten“ und der Versuchung zu widerstehen, Einzelbefunde (vorschnell) in den vorherrschenden dualistischen Traditionen zu interpretieren: naturwissenschaftlich (z. B. neurobiologisch) oder kulturwissenschaftlich (z. B. konstruktivistisch). In den dichotomen Sichtweisen verschwinden die tatsächlichen Verschränkungen (etwa des „neuropsychologischen“ oder des „psychozialen“), die „Zwischenphänomene“ von Körper/Geist, bei denen geblieben werden muss, d. h. deren „Zusammenhang“ „rekonstruiert“ und aufgeklärt werden muss, wenn es im Lebensvollzug helfen soll. Auflösung der Verschränkung in beliebiges Springen zwischen „Körper und Geist“ bei Substanzkonsum und Abhängigkeit zwischen (körperlichen, pharmakologischen) Automatismen und einem jederzeit möglichen „bewussten Zugriff“ des Subjekts, ist genau das, was in unserer Kultur als erste Stufe von (Selbst-)Verständigung bereit liegt (aber praktisch ohnmächtig bleibt, insbesondere bei realen Nöten mit Substanzkonsum).

Damit verbunden ist es Aufgabe von Wissenschaft, den erweiterten Kenntnisstand zu Substanzkonsum und Abhängigkeit und die vorhandenen kulturellen (und professionellen) Lernprozesse in einer Weise öffentlich zu machen, dass sie in Bildung, Kultur, Medien und Politik eingehen und den bestehenden Common Sense transformieren können. Bislang sind die „100 Jahre Kampflieder“ gegen „die Süchtigen“ (Hari, 2015) nicht verstummt, sondern bestenfalls relativiert. Die erforderlichen kulturellen Änderungen waren unter der Dominanz des „War on Drugs“ und der politischen „Drug-Scaring“ Kampagnen erschwert, aber mit der Etablierung von Harm Reduction in der europäischen Drogenpolitik (Rhodes & Hedrich, 2010) bestehen neue Optionen für die fällige Transformation von Drogenpolitik und -praxis. Die öffentlichen Lernprozesse bei Substanzkonsum und Abhängigkeit sind möglich und erforderlich wie bei Behindertenrechten, psychischen Störungen oder sexuellen Orientierungen.

Literatur

- Amendt, G. (1992). *Die Droge, der Staat, der Tod Auf dem Wege in die Drogengesellschaft*. Hamburg: Rasch und Röhrling.
- Anglin, M. D., Brecht, M. L., Woodward, J. A. & Bonett, D. G. (1986). An empirical study of maturing out: Conditional factors. *International Journal of the Addictions*, 21(2), 233-246.
- Bauman, Z. (1998). On glocalization: Or globalization for some, localization for some others. *Thesis eleven*, 54(1), 37-49.
- Beccaria, F. & Prina, F. (2017). Sociological perspectives. In Kolind, T., Thom, B. & Hunt, G. (Hrsg.), *The Sage Handbook of Drug and Alcohol Studies: Social Science Approaches* (S. 30-48). New York: Sage.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: edition suhrkamp.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. London: Free press of Glencoe.
- Best, D. (2012). *Addiction recovery: a movement for social change and personal growth in the UK*. Brighton: Pavilion Publishing.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2003). Types of natural recovery from alcohol dependence: a cluster analytic approach. *Addiction*, 98(12), 1737-1746.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1996). *Reflexive Anthropologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourgois, P. (2003). *In search of respect: Selling crack in El Barrio*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourgois, P. & Schonberg, J. (2009). *Righteous dope fiend* (Vol. 21). Berkeley, California: University of California Press.
- Calmbach, M., Borgstedt, S., Borchard, I., Thomas, P. M. & Flaig, B. B. (2016). *Wie ticken Jugendliche 2016? Lebenswelten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland*. Heidelberg: Springer.
- Cloud, W. & Granfield, R. (2001). Natural recovery from substance dependency: Lessons for treatment providers. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), 83-104.
- Courtwright, D. T. (2001). *Dark paradise*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Courtwright, D. T. (2009). *Forces of habit: Drugs and the making of the modern world*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S. & Chou, P. S. (2006). Estimating the effect of help-seeking on achieving recovery from alcohol dependence. *Addiction*, 101(6), 824-834. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01433.x
- Degkwitz, P. (2014). Konsumreduktion oder die (unabgeschlossene Geschichte der) Zieldifferenzierung in der Suchtbehandlung. *Suchttherapie*, 15(04), 154-164.

- Dörner, K. (2017). Wege der Psychiatrie (Psychatriegeschichte). In Dörner, K., Plog, U., Bock, T., Brieger, P., Heinz, A. & Wendt, F. (Hrsg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 687-714). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Ehrenberg, A. (2019). *Die Mechanik der Leidenschaften Gehirn, Verhalten, Gesellschaft* (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Eisenbach-Stangl, I., Mäkelä, K. & Schmidt-Semisch, H. (2000). Gesellschaftliche Reaktionen auf Drogenkonsum und Drogenprobleme. In Uchtenhagen, A. & Zieglgänsberger, W. (Hrsg.), *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (S. 150-161). München, Jena: Urban & Fischer.
- Elias, N. (1976). *Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen* (1939). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Franck, C. K. (2017). Der sich und Andere entwickelnde Mensch (Kinder- und Jugendpsychiatrie). In Dörner, K., Plog, U., Bock, T., Brieger, P., Heinz, A. & Wendt, F. (Hrsg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 135-202). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Fuchs, T. (2015). Wege aus dem Ego-Tunnel. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 63(5), 801-823.
- Gell, L., Bühringer, G., McLeod, J., Forberger, S., Holmes, J., Lingford-Hughes, A. & Meier, P. (2016). *What determines harm from addictive substances and behaviours?* Oxford: Oxford University Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.
- Gossop, M. (2017). *Living with drugs*. London: Routledge.
- Granfield, R. & Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York: NYU press.
- Hailwood, M. (2011). Sociability, work and labouring identity in seventeenth-century England. *Cultural and Social History*, 8(1), 9-29.
- Hailwood, M. (2017). Historical perspectives. In Kolind, T., Thom, B. & Hunt, G. (Hrsg.), *The Sage Handbook of Drug and Alcohol Studies: Social Science Approaches* (S. 9-29). New York: Sage.
- Hall, S. & Jefferson, T. (2006). *Resistance through rituals: Youth subcultures in post-war Britain*. London: Routledge.
- Hari, J. (2015). *Drogen: die Geschichte eines langen Krieges*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Heinz, A. (2014). *Der Begriff der psychischen Krankheit* (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Heinz, A. (2017). Der sich und Andere versuchende Mensch (Abhängigkeit). In Dörner, K., Plog, U., Bock, T., Brieger, P., Heinz, A. & Wendt, F. (Hrsg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 361-424). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Hitzler, R. & Niederbacher, A. (2010). *Leben in Szenen: Formen juveniler Vergemeinschaftung heute*. Heidelberg: Springer.
- Hogarth, W. (1751). *Beer Street and Gin Lane*. Verfügbar unter: https://en.wikipedia.org/wiki/Beer_Street_and_Gin_Lane

- Hser, Y.-I., Longshore, D., Brecht, M.-L. & Anglin, M. D. (2005). Studying the natural history of drug use. *Epidemiology of drug abuse*, 29-43.
- Jackson, K. M. & Sartor, C. E. (2016). The natural course of substance use and dependence. In Sher, K. J. (Hrsg.), *The Oxford handbook of substance use and substance use disorders* (S. 67-131). Oxford: Oxford University Press.
- Jellinek, E. M. (1952). Phases of Alcohol Addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 673-684.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Kalivas, P. W. & Volkow, N. D. (2005). The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1403-1413.
- Kastenbutt, B. (2019). Soziologie der Sucht und ihrer Geschichte. In Feustel, R., Schmidt-Semisch, H. & Bröckling, U. (Hrsg.), *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive* (S. 119-129). Heidelberg: Springer VS.
- Kastenbutt, B., Legnaro, A. & Schmieder, A. (2014). *Soziale Ungleichheit und Sucht: Ursachen, Auswirkungen, Zusammenhänge* (Vol. 7). Münster: LIT Verlag.
- Klein, R. (2014). *Lob des Zauderns. Navigationshilfen für die systemische Therapie von Alkoholabhängigkeiten*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Krüger, H. P. (1999). *Zwischen Lachen und Weinen. Bd.1 Das Spektrum menschlicher Phänomene*. Berlin: Akademie Verlag.
- Legnaro, A. (2000). Rausch und Sucht in der Sozial- und Kulturgeschichte Europas. In Uchtenhagen, A. & Zieglgänsberger, W. (Hrsg.), *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. München, Jena: Urban & Fischer.
- McRobbie, A. & Garber, J. (2006). Girls and subcultures. In Hall, S. & Jefferson, T. (Hrsg.), *Resistance through rituals: Youth subcultures in post-war Britain* (S. 207-221). London: Routledge.
- Measham, F., Newcombe, R. & Parker, H. (1994). The normalization of recreational drug use amongst young people in North-West England. *British Journal of Sociology*, 287-312.
- Page, J. B. & Singer, M. (2010). *Comprehending drug use: Ethnographic research at the social margins*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Page, J. B. & Singer, M. (2017). Anthropological study of drug use: methodological and theoretical considerations. In Kolind, T., Thom, B. & Hunt, G. (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Drug and Alcohol Studies: Social Science Approaches* (S. 69-84). New York: Sage.
- Parker, H. (2003). Pathology or modernity? Rethinking risk factor analyses of young drug users. *Addiction Research & Theory*, 11(3), 141-144.
- Parker, H. (2005). Normalization as a barometer: Recreational drug use and the consumption of leisure by younger Britons. *Addiction Research & Theory*, 13(3), 205-215.
- Parker, H., Williams, L. & Aldridge, J. (2002). The normalization of 'sensible' recreational drug use: Further evidence from the North West England longitudinal study. *Sociology*, 36(4), 941-964.
- Quensel, S. (1982). *Drogenelend. Cannabis, Heroin, Methadon: Für eine neue Drogenpolitik*. Frankfurt New York: Campus.

- Race, K. & Brown, R. (2016). Cultural Studies Approaches to Drugs and Alcohol. In Kolind, T., Thom, B. & Hunt, G. (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Drug & Alcohol Studies: Social Science Approaches* (S. 100-116). New York: Sage.
- Reckwitz, A. (2018). *Die Gesellschaft der Singularitäten zum Strukturwandel der Moderne* (5. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Reckwitz, A. (2021). Gesellschaftstheorie als Werkzeug. In Reckwitz, A. & Rosa, H. (Hrsg.), *Spätmoderne in der Krise: Was leistet die Gesellschaftstheorie?* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rehm, J., Manthey, J., Shield, K. D. & Ferreira-Borges, C. (2019). Trends in substance use and in the attributable burden of disease and mortality in the WHO European region, 2010-16. *European Journal of Public Health*, 29(4), 723-728.
- Rhodes, T. & Hedrich, D. (2010). Harm reduction and the mainstream. *Monographs*, 19.
- Robins, L. N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation? *Addiction*, 88(8), 1041-1054.
- Singer, M. (2007). *Drugging the poor: Legal and illegal drugs and social inequality*. Illinois: Waveland Press.
- Singer, M. (2012). Anthropology and addiction: an historical review. *Addiction*, 107(10), 1747-1755.
- Singer, M., Jia, Z., Schensul, J. J., Weeks, M. & Page, J. B. (1992). AIDS and the IV drug user: The local context in prevention efforts. *Medical Anthropology*, 14(2-4), 285-306.
- Stauber, B. (2001). Übergänge schaffen. Jugendkulturelle Zusammenhänge und ihre Bedeutung für das Erwachsenwerden am Beispiel Techno. In Hitzler, R. & Pfadenhauer, M. (Hrsg.), *Techno-Soziologie. Erkundungen einer Jugendkultur* (S. 119-136). Opladen: Leske und Budrich.
- Stöver, H. & Schäffer, D. (2014). SMOKE IT! Promoting a change of opiate consumption pattern-from injecting to inhaling. *Harm Reduction Journal*, 11(1), 1-8.
- Tomasello, M. (2020). *Mensch werden – eine Theorie der Ontogenese*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Uhlmann, C. (2017). Wie „tickt“ die Jugend? In Kipp, H., Richter, A. & Rosenstock-Heinz, E. (Hrsg.), *Adoleszenz in schwierigen Zeiten. Wie Jugendliche Geborgenheit und Orientierung finden* (S. 11-20). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- White, W. (2007). Addiction Recovery: Its Definition and Conceptual Boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 229-241.
- Willis, P. E. (2006). The cultural meaning of drug use. In Hall, S. & Jefferson, T. (Hrsg.), *Resistance through rituals: Youth subcultures in post-war Britain* (S. 105-117). London: Routledge.
- Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin on Narcotics*, 14, 1-7.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and setting the basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.

IV Modelle zu Entstehung und Verlauf von Substanzkonsum und Abhängigkeit

Peter Degkwitz

1 Phänomene und Konzepte

In diesem Abschnitt geht es nicht um die „Theorie der Sucht“, sondern um etablierte Konzepte zum Verständnis von Problemen bzw. Störungen in Verbindung mit Substanzkonsum und Abhängigkeit, die auf erfahrungswissenschaftlich, also empirisch gewonnenen Daten und Korrelationen beruhen. Die (Experten-)Konzepte integrieren und generalisieren gefundene Aspekte zu Erklärungen und Definition des „Suchtphänomens“ auf Grundlage zumeist impliziter Annahmen zur „menschlichen Natur“ sowie zu Verhältnissen zwischen Körper (Biologie), Individuum (Psyche) und Gesellschaft (Soziales, Kultur). Zur Realität solcher Konzepte zum Substanzkonsum gehört insofern, dass sie jeweils moralisch aufgeladen und umkämpft sind (Room, 2005) und als solche die Verständnis- und Umgehensweise von Professionen, der Institutionen, von Betroffenen sowie der Gesellschaft sowohl repräsentieren als auch prägen. Ausgangspunkt sind die etablierten Beschreibungen und Definitionen des Phänomens:

„Abhängigkeit wird übereinstimmend definiert als eine Gruppe von körperlichen, Verhaltens- und kognitiven Phänomenen, bei denen der Konsum einer Substanz eine hohe Priorität hat. Ein entscheidendes Merkmal ist das dringende, oft übermächtige Verlangen nach einer Droge sowie ein fortgesetztes Verhalten zur Erlangung der Droge. Die Auslöser sowie die Folgen können psychischer, biologischer oder sozialer Natur sein.“ (Uchtenhagen & Zieglgänsberger, 2000)

Auf der Ebene der Politik sowie des Versorgungssystems werden unter Bezug auf öffentliche Gesundheit und Menschenrechte Störungen in Verbindung mit Substanzkonsum („Drug Use Disorders“) nach ICD definiert (s. Bischof in diesem Band, → S. 17) und komplex verstanden. „Drogenabhängigkeit ist das Resultat einer komplexen, dynamischen Interaktion von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren“ (World Health Organization [WHO], 2020).

Dieses sich erst in den letzten Jahrzehnten etablierende breitere Verständnis hat politischen und praktischen Spielraum jenseits von Kriminalisierung und Diskriminierung eröffnet und benennt mit dem bio-psycho-sozialen Modell einen Rahmen, der über das traditionelle medizinischen Modell hinausgeht (WHO, 2020). Wichtige Folgen waren eine breitere Deskription von Substanzkonsum

und Abhängigkeit, einzelwissenschaftlicher und interdisziplinärer Wissenszuwachs und die Etablierung von Harm-Reduction Maßnahmen (zumindest in Europa).

In dieser Übersicht wird versucht, die Konzepte als (Denk-)Werkzeuge, als „Tools“ zu sichten. Die Vorstellung und der Durchgang bemühen sich um ihre „praktische Integration“. Das würde bedeuten, die Einzelkonzepte als Heuristiken für die Abklärung von individueller Lage und für die Entwicklung von Hilfe/Therapie als Rahmen für experimentelles wie pragmatisches Herangehen zu nutzen. Das Grundverständnis der Sondierung ist, dass Substanzkonsum in allen Ausprägungen als ein Handlungs-/Verhaltensmuster von Personen verstanden wird, das sich – wie alle menschlichen Handlungsmuster – auf körperlicher und psychischer Grundlage, in sozialen Beziehungen unter soziokulturellen Rahmenbedingungen ausbildet. Die Aneignung der Muster durch Akteure wird als jeweils funktional für die Lebensführung (bezogen auf das Selbst, die Beziehungen zu anderen, den Körper) angesehen (routinisiert sich oder verflüchtigt sich mit verändertem Kontext, wie andere Verhaltensweisen auch). Die historische und anthropologische Forschung hat sich erst in den letzten Jahrzehnten von der Pathologisierung von Substanzkonsum gelöst (s. Degkwitz in diesem Band, → S. 62). Es geht nicht um die „drogenfreie Welt“ (UN-Ziel bis 2008), sondern um pragmatisches „Leben mit Drogen“ (Gossop, 2017). Eine sich im Verlauf bildende, substanzbezogene Abhängigkeit wird immer als ein Selbsthilfe-/Problemlöseversuch bezogen auf Lebensprobleme verstanden, der gelingen oder scheitern kann. Abhängigkeit wird zum Problem bzw. zur Störung, wenn sich dieser Problemlösungsversuch „aufgrund bestehender innerer wie äußerer Grenzen der personalen Verhaltensbildung zu einem Leiden verfestigt. „Gesundheit“ und „Krankheit“ werden dimensional verbunden mit dem Begriff der „funktionalen Gesundheit“ der ICF verstanden (WHO, 2005). „Krankheitswertig“ wären demnach Symptome in Verbindung mit Substanzkonsum und Abhängigkeit, „wenn sie entweder erhebliches individuelles Leid verursachen oder die soziale Teilhabe massiv beeinträchtigen“ (Heinz, 2014, S. 255, 329 ff.). Dass im Fall von Abhängigkeiten die eigenständige Wiedererlangung der Kontrolle der empirisch relevanteste Weg ist, relativiert nicht die massiven Probleme von Abhängigkeit (als Krankheit, Störung oder soziales Problem zur Anschauung gebracht) und vor allem entlässt es die Gesellschaft nicht aus der Verantwortung für diejenigen, die (mit der Abhängigkeit) die Kosten der gesellschaftlichen Entscheidung jederzeitiger Verfügbarkeit, der Freiheit der Konsumierenden und des freien Marktzuganges der Produzenten für psychotrope Substanzen tragen (Heinz, 2019).

Bislang bleibt die Tatsache, dass zwar alle psychotropen Substanzen Abhängigkeitspotential haben, aber der weit überwiegende Teil der Konsumierenden diese gebraucht, ohne abhängig zu werden und der Großteil derjenigen, die im Verlauf des Lebens eine Abhängigkeit entwickelt, diese selbständig (ohne professionelle Hilfe) überwinden (s. Bischof in diesem Band, → S. 106), für das

Verständnis der beteiligten Prozesse unberücksichtigt. Die mit der Vermeidung oder Überwindung der Abhängigkeit verbundenen individuellen und sozialen Prozesse der instrumentellen Nutzung und des selbstbestimmten Umgangs mit psychotropen Substanzen, inklusive jeweiliger Krisen und Risiken, sind von zentraler Bedeutung für Verständnis und entsprechende Interventionen, indem sie den sozialen Abgrund (Desintegrationsprozesse, Stigmatisierung) zu den „abhängigen Verhaltensweisen“ überbrücken helfen. Daher soll im Folgenden die Änderungsperspektive (unter Respektierung von Würde und Selbstbestimmung) für die Sondierung der Konzepte besonders beachtet werden. Es geht darum, die „Schwelle“ zu (er)klären zwischen ablaufenden Prozessen (Determinismen, sich „selbst-organisierenden Systemen“) und wechselseitigen Bedingungen des „Zugriffs“ von „außen“ (Umstände) und „innen“ (personal).

Die Vollständigkeit (hinsichtlich der Konzepte) ist in diesem Beitrag nicht das Anliegen, sondern es geht um Identifizierung derjenigen Beiträge der Einzelwissenschaften, die (aus Sicht des Autors) die interdisziplinäre bzw. integrierte Sicht – gleich ob bio-psycho-sozial, sozialökologisch oder systemtheoretisch – stützen und (im Sinne „klinischer Praxis“) einer Linderung von Problemen in Verbindung mit Substanzkonsum und Abhängigkeit verpflichtet sind – also einer „Public Health“, „Life Sciences“ sowie Menschenrechts-Perspektive.

2 Biologische Perspektiven und Modelle

Die letzten Jahrzehnte sind mit enormen Wissenszuwachs bezogen auf neurobiologische Grundlagen, insbesondere in Verbindung mit dem Konsum psychotroper Substanzen verbunden. Grundlage der Untersuchung der Hirnaktivität sind die neueren, nicht invasiven Methoden bildgebender Verfahren wie die Kernspintomographie.

Ausgangspunkt der Betrachtung ist: Psychotrope Substanzen ändern körperliche (physisch/psychische) Zustände und Prozesse. Offenbar ist das die biologische Grundlage ihre Anziehungskraft für Menschen. Daher hat die Neurobiologie bei Substanzkonsum und Abhängigkeit eine im Vergleich zu anderen psychischen Störungen unmittelbare Relevanz. Dabei geht es um mehr als die Tatsache, dass jedes psychische Erleben, jeder mentale Zustand neurobiologische Korrelate hat. Drogen sind psychotrope wirksam, weil ihre Einnahme durch die Beeinflussung neurochemischer Prozesse zur Aktivierung oder Hemmung bestimmter neuronaler Schaltkreise führt. Ihre psychotrope Wirkung entfalten die Substanzen auf Grundlage der Ähnlichkeit von Drogenmolekülen mit körpereigenen Transmittern und ihres daraus folgenden Potentials, an den Synapsen der Neuronen anzudocken. Daher stimulieren psychotrope Substanzen Hirnstrukturen direkt, „unter Umgehung physiologischer Kontrollmechanismen, denen sensorische afferente Reize natürlicherweise unterworfen sind“ (Rommelspacher, 1998). Auf allen Stufen der elektrochemischen Signalketten zwischen Nervenzellen

können Drogen eingreifen und die Abläufe beschleunigen bzw. verstärken oder verzögern bzw. abschwächen.

„Drogen greifen an der Ausschüttung der Überträgerstoffe, an ihrem Abbau und durch Bindung an den Rezeptoren an und beeinflussen so die Informationsübertragung an diesen Schaltstellen des Gehirns – sie beschleunigen oder verlangsamen diese Prozesse, was als Stimulation oder Beruhigung erlebt wird.“ (Tretter, 1998)

Die spezifischen neurochemischen Grundprozesse sind bei allen Drogen untersuchbar. Jeweils spezifisch wird bei andauerndem Drogengebrauch der Haushalt der Übertragungsstoffe (Aufbau, Abbau) gestört, mit der Folge, dass bei der Minderung der Stoffzufuhr physische/psychische Symptome auftreten. Die neurochemischen Ungleichgewichte dauern über bestimmte Phasen an und sind je nach Substanz über unterschiedliche Zeitdauer reversibel.

Dopamin als Transmitter spielt bei den Konzepten zu Substanzgebrauch und Abhängigkeit eine besondere Rolle. Die Vermittlung der Motivation, zum Suchtmittel zu greifen, wird als die zentrale Funktion des dopaminergen Systems gesehen. So führen alle derzeit bekannten psychotrop wirksamen Substanzen zu einer Beeinflussung des Neurotransmitters Dopamin in verschiedenen limbischen Strukturen des zentralen Nervensystems. Dopamin interagiert in diesen Strukturen mit unterschiedlichen Dopamin-Rezeptoren. Die zentrale These ist, dass die Aktivierung des Dopamin-Systems durch eine Droge zu einer positiven Verstärkung (Reward) führt: Es kommt zu einer Zunahme aller Verhaltensweisen, die den Zugang zur Droge begünstigen.

„Verhaltenspharmakologische Untersuchungen zeigen, dass der Neurotransmitter Dopamin dabei nicht direkt Glücksgefühle oder Euphorie produziert, sondern die *Aufmerksamkeit für neue Reize* steigert und daran beteiligt ist, dass bestimmte Reize verstärkt wahrgenommen werden. Erhöht sich also die Konzentration von Dopamin, dann wird eine Reizsituation besonders betont und vorher neutrale Stimuli, die zeitlich und räumlich mit diesem Verstärker gekoppelt werden, werden attraktiver.“ (Zieglänsberger, 2000)

Neurobiologische Konzepte untersuchen, inwieweit das „starke Verlangen“ und die „verminderte Kontrolle“ des Umgangs mit der Substanz als Symptome der Abhängigkeit Korrelate im Gehirn haben und wie diese funktionieren. Dabei geht es um den Einfluss von Drogen auf die motivierenden Systeme (sogenanntes „Belohnungssystem“). Ausgangspunkt der Untersuchungen war die empirisch fundierte Erkenntnis, dass bestimmte mesolimbisch-mesokortikale Neuronenverbindungen, die durch natürliche Stimuli wie Essen und Trinken, sexuelle Aktivität und mütterliches Fürsorgeverhalten angeregt werden, auch durch psychotrope Substanzen wie Alkohol, Nikotin, Opiate, Kokain, Amphetamine usw. aktiviert werden (Rommelspacher, 1998).

„Belohnungsprozesse setzen sich aus verschiedenen Komponenten zusammen: einer Anreizkomponente, auch als Verlangen oder Wollen (Wanting) bezeichnet, und einer mehr affektiven Komponente, dem sogenannten Mögen (Liking), welches die hedonistischen Aspekte der Belohnung reflektiert.“ (Zieglgänsberger, 2000, S. 28)

Das „Belohnungssystem“ verknüpft drogenspezifische Effekte auf neuronaler Ebene mit Emotionen/Erleben, „wodurch unter Umständen suchtspezifisches Verhalten entsteht, das dann durch wiederholte Verstärkung aufrechterhalten wird“ (Zieglgänsberger, 2000, S. 28). Zunehmendes Rauschverlangen und die Abhängigkeitsentwicklung werden so als mit selbstverstärkenden Erregungsschleifen im Hippocampus (limbisches System) gekoppelt verstanden.

„Der Mechanismus dieser neuralen Selbstverstärkung wird ‚Kindling‘ genannt und bedeutet, dass die Aktivierung dieses limbischen Schaltkreises bei der nächsten Aktivierung eine stärkere Reaktion hervorruft, dass also in gewisser Weise gelernt bzw. ‚erinnert‘ wird.“ (Tretter, 1998, S. 159)

Die „Sensitivierung“ von Systemen (hier das „Belohnungssystem“) wird als Korrelat „verminderter Kontrollfähigkeit“ verstanden.

„Die chronische Einnahme großer Mengen von Suchtstoffen führt [...] über adaptive Vorgänge wie Sensitivierung (Bahnung) und Desensitivierung (Toleranz) auf neurochemischer Ebene bzw. über Konditionierung- und Lernvorgänge aus systemisch-psychologischer Ebene zur Einschränkung der Verhaltensrepertoires des Individuums.“ (Rommelspacher, 1998, S. 1)

Damit beziehen sich die Modelle neuronaler Netze über die Zellchemie hinaus auf die für die Neuropsychologie von Substanzkonsum und Abhängigkeit relevante Makroperspektive, die Ebene von anatomischen Hirnstrukturen¹. Diese Strukturen werden als kreisförmig verbundene, miteinander verschaltete, anregende und hemmende Regelkreise betrachtet. Die Verbindungen werden über verschiedene Transmittersysteme hergestellt, die sich gegenseitig beeinflussen. Die Strukturen sind – so die Neurobiologie – ursächlich nicht nur an der Drogenwirkung, sondern auch an der Herausbildung von Abhängigkeit beteiligt. Generalisiert werden die neurobiologischen Erkenntnisse zu Substanzkonsum und Abhängigkeit (Verlangen/Motivation und verminderte Kontrollfähigkeit) im Modell „Addiction as a Brain Disease“ als „pathologische Entgleisungen der neurobiologischen Prozesse

¹ Die Neuropsychologie geht davon aus, dass drei wesentliche Ebenen des Gehirns bei der Sucht aktiv sind: *kortikale Ebene* (hier laufen kognitive Prozesse wie Erwartungen, Denken, Wahrnehmung und Pläne ab); *limbisch-subkortikale Ebene* (affektive Prozesse bewertender Vergleiche zwischen Wahrnehmungen und Erwartungen); *Hirnstamm-Ebene* (Aktivierung und Antrieb) (Tretter, 1998).

des Stoffwechsels im Gehirn“ verstanden (Kalivas & Volkow, 2005; Volkow, Fowler & Wang, 2003). Abhängigkeit als Störung von „Motivation und Kontrolle“ ist demnach bedingt durch vier verbundene neuronale Kreisläufe: Belohnung, Motivation und Antrieb (Drive), Gedächtnis und Lernen sowie Kontrolle. Alle Kreisläufe sind in ihrem Funktionieren durch Substanzen beeinflusst und daher generell für das Verständnis von Verhalten entscheidend.

Im Prozess der Gewöhnung ist die Gewichtung positiver Erfahrungen in „normalen“ Lebensbereichen (Nahrung, Sex) gegenüber pharmakologisch induzierten positiven Erfahrungen reduziert. Daraus ergibt sich ein verfestigender Kreislauf mit Einschränkung von Verhaltensoptionen. Dabei ist die zentrale Annahme, dass Motivation/Craving für Drogeneinnahme die Kontrollmöglichkeiten reduziert. Abhängigkeit ist somit die gesteigerte Aktivierung des Dopamin-regulierten Belohnungs-, Motivations- und Wissens/Gedächtnis-Kreislaufs, die den Kontroll-Kreislauf (die hemmenden Mechanismen des präfrontalen Kortex) „überwindet“ und somit zu kompulsivem Konsum führt. Abhängigkeit wird hier als eine Stoffwechselerkrankung des Gehirns verstanden. Dieses Konzept ist als Variante eines biologischen oder biomedizinischen Reduktionismus attraktiv (Diskussion der Kritiken und Empirie des Konzepts bei Heather et al., 2018; Volkow, Koob & McLellan, 2016). Die Kritiken des Verständnisses von Abhängigkeit als Gehirnerkrankung betonen, dass für die Erklärung von Verhaltensweisen wie der Abhängigkeit die Kopplung von neurobiologischen und soziokulturellen Prozessen nicht fundamental ist. Das (menschliche) Gehirn ist das Nervensystem eines lebenden Organismus, das die Orientierung in der (sozialen) Welt ermöglicht, das Verhältnis Organismus/Welt vermittelt und entsprechend in den Sinnstrukturen der sozialen Lebenswelt situiert ist. Insofern ist das Gehirn „Beziehungsorgan“ (Fuchs, 2021).

Die Dynamik des Erkenntnisgewinns im Bereich der Zellchemie darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die neurochemischen Strukturen und Prozesse im Endeffekt nur eine Veränderung der elektrischen Aktivität und Reaktivität der Zelle bewirken (Tretter, 1998, S. 164). Andererseits ist ein Effekt psychotroper Substanzen genau diese Modifikation. Die biologischen Modelle befassen sich mit den Prozessen, die verschiedene Drogen durch aktuelle oder chronische Einnahme hervorrufen. Auch wenn die Mechanismen zwischen „untersuchungstechnisch verhältnismäßig leicht gewinnbaren morphologisch-topographischen Struktur-Variablen und den psychologischen Funktions-Variablen“ (Tretter, 1998, S. 157) offen sind, ist die Realität der Verschränkung insbesondere beim „Entzugssyndrom“ offenbar. Ausgangspunkt ist der jeweils beschleunigende oder hemmende Eingriff psychotroper Substanzen in das fein abgestimmte Gleichgewicht zwischen verschiedenen neurochemischen Systemen.

„Durch akute oder anhaltend-chronische Einwirkung von Drogen wird das Gleichgewicht kurzzeitig oder anhaltend verändert. Beispielsweise wird durch Alkoholkonsum das aktivierende Dopamin-System und das hemmende GA-

BA-System verstärkt. Nach dem Alkoholkonsum schwingt sich das System wieder in die alte Gleichgewichtslage zurück.“ (Tretter, 1998, S. 184)

Mit zunehmender Anpassung der neurochemischen Systeme auf anhaltende Alkoholfuhr (aktivierte Systeme reduzieren die Eigenproduktion der Transmitter) wird ein „künstliches“ neurochemisches Gleichgewicht in Gehirn hergestellt. „Die Folge ist ein labiles Gleichgewicht, das bei Absetzen des Alkohols zu einer Entgleisung der Aktivitäten der Systeme führt“ (Tretter, 1998, S. 184 f.). Das Gehirn gerät aus dem Gleichgewicht und es tritt eine Entzugssymptomatik (Erregungszustand) mit Zittern, Schwitzen, Herzjagen, Bluthochdruck bis zu epileptischen Entzugskrampfanfällen auf.

„Diese Symptome werden häufig auch als ‚körperliche Abhängigkeit‘ bezeichnet. Das ist aber Unsinn, denn auch die Symptome der vermeintlich rein ‚psychischen Abhängigkeit‘, nämlich das starke Verlangen nach der Substanz und die verminderte Kontrolle im Umgang damit, haben natürlich ein Korrelat im Gehirn.“ (Heinz, 2019, S. 370)

Das Entzugssyndrom (biologisch, psychophysisch) wird als negativer Verstärkermechanismus als wichtiger Faktor für die Aufrechterhaltung der Abhängigkeit angesehen. Es gibt gute Gründe, die Entzugssymptomatik im Zentrum des Abhängigkeitsbegriffs zu belassen, wie dies Edwards (1990 nach Heinz, 2019, S. 365) konzipiert, um den stigmatisierenden Akzent von „Sucht“ bzw. „Addiction“ zu vermeiden.

Der Wissensstand zu neurobiologischen Prozessen, genauer der Biochemie psychotroper Substanzen ist in den letzten Jahrzehnten explodiert und ist, befördert durch dessen Zugänglichkeit über verschiedene Portale, Aspekt sowohl experimentellen Freizeitgebrauchs als auch von „Selbstmedikation“ im Alltagsleben (Wolff, Karch & White, 2016). Das Potential solcher Selbstaufklärung ist weitgehend ungenutzt.

3 Psychologische Perspektiven und Modelle

Psychologische Ansätze zur Abhängigkeit gehen davon aus, dass die jeweilige Verhaltensweise eine Funktion für das Individuum erfüllt – vom Motiv sozialer Anerkennung, dem Erzeugen von Euphorie bis hin zur Entlastung von negativen Gefühlen. Die „klassischen“ Ansätze (Verhaltenstheorie, Psychodynamik, soziale Lerntheorie) betonen bei der Herausbildung abhängiger Verhaltensweisen unterschiedliche Prozesse. Die Konzepte wirken bis heute fort als Mechanismen in integrierten, systemischen Ansätzen der Abhängigkeit (Übersicht bei Tretter, 2017). Dazu gehören Verhaltensweisen, die belohnt werden (Lerntheorie), individuelle Verletzbarkeiten wie psychische Störungen,

ungenügende Bewältigungskapazitäten oder kognitive Defizite (Verhaltenstheorie), frühe, verzerrte und unbewusste Entwicklungsmuster (Psychodynamik) sowie die Nichtpassung bzw. Inkonsistenz von Erwartungen, Denken, Gefühlen und Verhalten sowie die damit verbundenen Fragen des Verhältnisses von bewussten, kontrollierten zu eher automatisierten, nicht willentlich steuerbareren Antworten (Entwicklungspsychologie).

Die Übersicht beginnt mit lernpsychologischen Vorstellungen, die die oben behandelten neurobiologischen Kreisläufe und Modelle dementsprechend interpretieren. Zentral sind hierbei die Funktionen, die die Substanz für den Betroffenen hat. Substanzkonsum und Abhängigkeit sind demnach erlerntes Verhalten, das nach allgemeinen Lerngesetzen erworben und verändert wird. Die Modelle basieren im Wesentlichen auf den Hypothesen der klassischen und operanten Konditionierung, die in den 1940er und 1950er Jahren des vergangenen Jahrhunderts auf süchtiges Verhalten angewendet wurden. Im klassischen Konditionierungsprozess (Stimulus-Organismus-Response) dient der Konsum psychotroper Substanzen den Individuen zur Reduktion von Spannungszuständen des Organismus (z. B. Angst). Die Reduktion der Spannung wirkt dann als Verstärkung des Verhaltens. Von denjenigen, die einen entsprechenden Umgang mit psychotropen Substanzen lernen, die zusätzlich lernen, diese bei verschiedenen Problemen im Sinne der Konfliktregulation einzusetzen, wird nur ein kleiner Teil abhängig. Warum bei einer Teilmenge süchtiges Trinken einsetzt, bleibt offen: „Diese Entwicklung ist als stochastischer Prozess anzusehen; aus welchen Gründen der Wechsel zum süchtigen Trinken erfolgt, ist keineswegs erforscht und bekannt“ (Antons & Schulz, 1987, S. 262). Als Ursachen werden verminderte Kontrolle/Kontrollverlust sowie die „Lerngeneralisierung“ vermutet, wenn Defizite im Verlauf nicht durch andere Funktionen ausgeglichen werden können.

„Nicht nur die ursprünglich problematischen Situationen, sondern auch andere Probleme und Konflikte werden mit seiner Hilfe (süchtiges Trinken – PD) zu lösen versucht. [...] Die Notwendigkeit zur Herstellung eines (gestörten) Gleichgewichtes wird immer häufiger. [...] Das führt gleichzeitig zu einer Verringerung des Selbstwertgefühls.“ (Antons & Schulz, 1987)

Mit der Herausbildung von Abhängigkeit beginnt in dieser Vorstellung der bisher lineare Prozess einen eher zirkulären Verlauf zu nehmen, analog der Symptome in der kritischen Phase nach Jellinek (Heinz, 2019). Die eigenen Gesetzmäßigkeiten der Abhängigkeit dominieren die ursprünglichen und zugrundeliegenden Konflikte. Es entsteht ein Regelkreis, der tendenziell zur weiteren Verschlechterung der Situation (Circulus Vitiosus) führt, wozu auch die sekundären Folgen des Substanzmissbrauchs beitragen. Alle Lebensbereiche werden im schlechtesten Falle immer mehr von der Abhängigkeitsentwicklung dominiert, auch andere Funktionen und „Regelkreise“ verändern sich:

„Regelkreise sind innerhalb einer langfristigen Entwicklung eingeschachtelt. Sie können zur Stabilisierung des Individuums auf den verschiedenen Trinkniveaus beitragen. Dabei kann das Trinken lange Zeit unverändert bleiben. Eine durch das Trinken sekundär verschlechterte Umweltsituation kann die Trinkreaktion wieder verstärken. Einen solchen progredienten Ablauf im Trinken bezeichnen wir als *circulus vitiosus*.“ (Antons & Schulz, 1987; Klein, 2014)

Die verschiedenen psychodynamischen Ansätze zur Sucht betonen gegenüber den aktuellen Lernprozessen die prämorbid „schwer gestörte Persönlichkeitsstruktur“ Betroffener, aus der sich psychologische, physiologische und soziale Konsequenzen ableiten. „Süchtiges Verhalten“ ist insofern die Oberfläche einer schweren menschlichen Pathologie (Rost, 1987). Sigmund Freud liefert einen der frühesten psychodynamischen Erklärungsversuche von Abhängigkeit in „Das Unbehagen in der Kultur“:

„Die roheste, aber auch wirksamste Methode bei der Beeinflussung (des Leidens) ist die chemische, die Intoxikation. Ich glaube nicht, dass irgendwer ihren Mechanismus durchschaut, aber es ist Tatsache, dass es körperfremde Stoffe gibt, deren Anwesenheit in Blut und Geweben uns unmittelbare Lustempfindungen verschafft, aber auch die Bedingungen unseres Empfindungslebens so verändert, dass wir zur Aufnahme von Unlustregung untauglich werden. Beide Wirkungen erfolgen nicht nur gleichzeitig, sie scheinen auch innig miteinander verknüpft. Es muss aber auch in unserem eigenen Chemismus Stoffe geben, die ähnliches leisten, denn wir kennen wenigstens einen krankhaften Zustand, die Manie, in dem dies rauschähnliche Verhalten zustande kommt, ohne dass ein Rauschgift eingeführt worden wäre. Überdies zeigt unser normales Seelenleben Schwankungen von erleichterter oder erschwerter Lustentbindung, mit denen eine verringerte oder vergrößerte Empfänglichkeit für Unlust parallel geht. [...] Die Leistung der Rauschmittel im Kampf um das Glück und zur Fernhaltung des Elends wird so sehr als Wohltat geschätzt, dass Individuen wie Völker ihnen eine feste Stellung in ihrer Libidoökonomie eingeräumt haben. Man dankt ihnen nicht nur den unmittelbaren Lustgewinn, sondern auch ein heiß ersehntes Stück Unabhängigkeit von der Außenwelt. Man weiß doch, dass man mit Hilfe des – Sorgenbrechers – sich jederzeit dem Druck der Realität entziehen und in einer eigenen Welt mit besseren Empfindungsbedingungen Zuflucht finden kann.“ (Freud, 1967, S. 436)

Später verschiebt Freud den Akzent und die Bedeutung des Rauschmittels von der Lustgewinnung zur Unlustvermeidung.

Mit der Verschiebung in der Psychoanalyse zum Ich-psychologischen Modell (ab den 1930er Jahren) wandelt sich die Sichtweise der Funktion von Substanzkonsum. Es geht nun um seine Funktion bei der Sicherung des Realitätsbezugs der Ich-Funktion. Die Funktion des Suchtmittels liegt jetzt in der Kompensation der Schwächen des Ichs und dem Versuch, frühkindlich narzisstische Omnipotenz wiederherzustellen. In dem Zirkel von Rauschgitterlebnis mit narzisstischer

Omnipotenz und nachfolgender Ernüchterung und Verstärkung der Unlustspannung unterwirft sich der Süchtige mit seiner Ich-Organisation mehr und mehr einer „pharmakogenen Steuerung“, woraus eine weitere Schwächung der Ich-Struktur resultieren kann. Psychodynamische Ansätze verstehen den Selbsttherapieversuch oder die Selbstmedikation mit Hilfe von Suchtmitteln als instrumentelles Verhalten, das gelingen oder scheitern kann. Die spezifischen Effekte verschiedener Substanzen können die Versuche des Ich, die interne emotionale Umwelt mit den Anforderungen der externen sozialen und physischen Welt auszubalancieren, ermöglichen oder behindern (Khantzian & Treece, 1977).

„Der Süchtige verhält sich also im Grunde nicht anders als der Normalbürger, der irgendwelche Beschwerden mit teils ärztlich, teils selbstverordneten Medikamenten bekämpft, nur mit dem Unterschied, dass der Süchtige die Beschwerden und die Gefahr viel intensiver empfindet.“ (Lürßen, 1974)

In der Tradition der psychodynamischen Ansätze stehen die sozialpsychiatrischen Konzepte zur Abhängigkeit. Alle psychischen Störungen, darunter Abhängigkeiten von Substanzen oder Verhaltensweisen werden in einem biografischen „Landschaftskontext“ verortet, wobei die Herausforderungen eines gelingenden Lebens des jungen und mittleren Erwachsenenalters in der postindustriellen Gesellschaft im Mittelpunkt stehen. Dabei ist „jeder seelische Gesundheits- und Kränkungszustand“ (der manische, depressive, psychotische wie der abhängige) „eine Mischung aus Beziehungen zu Anderen, zum Körper und zum Selbst“ (Brieger, 2019, S. 319). Des Weiteren geht es (bei allen psychischen Symptomen) um die Erfahrung und Verarbeitung erfahrener Grenzen der Selbsthilfeversuche. Abhängigkeit ist dabei „eine Gefährdung, in die man überwiegend bei der Lösung der typischen Aufgaben des Erwachsenenalters, also zwischen 25 und 45 Jahren gerät“ (Heinz, 2019, S. 361). Es geht in dieser Phase um Drang und Zwang, das eigene Leben selbst zu führen und dabei die jeweiligen personalen Wünsche, Erwartungen, Ziele mit der gesellschaftlichen Realität in Einklang zu bringen, die auftretende Widerstände und Enttäuschungen unter den dominierenden, internalisierten Mythen der Selbstherstellung und -verantwortlichkeit zu verarbeiten. Es geht um „Wünsche und Sehnsüchte, mit denen wir scheitern können. Auch der süchtige Konsum von Drogen, Spielen und Beziehungen ist grundsätzlich eine positive wie negative Möglichkeit für jeden Menschen“ (Heinz, 2019, S. 361). Abhängigkeit ist vor dem Hintergrund ein Selbsthilfeweg (bezogen auf Lebensprobleme), der bezogen auf die Lebensführung (das „In-der-Welt-Sein“) gelingen oder scheitern kann. Dieses Verständnis von Abhängigkeit als Bemühung um Problemlösung teilt die systemische Sicht auf das Phänomen.

„Bei einer Alkoholabhängigkeit handelt es sich um ein Selbstregulationsmanagement mit dem Ziel, unangenehme Einflüsse erträglicher zu machen bzw. angenehme Zustände noch angenehmer. Man hat es also nicht etwa primär mit Problemerzeugungs- sondern mit einer Problembewältigungs- bzw. Pro-

blemabseitungsdynamik zu tun. Oder, anders formuliert: Alkoholabhängigkeit ist das Ensemble chronifizierter Lösungsversuche.“ (Klein, 2014, S. 46)

Aber wenn an einer Schwellenphase der Entwicklung die Lösung dauerhaft missglückt, erschwert die Abhängigkeit im Verlauf die Lösung des Problems oder der Entwicklungsherausforderung (Klein, 2014, S. 90 ff.). Die Abhängigkeit verfestigt sich mit Abwehr und Vermeidung des Lebensproblems sowie der wiederholten Kränkungen durch erfahrene Grenzen persönlicher Verhaltensbildung und durch die Verleugnung schmerzhafter, armseliger und einschränkender Kompromisse.

„Bei diesem ewigen Versuch der Sehnsucht, sich Ausschließendes restlos zur Deckung zu bringen, entstehen Enttäuschungen und Verletzungen. Wir überdecken diese Verletzungen und plombieren die Lücken und Risse in der Fassade: mit Alkohol, Medikamenten und Drogen. Je mehr ich ein Ziel verfolge, den ursprünglichen Rausch, den absoluten Sieg beim Glücksspiel, die früher greifbar nah erscheinende grenzenlose Freiheit veränderter Bewusstseinszustände, desto langweiliger werden die Mühen der Ebene, die alltäglichen Interaktionen, Enttäuschungen, Zurückweisungen.“ (Heinz, 2019, S. 364)

In Zusammenhang mit der Welle jugendlichen Drogenkonsums ab Mitte der 1960er Jahre des 20. Jahrhunderts wurden Modelle auf entwicklungspsychologischer Grundlage aktualisiert. Die Jugendphase wird als eine Periode des Aufbaus von Handlungsorientierungen auf der Grundlage des spezifischen Ausgesetztseins innerhalb widersprüchlicher Entwicklungsanforderungen begriffen. Einer der frühesten, einflussreichen Ansätze, der sich um die Erklärung der Drogenwelle der 1970er Jahre bemüht, ist die Theorie der Problemdisposition von Jessor und Jessor (1977), die Entwicklungspsychologie und Devianztheorie (s. nächster Abschn.) kombiniert. Die zentrale These der Theorie der Problemdisposition besteht darin, dass als problematisch bezeichnetes und negativ sanktioniertes Verhalten Jugendlicher häufig zum Zeitpunkt des Auftretens aus dem Rahmen sozialer Erwartungen fällt. Problemverhalten gilt demnach als im Vergleich zur Altersnorm oft verfrühtes Verhalten. Verfrühung verschiedener Verhaltensweisen (in Zusammenhang mit Entwicklungsaufgaben) fordert zur Etikettierung als abweichend und problematisch heraus. „Erwartungsgerecht“ gebraucht gehört etwa der Alkoholkonsum zur gelungenen Lebensgestaltung. In der Lebensspanne zu früh beansprucht, gilt der Konsum als individuell und sozial schädlich. Um diese zentrale These bauen Jessor und Jessor (1977) ihre Theorie.

Von besonderer Wichtigkeit für die Ausbildung der Problemverhaltensdisposition sind nach diesen Untersuchungen des Persönlichkeitssystems und die Umweltrepräsentanz. Das Persönlichkeitssystem besteht aus drei Teilsystemen: „Motivation-Anregung“, „persönliche Überzeugung“ und „internalisierte Kontrollen“. Bei „Motivation-Anregung“ geht es um die Richtungsorientierung einer Handlung. Die dem „Überzeugungssystem“ zugehörigen Variablen richten sich auf kogni-

tive Kontrollen, die dem Auftreten von Problemverhalten entgegenwirken. Das Interesse an den zum „internalisierten Kontrollsystem“ gehörenden Variablen bezieht sich auf spezifischere Kontrollen, die nicht-normativem Verhalten entgegenwirken. „Dieses System enthält drei Variablen – Devianztoleranz, Religiosität und Diskrepanz zwischen positiven und negativen Folgen von (Gründen für und gegen) Verhaltensweisen wie Drogengebrauch“ (Jessor & Jessor, 1977). Aus der Beziehung zwischen Antriebs- und Kontrollstruktur des Individuums resultiert eine theoretische Resultante, die das Verhältnis zwischen Problemverhalten entgegenwirkenden und es fördernden Kräften widerspiegelt. Als besondere Risikofaktoren im Rahmen des Personensystems erwiesen sich: hoher Anspruch auf Selbständigkeit, negative Einschätzung des eigenen psychosozialen Befindens, geringes Selbstwertgefühl, niedrige Leistungsmotivation und externale Erfolgserwartung, schließlich auch eine positive Einstellung gegenüber abweichendem Verhalten. Im System der Umweltrepräsentanz sind besondere Risikofaktoren geringe elterliche Erziehungsintensität, Unvereinbarkeit häuslicher Standards mit den Werthorizonten der insgesamt einflussreichen Peergruppe, schließlich als wichtigste Einflussquelle überhaupt das Vorbild im Freundeskreis mit förderlichen Einstellungen und Handlungen.

Der Entwicklungsbegriff wird in weiterer Forschung zu Drogenkonsum auf die Lebensspanne ausgedehnt. Von Weber und Schneider (1992, S. 86 ff.) wird zur Untersuchung verschiedener Übergänge im Lebenslauf ein Entwicklungsbegriff vorgeschlagen, der die gesamte Lebensspanne umfasst, innerhalb derer sowohl Veränderung (oder intraindividuelle Variabilität) wie Konstanz (oder intraindividuelle Invarianz) bezüglich individueller Handlungs-, Verhaltens- und Erlebnisweisen im Umgang mit Drogen beobachtbar sind. Die Entwicklung selbst wird dabei als ein dynamisches Wechselspiel zwischen Person und Umwelt gesehen, das sich als lebenslang fortschreitender Passungsprozess zwischen dem sich entwickelnden Subjekt und den sich wandelnden Lebenswelten ausgestaltet (Ulich, 1987). Konsummuster von Drogen werden vor dem Hintergrund von Risiken bzw. Orientierungsproblemen des individuellen Lebenslaufes in modernen Gesellschaften behandelt, die Mitte der 1980er Jahre als Diskrepanzprobleme – mangelnde Passung von Entwicklungsanforderungen und subjektiven Entwicklungsmöglichkeiten, als Verständigungsprobleme – Auseinanderdriften unterschiedlicher Wertorientierungen sowie als Sinngebungsprobleme – Verlust der subjektiven Orientierungsbasis charakterisiert werden. Dabei ist es das spezifisch subjektive Erleben, der Strom individueller Erfahrung im sozialen Kontext, der die aktive Auseinandersetzung des Subjekts mit den jeweiligen Lebenssituationen herausfordert (Ulich, 1987).

Der Anspruch der entwicklungsdynamischen Perspektive ist es, die Orientierungsprobleme für die Untersuchung von Ein- und Ausstiegsprozessen aus der bzw. in die Drogenbindung verstehend zu rekonstruieren. Die Erfassung des wechselseitigen Verhältnisses von drogenspezifischen und drogenunspezifischen Lebenskontexten und Lebensereignissen gibt wesentliche Aufschlüsse über die

psychosoziale Bedeutung des Drogengebrauchs. Da der Drogengebrauch als eine Handlungsmöglichkeit neben vielen anderen Handlungsformen zur Lösung von Orientierungsproblemen einsetzbar ist, gilt es, Verlaufsmuster der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben unter Einschluss der Bedeutung des Drogengebrauchs innerhalb der biographischen Entwicklung zu erfassen (Weber & Schneider, 1992). Substanzgebrauch und Risiken der Abhängigkeit werden in den entwicklungsorientierten Studien mit jugendtypischen Erfahrungen von Kontrollverlust über das selbstbestimmte Leben in Verbindung gebracht. In allen komplexen Problemsituationen, in denen sich Menschen bzw. junge Erwachsene zurechtfinden wollen und müssen, sind Antizipierbarkeit und Kontrollierbarkeit der Folgen des eigenen Handelns unabdingbare Voraussetzungen, um eine persönlich zumindest als neutral bewertete Gesamtverfassung zu halten. Das wird ab den 1980er Jahren mit steigender Komplexität und Implizitheit von Anforderungen für die nachwachsenden Generationen als gefährdet angesehen („Risikogesellschaft“ – Beck, 1986). Viele Jugendliche sind zusätzlich ihrerseits aus persönlichen oder sozialstrukturellen Gründen besonders prädestiniert, Antizipation und Kontrolle gar nicht erst zu gewinnen. Die individuelle Spielart, der konkrete Lebensbereich, um den es im einzelnen Fall geht, mag viele Formen annehmen. „Gemeinsam ist aber [...], dass eine Massierung von Kontrollverlust die aktuelle Befindlichkeit beeinträchtigt. Das gilt besonders, wenn der Kontrollverlust als persönlich verschuldet erlebt wird“ (TUdrop, 1984, S. 54 f.). Jugendtypischer Kontrollverlust und dadurch induzierte Selbstwertbeeinträchtigung lassen sich durch Drogengebrauch direkt – zumindest kurz- bis mittelfristig – subjektiv befriedigend bewältigen. Wird Drogengebrauch zur praktisch einzigen Form der Bewältigung, dann ist er mit den Gefahren der Abhängigkeit verbunden. Entscheidend für den Kontrollverlust sind weniger einzelne kritische Merkmale eines Lebenslaufs, sondern das komplexe Verlaufsmuster des gesamten Ensembles von Entwicklungsanforderungen und Bewältigungsversuchen. Für die Suchtanfälligkeit sind letztendlich die anhaltenden Verhältnisse einer „inkongruenten Person-Umwelt-Passung“ (Tretter, 1998) entscheidend. Diese Konzepte haben Überschneidungen zum Modell des psychosozialen Gleichgewichts:

„Ausschlaggebend für das Überleben, die Funktionsfähigkeit und die Entwicklung sowohl eines Kollektivs wie eines Individuums ist das Gleichgewicht zwischen den Größen Anforderungen, Ressourcen, und Autonomie. Das Gleichgewicht besteht in einer inhaltlichen und quantitativen Entsprechung der drei Größen. [...] Der Begriff des Gleichgewichtes impliziert die Vorstellung, dass fortlaufend eine Abstimmung der drei Größen aufeinander zur Erhaltung eines funktionellen Zustandes erforderlich ist.“ (Uchtenhagen & Zimmer-Höfler, 1985, S. 30)

Ausgangspunkt des (chronischen) Drogengebrauchs sind danach Ungleichgewichte zwischen den jeweiligen Bilanzen zwischen Fähigkeiten, Ressourcen,

Bedürfnissen, Erwartungen auf der einen und Anforderungen, Resultaten, Gewinnen auf der anderen Seite. Der Ausgleich (das Gleichgewicht oder die Homöostase) wird mit pharmakologischer Unterstützung erzeugt. Er ist auf der personellen Ebene nur ein prekäres Gleichgewicht. Die süchtige Bindung wäre dann als Ausdruck einer Schiefelage des Beziehungshaushalts, bzw. der Austauschbeziehungen zu verstehen (Tretter, 1998, 2017).

Aktuelle Konzepte der Bewältigung von Abhängigkeit integrieren verschiedene Konzepte, verdichten sie auf Aspekte der Motivation und das Verständnis von Änderungsprozessen, die sich auf die praktische Lebensführung beziehen: Motivational Interviewing – (Miller, Rollnick, Reuß & Trunk, 2015), Transtheoretisches Modell der Änderung – (DiClemente & Prochaska, 1998), PRIME Theory of Motivation – (West, 2006), Rückfallprävention – (Bowen, Chawla & Marlatt, 2012).

Motivational Interviewing ist eine Methode der Gesprächsführung in der Beratungssituation, die bezogen auf Änderungsprozesse die Konzepte Ambivalenz und Motivation in den Mittelpunkt stellt. Es geht um die Bearbeitung des Ambivalenzgefühls in der Konfrontation mit zwei unvereinbaren Optionen (wie Aufrechterhaltung oder Änderung von Abhängigkeit) und der fluktuierenden Motivation für Änderungen von personalen oder Umweltbedingungen. Bezogen auf Änderungsprozesse geht es um die Klärung von „Bereitschaft“, „Willen“ und „Fähigkeit“ („Ready, Willing, and Able“) (Miller et al., 2015).

Das transtheoretische Modell der Änderung geht davon aus, dass Änderungsprozesse durch verschiedene Stadien (Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung, Rückfall) charakterisiert sind. Änderungsprozesse (Processes of Change) sind als Aktivitäten und Ereignisse definiert, die ein „problematisches Verhalten“, wie Abhängigkeit und damit verbundene Kognitionen und Emotionen beeinflussen und verändern. Beschrieben wird wie Personen nächste Stadien erreichen oder verfehlen. Das Modell identifiziert zehn Veränderungsprozesse, die sich entlang des Erlebens jeweils auf die Verflechtung von kognitiv-affektiven („Cognitive-affective Processes“) und verhaltenensorientierten Prozessen („Behavioral Processes“) erstrecken. Zusätzlich enthält das Modell eine Entscheidungsbalance (wahrgenommene Vor- und Nachteile) und die Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich angestrebten Verhaltens in schwierigen Situationen (DiClemente & Prochaska, 1998).

Die PRIME Theorie der Motivation (West, 2006) erhebt ebenfalls den Anspruch eines integrierten Modells der Motivation. PRIME steht für Pläne, Reaktionen (Responses), Antriebe/hemmende Faktoren (Impulses/Inhibitory Forces), Motive und Evaluationen. Ausgangspunkt ist, dass das „motivationale System“ komplex ist und auf den genannten (PRIME) Ebenen arbeitet. So erlauben „Motive“ die Abwägung verschiedener Ergebnisse/Folgen und werden durch Erfahrungen beeinflusst. „Evaluationen“ beziehen sich auf Vorstellungen/Überzeugungen, die Motive beeinflussen oder bei Ambivalenzen zu deren Unterdrückung führen. „Pläne“ stützen sich nicht auf Evaluationen, sind unverbindlicher und sofern sie

sich auf Änderungen des Lebensstils (wie Beendigung von Substanzkonsum) beziehen, fehlt Plänen die klare Verbindung zu nachfolgenden Handlungen und sie müssen daher mit Verpflichtungen untermauert werden. West (2006) plädiert für spezifische Interventionen auf jedem Level von Motivation und fordert die Berücksichtigung des vollen Spektrums von Motiven (nicht nur der rationalen) wie dysfunktionale Überzeugungen, Emotionen, Impulse, Identität, Selbstkontrolle und Verhalten. Nach dieser Ansicht funktionieren Konzepte wie Rückfallprävention ohne spezifische Berücksichtigung und Bearbeitung der Motivationslagen nicht.

Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention (Mindfulness-Based Relapse Prevention – MBRP) (Marlatt & Ostaffin, 2005) ist die aktuellste Version der von Marlatt und Kolleg:innen ab den frühen 1980er Jahren auf Grundlage eines sozial-kognitiven Rückfallmodells entwickelte Rückfallprävention (Marlatt & Gordon, 1985). Auch schon in frühen Fassungen dieses Konzepts war „Achtsamkeitstraining“ ein empfohlenes Verfahren bei Rückfallrisikosituationen. Dabei geht es um ein gelassenes, akzeptierendes Annehmen als Bewältigungsstrategie für den Drang nach Substanzkonsum/Craving (Urge Surfing), bis dieses situativ ausgelöste Verlangen von selbst abgeklungen ist. Später rückt Achtsamkeit in den Mittelpunkt des Therapieprogramms, das an vorherige Therapien als Nachsorge anschließen soll. Das Verfahren bezieht sich ausdrücklich auf Erkenntnisse neurophysiologischer Rückfallmodelle, die eine zunehmende Automatisierung von Suchtverhalten auf bestimmte Auslösereize belegen. Das situativ ausgelöste Alkoholverlangen spielt auch subjektiv eine große Rolle für Rückfälle. „Emotional negative Situationen, v. a. Stress stellen zumindest in subjektiv retrospektiven Erklärungen von Betroffenen die häufigste Rückfallsituation dar“ (Deutsche Fassung – Bowen et al., 2012, S. 13).

„Mit dem MBRP-Programm sollen Personen, die unter suchterzeugenden Denkfällen leiden, Techniken der achtsamen Wahrnehmung erlernen. Die Techniken in diesem Programm sollen eine achtsamere Wahrnehmung von Auslösern, habituellen Mustern und ‚automatischen‘ Reaktionen fördern, die das Leben vieler Menschen zu kontrollieren scheinen. Sie kultivieren die Fähigkeit innezuhalten, die gegenwärtige Erfahrung zu beobachten und die Bandbreite an Optionen, die uns in jedem Augenblick zur Verfügung stehen, achtsamer wahrzunehmen. Darüber hinaus arbeiten wir an der Befreiung von tief verankerten und oft katastrophalen habituellen Denk- und Verhaltensmustern.“ (Deutsche Fassung – Bowen et al., 2012, S. 30)

4 Soziologische Perspektiven und Modelle

Die Untersuchungen aus soziologischer Perspektive bedeuten, dass die Beziehungen von Individuen und Gruppen zu psychotropen Substanzen, Konsummustern und Abhängigkeiten in Verbindung mit sozialen, ökonomischen

und kulturellen Bedingungen betrachtet werden, die diese Verhältnisse durchdringen. Damit haben soziologische Perspektiven jeweils Überschneidungen zur Psychologie (vorheriger Abschnitt). Soziologische Konzepte zu Drogen und Alkohol reichen ca. 100 Jahre zurück. Wie bei der Psychologie sind ältere Ansätze nicht verschwunden, sondern eher in differenzierten Konzepten „aufgehoben“. Die früheren Ansätze (bis in die 1960er Jahre des 20. Jh.) analysieren Alkohol- und Drogengebrauch meist als eine Form „sozialer Pathologie“ und in diesem Zusammenhang als Devianz bzw. „abweichendes Verhalten“. Repräsentativ dafür ist die „Chicago School“ der Soziologie, deren Forscher sich in den USA mit den Folgen der fundamentalen Transformation der Industrialisierung, der Verstädterung und der Einwanderung speziell in Chicago erstmals empirisch (und nicht spekulativ) befassen. „Soziale Probleme“, Kriminalität und Abweichung (darunter auch Alkohol) werden nicht aufgrund individueller Charakteristika, sondern vor dem Hintergrund eines ökologischen Paradigmas sozial erklärt, als soziale Desorganisation bzw. Anomie (in der Tradition von Durkheim, 1973). Soziale Bindungen in einzelnen Stadtteilen sind demnach aufgrund von extremer Armut, geringer Anzahl sesshafter Bewohner:innen (Fluktuation), miserabler Wohnverhältnisse unterschiedlich stabil bzw. gefährdet. Diese Situation lockert „soziale Kontrolle“ und erhöht Gelegenheiten und Wahrscheinlichkeit einer Verletzung sozialer Normen und Werte. In diesem sozial-strukturellem Ansatz mindern intakte soziale Bindungen die Wahrscheinlichkeit des Alkoholtrinkens „bis zum Ruin“ (Thomas & Znaniecki, 1918, zit. n. Beccaria & Prina, 2017) oder die Entwicklung von Opiumabhängigkeit, die im Umfeld der „anomischen“ Downtown häufiger anzutreffen ist, als in den davon entfernten Bereichen von Chicago (Dai, 1964).

Hier anschließende Konflikt- bzw. Klassentheorien, die etablierte ökonomische und politische Machtverhältnisse in den Mittelpunkt der Erklärung von Substanzkonsum stellen, sind bis heute aktuell. Diese Theorien interessieren sich mehr für Alkohol- und Drogengebrauch und Probleme in marginalisierten sozialen Gruppen (als unter sozial integrierten jungen Gebrauchenden). Im konflikttheoretischen Ansatz werden die empirischen Daten, die zeigen, dass Probleme in Verbindung mit Alkohol und Drogen verbreiteter und schwerwiegender in Nachbarschaften mit wenig Möglichkeiten, hoher Arbeitslosigkeit und niedrigem Bildungsstand sind, als die Konsequenz der politischen Ausgrenzung ganzer Gemeinschaften angesehen (Beccaria & Prina, 2017). Drogen- und Alkoholprobleme werden als Resultat struktureller Ungleichheit verstanden (Rhodes, Singer, Bourgois, Friedman & Strathdee, 2005). Gesetze zur Regulierung von Alkohol- und Drogengebrauch gelten dabei als Machtinstrumente, Ausdruck der Interessen der gesellschaftlich dominierenden Gruppen und Mittel zur Erhaltung der bestehenden sozialen und symbolischen Ordnung. Die Geschichte der Regulation von Substanzgebrauch im Übergang zum 20. Jahrhundert zeigt einen Zusammenhang mit „gefährlichen sozialen Klassen“, Ethnien oder subkulturellen Gruppen (vgl. Degkwitz in diesem Band, → S. 35).

Die Erweiterung ihrer ursprünglichen Konzepte um strukturelle Faktoren ermöglichte der Anthropologie („Cultural Modell“ – Page & Singer, 2010) ein genaueres Verständnis der Heroin- und Crackszenen ab den 1980er Jahren in den US-Metropolen. Die Berücksichtigung von Strukturen auf dem Makrolevel erweiterte die Perspektive auf strukturell bedingtes Leiden („Structural Imposed Distress“), entsprechenden Drogengebrauch zur Selbstmedikation emotionaler Verletzungen (Teufelskreise zwischen Stigmatisierung, Selbstwert, Konsum zur Erleichterung) sowie die politische Ökonomie der legalen und illegalen Drogenmärkte (Singer, 2012). Berücksichtigt wurden gravierende ökonomische Ungleichheiten, Institutionen der sozialen Kontrolle und Einflüsse dominierender sozialer Institutionen (wie kommerzielle Aktivitäten, die Effekte der Medien für die Darstellung von Drogengebrauchenden sowie von Systemen der Diskriminierung) und die Machtbeziehungen (wie soziale Klassen, Geschlechter, ungleiche Beziehungen zwischen Ethnien) (Page & Singer, 2010). Daran schließen sich die drogenpolitischen Untersuchungen an, die seit Jahrzehnten die schädlichen Folgen der Prohibition, des „War on Drugs“, von „Drug Scaring“-Kampagnen (Reinarman & Levine, 1989) und des Schwarzmarktes auf Drogenmorbidity und Drogenmortalität aufzeigen (Amendt & Stiehler, 1984; Hari, 2015).

In der Geschichte der Alkohol- und Drogenforschung differenziert die funktionalistische Perspektive den sozial-strukturalistischen Ansatz durch den Blick auf die Relationen zwischen sozialen und kulturellen Strukturen und individuellem abweichenden Verhalten. Gesellschaft wird als normatives System verstanden, das Druck (soziale Erwartungen) auf ihre Mitglieder ausübt. Die adäquat in die gültigen Normen und Werte sozialisierten Mitglieder befolgen die entsprechenden Regeln (Merton, 2012). Soziale Spannungen ergeben sich durch kulturelle Ziele, die Menschen zu erreichen erwarten und ihre dafür begrenzten legitimen Mittel. Unter diesen Spannungen zwischen Zielen und Mitteln bilden sich „Anpassungstypen“ der Akteure und Akteurinnen an die dominierenden gesellschaftlichen Werte (diese sind: Konformität, Innovation, Ritualismus, sozialer Rückzug, Rebellion). Unter Druck entscheiden sich Menschen, z. B. illegitime Mittel zu nutzen (Innovation), um legitime Ziele zu erreichen. In dieser Logik wird Alkoholabhängigkeit und insbesondere Drogenabhängigkeit als „sozialer Rückzug“ verstanden, als Aufgabe der dominanten Ziele sowie konventioneller Mittel bzw. Lebensstile. Stattdessen erfolgt eine „Anpassung“ mit Unterstützung von Alkohol oder Drogen. Zunächst steht bei den Konzepten das Wechselverhältnis von Drogengebrauch und sozialer Marginalisierung (Rückzug) im Vordergrund. Später, ab den 1960er in Verbindung mit den jugendlichen Gegenkulturen wird Drogengebrauch (LSD oder Cannabis) im funktionalistischen Konzept auch als Rebellion verstanden, weil hier die dominierenden Werte und Mittel sowohl abgelehnt, als auch durch neue Werte ersetzt werden (Beccaria & Prina, 2017).

Die empirische Forschung, die sich ab den 1960er Jahren mit neuen Wellen des Drogenkonsums befasst, nährte zunehmende Zweifel an der Theorie struktu-

reller Spannungen und substanzbezogener Abhängigkeiten als Ausdruck von Rückzug vor sozialem Druck hinsichtlich normativer Ziele, die nicht erreichbar sind. Für die Mehrzahl von Gebrauchenden rührte (offensichtlich) die Dynamik ihrer Konsummuster eher daher, dass Abhängigkeitsverhalten auch problembewältigendes Potential hat. Substanzgebrauch wird daher als funktionaler Weg der Bewältigung von Problemen wie Armut, Gewalt, Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit etc. gesehen. Eine weitere Ergänzung zu früheren funktionalistischen Ansätzen ist die Präzisierung der „Spannungen“, die stärker in Verbindung mit schwierigen Beziehungen, familiären Hintergründen und negativen Lebensereignissen gesehen werden, die Jugendliche und junge Erwachsene in Richtung abweichendes Verhalten als Problemlösungsverhalten „drängen“. Drogenkonsum kompensiert dann Schwierigkeiten mit Belastungen fertig zu werden – wie dem Verlust von Freund:innen, Schulwechsel oder Schwierigkeiten mit Beschäftigung (Beccaria & Prina, 2017).

Die Soziologie erweitert sich schrittweise (hier geht es um den Zeitraum ab 1945, also nach dem 2. Weltkrieg) durch sozialpsychologische und lerntheoretische Konzepte. Im Unterschied zu sozialstrukturellen Ansätzen, wie der „Spannungstheorie“, die die Zusammenhänge zwischen Struktur (Desorganisation) und Abweichung als Widerspiegelung konstruieren, geht es bei Prozesstheorien abweichenden Verhaltens um das „Warum“. Ein Verständnis von Abweichung als mehr oder weniger direkte Widerspiegelung sozialer und personaler Bedingungen wie Armut, psychischer Störungen oder von Familienproblemen wird verworfen. Da der Gebrauch illegaler Drogen nicht nur in unteren sozialen Klassen oder unter erkrankten Personen zu finden ist (Empirie), wird für ein präziseres Verständnis der Fokus auf den Prozess gelegt, durch den das Verhalten erlernt wird (soziale Lerntheorie) (Sutherland, 1947). Die Berücksichtigung der faktischen Differenziertheit der „kulturellen Struktur“ (gegenüber Merton), das Bezweifeln einheitlicher gültiger Normen und die Theorie der Subkulturen ändert das Verständnis, wie sich Verhaltensadaption sozial bildet. Nach Sutherland (1947, S. 6 ff.) erwachsen Konformität und Devianz weniger aus der gesamtgesellschaftlichen, sondern der gruppenspezifischen Teilhabe. So wird etwa kriminelles Verhalten in „verborgenen“ persönlichen Gruppen im Rahmen eines verbalen und nonverbalen Kommunikationsprozesses in Interaktion mit anderen Personen gelernt („differentielle Assoziation“). Eine Person wird kriminell – so die zentrale These, wenn die für die Begehung förderlichen Definitionen stärker verbreitet sind (das sind die Definitionen der unmittelbaren Bezugsgruppen) als diejenigen, die dazu in ablehnendem Verhältnis stehen (Sutherland, 1947). In Theorien „abweichenden Verhaltens“ erscheint der Drogenkonsum daher nicht als individualistische Reaktion auf eine psychisch belastende Situation, sondern als ein Handeln, das auf sozial geprägten Vorstellungen über sinnvolles Handeln und die damit verbundenen Gratifikationen und Kosten ausgerichtet ist (Reuband, 1994). Abweichendes Verhalten wird in einem soziokulturellen Prozess gelernt nach den gleichen Prinzipien wie konformes Verhalten.

Soziale Lerntheorien spielen in der Soziologie von Alkohol und Drogen bis in die 1960er eine zentrale Rolle: Konzepte wie differentielle Assoziation (direkte bzw. indirekte Interaktion mit anderen), differentielle Verstärkung (instrumentelles Lernen durch Belohnung und Strafen), Vorstellungen (Einstellungen) und Nachahmung (Beobachtungslernen) sind zentrale Konzepte zur Erklärung der Gebrauchsmuster legaler und illegaler Substanzen unter Jugendlichen, jungen Erwachsenen (und Straftäter:innen) (hier Beccaria & Prina, 2017, S. 35 f.) (vgl. zu sozialen Lerntheorien auch vorherigen Abschn. zu psychologischen Perspektiven). Auch Becker (1963, 2015), der die Prozesse sozialen Lernens von Drogeneffekten in den Interaktionen mit Peers herausarbeitet, steht in dieser Tradition. Er sieht den Grund für die Herausbildung des Marihuanakonsums, als stabiles (abweichenden) Handlungsmuster, zum einen in den beim Erstkonsum gemachten Drogenerfahrungen, zum anderen in einem Prozess, durch den sich der/die Konsumierende von den Kontrollmechanismen der Gesellschaft befreit. Dabei geht es um das Verhältnis äußerlicher und innerer Mechanismen sozialer Kontrolle (Problem der Illegalität, Abschottung, Sanktionen, Ausschaltung der „inneren“ sozialen Kontrolle). Diese Probleme werden nach Becker (2015) über den Kontakt mit anderen Rauschmittelkonsumierenden bewältigt. Dabei wird der Einfluss der Umwelt auf das Individuum nicht als Ausdruck eines bloßen äußeren Anpassungsdruckes verstanden. Das Individuum handelt nicht mit der Mehrzahl seiner Interaktionspartner konform, weil es eine Sanktion fürchtet, sondern weil es deren Ansichten teilt (Becker, 2015).

Soziologische Ansätze rekonstruieren den Einfluss von Werten, Verhaltensnormen auf den Konsum. Betrachtet werden die „indirekte, soziogene Wirksamkeit“ – z. B. die Beziehung zwischen verschiedenen Kulturen und Konsumformen von Alkohol oder Drogen.

„Der Gebrauch von Alkohol (und Drogen – PD) wird wie jede andere, sozial standardisierte Verhaltensweise im Sozialisationsprozess erworben, d. h. gelernt. Dieser Lernprozess erfolgt auf dem Hintergrund der kulturellen Selbstverständlichkeit des Trinkens.“ (Antons & Schulz, 1987, S. 160)

Die subjektiv erlebten Wirkungen vor dem Hintergrund einer geteilten Kultur „steuern“ den Konsum von Alkohol. Die anthropologische Forschung hat herausgearbeitet, dass er nahezu alle Stimmungen auslösen kann (Singer, 2012). Für das Erleben sind neben der physiologischen Wirkung auch die kognitiven Faktoren prägend. „Die Kultur formt daher das Erleben des Rauschmittels. Das Resultat dieser in der Kultur gelernten Trinkwirkungen ist zuletzt – auch beim Alleintrinken – Selbstsuggestion der Wirkung“ (Antons & Schulz, 1987, S. 159). D.h. die Kultur formt das (schrittweise) Erleben von Abhängigkeit, indem sie die entsprechenden Muster (standardisierte Verhaltensweisen) bereithält bzw. aufdrängt (Elster & Skog, 1999). Das verdeutlicht der Labeling Ansatz. Theorien zur gesellschaftlichen Reaktion auf sozial gelernte Verhaltensphänomene (wie

Labeling und kritische Kriminologie ab den 1960er Jahren) erweitern das Paradigma zur Erklärung von Drogen- und Alkoholgebrauch: ohne Drogengebrauch als beobachtbares und messbares soziales Phänomen zu leugnen, befasst sich die Labeling-Theorie mit dem Prozess, durch den einzelne Gebraucher als deviant bzw. abweichend gekennzeichnet werden. Die Frage ist hier weniger, warum Menschen Drogen nehmen, sondern warum und wie die Gesellschaft auf Drogengebrauch reagiert. Darüber hinaus interessiert der Aspekt, inwiefern diese Reaktion eine Form sozialer Kontrolle ausübt und welche Konsequenzen die Reaktionen auf die konsumierenden Individuen haben. Mit diesen Theorien wird die „Natürlichkeit“ dessen bezweifelt, was Devianz „ist“. Sie ist relativ und ihr Verständnis ändert sich mit Zeitlauf und Setting im Rahmen des normativen Systems sowie der von dominanten Gruppen formulierten Gesetze. In der Labeling Perspektive wird „Devianz“ als eine soziale und politische Konstruktion herausgearbeitet. Ein (beliebiges) Verhalten konstituiert sich als deviant, wenn das Label „Abweichung“ erfolgreich darauf angewandt worden ist. Darüber hinaus wird als Problem identifiziert, dass als abweichend durch die Gesellschaft gekennzeichnete Personen (in der Folge) mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dies gewissermaßen „aufgezwungene“ Label als Teil ihrer Identität annehmen. Diese „abweichende Identität“ kann sich zum „Master Status“ als identitäts-prägend erweitern (als „Outsider“ – Becker, 1963). Dieser sekundäre Prozess kennzeichnet den Einfluss der Sichtweise anderer auf die individuelle Selbstdefinition, bzw. Identitätsbildung (von Alkohol- oder Drogenabhängigen). Er ist eine Konsequenz der in den Interaktionen erfolgenden Distanzierung, Ablehnung und Stigmatisierung, die die Neuorganisation des Selbst und der Rollen als „Junkie“ oder „Abhängiger“ fördern. Faktisch erfolgt im Verlauf der Herausbildung von „abweichendem Verhalten“ ein andauerndes, anstrengendes „Aushandeln“ (bzw. phasenweises Widerstehen) zwischen der zu „charakterisierenden“ Person und ihren Interaktionspartnern/Beziehungen um eine solche „verzernte“ (spoiled) Identität (Goffman, 1974). Dieses in den Interaktionen des Lebenslaufs erfolgende Wechselverhältnis von primärer und sekundärer Devianz bedeutet bis heute im „hoch moralisierten Gelände“ von Alkohol- und Drogengebrauch die Produktion und Reproduktion von Stigma und Ausgrenzung (Room, 2005). Dies gilt mit den Konsequenzen der Marginalisierung und den negativen Konsequenzen von Inhaftierung und Strafverfolgung besonders für die Drogengebrauchenden. Die ständige Drohung der zufälligen Identifizierung als „Trinker“ oder „Drogengebraucher“ mit möglicherweise schwerwiegenden Folgen für aktuelle Lebensqualität und Lebenschancen (als „selbsterfüllende Prophezeiung“) steht über all denjenigen, die mit Alkohol- und Drogengebrauch ein „normales“ Leben leben (Scarscelli, 2006). Zu berücksichtigen ist dabei weiter die Rolle von Institutionen und Professionen am Prozess der Schaffung und Verstärkung des vorherrschenden Bildes des Stigmas bzw. des Problems und es bleibt jeweils zu untersuchen, welchen Anteil an der Stigmatisierung Konsumierender, allein die Zuordnung, bzw. der Wechsel der Kategorie („Trinker“) und welchen die institutionalisierten sozialen Umgangsweisen haben (Room, Hellman & Stenius, 2015).

Die Soziologie steht seit ihren Anfängen unter dem Anspruch „Substanzkonsum und Abhängigkeit“ in der ganzen Breite des Phänomenspektrums zu untersuchen, hat sich aber in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts hauptsächlich auf die problematischen Aspekte von Alkohol und Drogen bezogen. Die breitere Perspektive auf Konsumpraktiken haben erst die historischen und kulturwissenschaftlichen Ansätze in den letzten Jahrzehnten eröffnet (Übersicht Hailwood, 2017). Eine alte Forderung (1943) aus dem klassischen, von Jellinek geleiteten Zentrum der klinischen Alkoholforschung der Yale Universität wird mit Verzug umgesetzt: Trinken soll danach als Teil des sozialen Lebens untersucht werden, gemeinsam mit anderen Verhaltensweisen, wie Religion, Familie oder Politik. Dabei soll Alkoholforschung mit den gleichen theoretischen und methodischen Ansätzen erfolgen, die ansonsten für die Untersuchung der sozialen Welt angewandt werden und die Fokussierung auf abweichendes und krankhaftes Verhalten meiden (Bacon, 1943, zit. n. Levine, 1982). Entsprechende soziologische Arbeiten ab den 1960ern ändern den Fokus, indem sie Kontexte mit und ohne Trinken berücksichtigen, soziale Faktoren identifizieren, die Trinken er- oder entmutigen, die Rolle der Alkoholindustrie, anderer Interessengruppen sowie diejenigen Prozesse untersuchen, die gesetzliche Regelungen fördern (Hailwood, 2017).

Darüber hinaus werden Muster sozial integrierter Konsums von legalen und illegalen Substanzen mit dem Fokus auf Entspannung, zum Vergnügen bzw. im Freizeitbereich untersucht. Diese Untersuchungen konzentrieren sich auf die Beziehungen zwischen Individuen und psychoaktiven Substanzen im Kontext sozialer Normalität – im Unterschied zu marginalisierten Kontexten. Die Erklärungen für diese Verhaltensweisen erfolgen in einem Rahmen soziologischer Konzepte, die individuelle Wahl und Rationalität vor dem Hintergrund kultureller Aspekte, Emotionen und Normen in den Vordergrund rücken. In Verbindung mit Elster (1999) geht es um den neurophysiologischen sowie kulturellen Hintergrund von Wahlen (Elster & Skog, 1999). Analysiert werden die sozialen Mechanismen (Verbindungsglieder) zwischen dem Einfluss von Variablen der Makro- und Mikroebene auf die Verhaltensbildung von Individuen (wie zuvor durch die Prozesstheorien). Auf dem Mikrolevel können diejenigen Faktoren identifiziert werden (wie persönliche Beziehungen, Lebensweise, Einkommen etc.), die bestimmte Handlungsstrategien von Individuen/Akteuren formen, Einstellungen prägen oder spezifische Wahlen generieren. Während auf der Makroebene spezifische soziale und kulturelle Strukturen die Grenzen und Möglichkeiten für solche individuellen Entscheidungen definieren/prägen (zum Beispiel der Zugang zu legalen oder illegalen Märkten, an denen die Verfügbarkeit von Substanzen hängt). In gegenwärtigen Gesellschaften richten sich die dominanten „kulturellen Strukturen“ insbesondere auf individuelle Selbstbestimmung, die Suche nach Vergnügungen, Konsumismus, den Bedarf nach Anerkennung der Gruppe und die Leistungskultur (Bauman, 2007). Elemente, die unter anderen Konsequenzen zum Bedarf nach Selbstmedikation oder zum Ignorieren sozialer und legaler Normen führen können. Das ist in der Sicht der

Funktionalismus (Merton, 2012) eine Adaption durch Innovation und hilft, den illegalen wie legalen Freizeitgebrauch sowie von Drogen zur Leistungssteigerung zu interpretieren. Die integrierten Konsumierenden akzeptieren soziale Ziele wie Leistungssteigerung bei Arbeit, Medien, Kunst und Sport und ignorieren die Normen der Prohibition von Drogen für die Zielerreichung. Gleichzeitig sind die genannten kulturellen Strukturen an der sozialen Normalisierung (der zugrundeliegenden Normverschiebung) des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen – insbesondere Alkohol, Cannabis, Kokain und Designer Drogen – in einem großen Teil der Bevölkerung beteiligt, über die marginalisierten und/oder abweichenden Subkulturen hinaus (Parker, 2003). Diese Normalisierungsprozesse in Verbindung mit Drogenkonsum haben lange Vorläufer in den kulturellen und symbolischen Praktiken jugendlicher Subkulturen bzw. kulturellen Revolten ab den 1950/60er Jahren. Entsprechende Studien zu den kulturellen und symbolischen Praktiken, inklusive des Eigensinns der subkulturellen Gruppen (Hall & Jefferson, 2006) beginnen in den späten 1960er Jahren (genauer Degkwitz in diesem Band, → S. 35).

Die Soziologie hat „soziale Normen, Interaktionspartner und Erwartungshaltungen in der Umwelt des Akteurs“ in Verbindung mit dem Drogenkonsum zum Thema gemacht (Reuband, 1994) und dafür begriffliche Schemata entwickelt, nach denen Strukturen und Prozesse in der unmittelbaren und weiteren Umwelt der Person, die Gang und Inhalt der lebenslangen menschlichen Entwicklung formen, beschrieben und zueinander in Beziehung gesetzt werden (Bronfenbrenner, 1992). Das ist in einem auf den Lebenslauf bezogenen Forschungskonzept für Alkohol- und Drogengebrauch („Life Course Perspective on Drug Use“ – (Hser, Longshore & Anglin, 2007) realisiert. Das theoretische Konzept erfasst die Entwicklungsverläufe (Dynamik) von Drogengebrauch in Verbindung mit dem individuellen Lebenslauf/Biographie. Die Verlaufsmuster des Drogengebrauchs werden im Verhältnis zu den langfristigen Mustern von Stabilität und Änderung des Lebenslaufs untersucht. Diese Perspektive beinhaltet die Verschränkungen von individuellem Leben, sozialem Wandel und sozialer Struktur und ermöglicht die Charakterisierung unverwechselbarer Muster von Drogenkonsumverläufen, die Identifizierung kritischer Ereignisse und Faktoren, die zum Andauern oder Veränderung während der Lebensspanne beitragen und die analytische Sichtung der Ereignisse, die während dieses Verlaufs auftreten (Hser et al., 2007, S. 515 ff.). Das Konzept geht davon aus, dass die Wendepunkte bzw. Übergänge des Drogenkonsums – wie Einstieg, Fortsetzung, Steigerung/Rückfall und Rückgang/Abstinenz – im Lebensverlauf durch das Zusammenwirken von Faktoren wie individuelle Unterschiede, soziale Dynamik und Umfeld/Kultur geprägt werden. Interaktionen der Bereiche prägen nicht nur den Lebensverlauf einschließlich der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Drogenkonsumpfaden (mit allen Stadien zwischen Nichtkonsum und Abhängigkeit), sondern auch die Möglichkeiten jeder:s Einzelnen, den Drogenkonsum zu kontrollieren sowie ihrer/seiner Reintegration (White, 2007). Der Verlauf von Integration/Teilhabe bzw. der

persönliche Genesungsprozess (Recovery) ist mit sozialem Kapital (Hser et al., 2007) oder „Recovery Capital“ (White, 2007; Panel – The Betty Ford Institute Consensus, 2007) verbunden, das im Laufe des Lebens erworben wurde oder bei kritischen Übergängen zur Verfügung steht.

In Verbindung mit der Lebenslaufperspektive (Hser et al., 2007) stehen die breiten Untersuchungen zu Selbständerungsprozessen (Klingemann, Sobell & Sobell, 2010) bzw. Selbstheilung von Abhängigkeit (s. Bischof in diesem Band, → S. 106). Die empirischen Studien identifizieren die wichtigsten Gründe für Einleitung und Aufrechterhaltung von Änderungen, die von Alkohol oder Drogen Konsumierenden benannt wurden. Für die Initiierung einer Veränderung von abhängigen Konsummustern sind die wichtigsten Faktoren gesundheitliche Probleme, finanzielle Gründe, negative persönliche Folgen, veränderte Sicht auf Substanzgebrauch sowie der Einfluss von Bezugspersonen. Die identifizierten wichtigsten Faktoren für die Aufrechterhaltung des veränderten Substanzkonsums sind soziale Unterstützung/Änderung des sozialen Milieus, Bezugspersonen/Familie, Entwicklung nicht substanzbezogener Interessen, Vermeidung substanzbezogener Situationen sowie arbeitsbezogene Aspekte. Darüber hinaus werden die einzelnen Faktoren von den Anwendenden zu komplexen Veränderungsmustern integriert. Diese Muster oder persönlichen Lebensweisen sind die Teilnahme an alternativen Aktivitäten, dauerhafte Beziehungen und die Distanzierung von Substanzen und Vermeidung der Kontakte zu anderer Drogenkonsumenten (Granfield & Cloud, 1999).

Die Mechanismen der Änderung, die Konfiguration zwischen persönlichem Klärungssystem (als Problemerkennung, Druck, Motivation) und praktischem Veränderungssystem (soziale Unterstützung, anders denken und handeln) sind empirisch untersucht (Orford, Hodgson, Copello, Wilton & Slegg, 2009). Diese subjektive Perspektive auf Gründe für eine Veränderung sind in die Lebenslaufperspektive auf den Drogenkonsum integriert. Es geht um die realen persönlichen, sozialen und kulturellen Bedingungen als Risiko- oder Schutzfaktoren – die eine Veränderung des Drogenkonsums fördern oder behindern.

Ebenfalls zu den neueren Entwicklungen (ab den 1980ern) gehören Risikotheorien bzw. Theorien der Risikobereitschaft, die auf Studien zu Drogen und Alkohol übertragen wurden. Thema waren bzw. sind die aktuellen „Risikogesellschaften“, die sich in ihrem Selbstbild auf Rationalität und Wissenschaft beziehen und sich gleichzeitig als (weitgehend) unfähig erweisen, Antworten bzw. Lösungen gegenüber den neu aufkommenden Risiken zu bieten (Beck, 1986; Giddens, 1991). Als Folgen werden zunehmende (individuelle) Verunsicherung und Unsicherheit registriert – das gilt ab 2000 verstärkt für die persönliche wie die gesellschaftliche Ebene. Substanzgebrauch ist als Ressource „eingebaut“ in Lebenspraxis ohne Linearität zwischen Risiken und Konsummustern. Die jungen Erwachsenen kämpfen (buchstäblich) um ihr Gleichgewicht – zwischen Sozialstruktur, Kontext und Handlungsfähigkeit (Agency). Risikoverhalten junger Menschen ist dabei ambivalent und komplex, weil sie gleichermaßen versuchen, Risiken zu

kontrollieren und gleichzeitig das Eingehen begrenzter, individueller Risiken erwägen. Letztlich beziehen sich ihre Abwägung auf die Narrative zu Risiken und Sicherheit, die in ihrer Peer- bzw. subkulturellen Gruppe kursieren. Es ist in vielen Studien gezeigt, dass in diesem Zusammenhang der Einsatz von Substanzen zumeist gelingt. Allerdings droht einer Minderheit mit dem substanzbezogenen Problem die Isolation von der Bezugsgruppe; bzw. vice versa die misslingende Einbindung ist das soziale Problem.

Zusätzlich gilt: die Risiken sind ungleich verteilt (Ressourcen sozioökonomisch geprägt) und ihre Bewältigung ist individualisiert. Ungleich verteilt sind auch die Chancen, für die Lebensführung die „richtigen“ Wahlen zu treffen und mit unvermeidlichen Krisen fertig zu werden. Individuen sind entsprechend ihrer biographischen Entwicklung unterschiedlich sensibel für entsprechende Aspekte des Kontextes. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Entwicklungsstruktur sind sie bestimmten Merkmalen des Kontextes selektiv ausgesetzt. Dabei entstehen für bestimmte Gruppen (z. B. Jugendliche aus bestimmten Schichten oder Frauen mit entsprechendem sozialisatorischen Hintergrund) riskante Momente „selektiver Exposition“ unter den bestehenden gesellschaftlichen Verhältnissen systematisch (Beck & Beck-Gernsheim, 1994). Enkulturation ist Selbsterstellung im (Konkurrenz-)Kampf verbunden mit beständig drohendem Kontrollverlust – verweigend nicht über Substanzen, sondern über die Bedingungen des eigenen Lebens mit entsprechenden Existenzängsten. Möglichkeiten und Chancen treten auseinander, zugespitzt bei denjenigen mit zusätzlichen biographischen und sozialen Stressoren. Prekarisierungsdrohung bzw. -erfahrung sind mit der Agenda 2010, erweitert durch die Finanzkrise nach 2008 generalisiert (Castel & Dörre, 2009). Substanzgebrauch, auch exzessiv ist (naheliegender) Problemlöseversuch (nach innen und außen), der gelingen oder scheitern kann. Hierbei ist die häufig ignorierte soziale Realität, die Wirklichkeit der erlebten Schwierigkeiten und ihrer Problemlöseversuche, dass mit solchen „relativen Lösungen“ (manifeste psychische Störungen inklusive Abhängigkeiten) ein Viertel bis ein Drittel der Bevölkerung dauerhaft ihr Leben führt (Wittchen & Jacobi, 2001). Solange dies Leid verborgen bleibt (das gilt für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit gleichermaßen – Heinz, 2019), interessiert sich die politische Öffentlichkeit nicht.

Theorien des reflexiven Individualismus und Globalisierung sowie Individualisierung der Risiken setzen angewandt auf die Soziologie von Drogen und Alkohol einen anderen Akzent, um zu erklären, wie junge Erwachsene Vergnügen und Risiken abwägen, bevor sie Drogen nehmen oder exzessiv trinken. Hier werden junge Konsumierende eher als rationale Akteure verstanden, die Alkohol- und Drogengebrauch in die Planung ihres Lebens in einer Welt globalisierter Risiken einbinden. Oder anders formuliert: Das Leben in einer postmodernen Risikogesellschaft erfordert von jungen Menschen (in Abwägung von Kosten und Nutzen) rationale Entscheidungen zu Selbstidentität und Drogenkonsum. In Verbindung mit wachsender Reflexivität der Akteure in der Moderne wurde angenommen, dass die individuellen und sozialen Möglichkeiten zur Bewältigung der Risiken

zunehmen (am klarsten herausgearbeitet bei Giddens, 1991). Auch wenn der Optimismus hinsichtlich einer „reflexiven Moderne“ und der Stärkung der (Selbst-) Identität in den letzten Jahrzehnten verfliegen ist, wurden Grundmechanismen einer differenzierteren Klärung des Verhältnisses von Zielen, Erwartungen, Wahlen und Kontrolle in Verbindung mit Substanzkonsum und Abhängigkeit identifiziert (z. B. in Verbindung mit den Plädoyers für „Life Politics“ [Giddens, 1991]).

5 „Integrative Sicht“ substanzbezogener Probleme und Drogenpraxis

Als Abhängigkeit werden auf der Ebene des Verhaltens (Tätigkeiten, Handelns, Praktiken) der Person oder sozialer Gruppen Phänomene zusammengefasst und zur Anschauung gebracht. Im Verhalten im alltäglichen Lebensvollzug verschränken sich die subjektiven und objektiven, die körperlichen, mentalen und kulturellen oder die bio-psycho-sozialen Seiten des Phänomens, bzw. sie „fallen“ zusammen. Ihre „Zerlegung“ nehmen nicht die (betroffenen) Akteure, sondern die Beobachtenden, bzw. hier die Einzelwissenschaften aus verschiedenen Perspektiven mit ihren Traditionen vor – wie der biologischen (der Drogenwirkungen), der psychischen (personaler Muster) und der sozialen Ebene (der Beziehungen und soziokulturellen Bedingungen). Auf diesen Betrachtungsebenen werden Phänomene beschrieben und im Rahmen der einzelwissenschaftlichen Ansätze – medizinisch, psychologisch, soziologisch – als Wirkungszusammenhänge interpretiert und vorgestellt.

Hinsichtlich der professionellen Praxis ist die Aufgabe, das positive Wissen der Erfahrungswissenschaften zu Änderungs-, Normalisierungs- und Kontrollprozessen in Verbindung mit Substanzkonsum und Abhängigkeit(en) im Lebenslauf um zwei (sich überschneidende) Prozesse bzw. Konstellationen zu gruppieren: Zum einen Selbständerungsprozesse, die eingebettet sind in Beziehungen zu Partnern, Familie, Peers und verbunden sein können mit verschiedenen Medien sowie gesundheitlicher und sozialer Dienste. Diese professionelle Außensicht wird durch Selbstauskünfte präzisiert. Und zum anderen Änderungsprozesse in Verbindung mit einer therapeutischen Beziehung zwischen Klient:in und Professionellen. Für beide Prozesse wird von der Hypothese ausgegangen, dass die Grundmechanismen von Änderung, Normalisierung, Kontrolle ohne oder mit therapeutischer Unterstützung identisch sind. Aber letztere haben den Vorteil der Binnen- und Außensicht auf Details der Änderungsprozesse im therapeutischen Prozess, dessen Schwierigkeiten, Schwellen, Rückschläge, Scheitern und Bewältigungsschritte im Verlauf präzisiert werden können. Auch wenn alle Änderungsprozesse letztlich „Selbständerungen“ sind, beeinflussen Interventionen die inneren wie äußeren Bedingungen von Änderungen entscheidend. Dies entspricht der subjektiven Sicht der Betroffenen, dokumentiert in detaillierten klinischen Studien. Sie verorten den Schlüssel für die Einleitung der Änderung und deren Aufrechterhaltung

bei sich selbst, ihrer Motivation und ihrer Bindung in nächsten Beziehungen, ohne dabei die Bedeutung von Interventionen wie der Entzugsbehandlung oder einer Motivationstherapie zu negieren (Orford et al., 2009).

„Abhängigkeiten“ werden anders erlebt und verstanden als etwa „Virusinfektionen“, denen alle ausgeliefert sind – aber sie werden verstanden mit gewissen Parallelen zur Depression (beeinflussbar) und zur Diabetes Typ 2 (Lebensstileinfluss). Die Bewältigung von substanzbezogenen Problemen ist letztlich nicht möglich ohne die Betroffenen. Der geteilte Ausgangspunkt ist: Menschen können (im Unterschied etwa zu Versuchstieren) Abhängigkeiten – „bedauern, beobachten und ändern“ (Elster & Skog, 1999). Eine Art von „Wahl“, teilen alle Konzepte (der Wissenschaften/Expertenkulturen wie Laienkulturen) bezogen auf innere und äußere Bedingungen der Lebensführung generell und der Abhängigkeiten speziell. Die Konzepte unterscheiden sich dabei im Verständnis der Rahmenbedingungen/Voraussetzungen/Reichweite der „persönlichen Wahl“ für Verhaltensbildung – zwischen „so gut wie unmöglich“ und „Kinderspiel“. Für beide Varianten findet sich die entsprechende Evidenz.

Das zentrale Modell für das Denken und Verstehen/Erklären des Zusammenhangs der erörterten wissenschaftlichen Perspektiven ist die Lebenspraxis bzw. „das Leben“ selbst. Anschaulicher: das „In-der-Welt-Sein“ der Person, auf das sich der/die Professionelle (wie die Forschung) beziehen. In der Lebenspraxis, im Leben sind die oben behandelten analytischen Ebenen verschränkt. Also: jede:r Betroffene „integriert“ vor den wissenschaftlichen Integrationsbemühungen und vor der professionellen Intervention praktisch. Der Verlauf des Umgangs von Personen mit psychotropen Substanzen wird vor dem Hintergrund dieses wirklichen „Funktionsgefüges“ verstanden/erklärt. Das gilt gleichermaßen für alle beobachtbaren Varianten des Umgangs: für die Selbständerung, den selbst gesteuerten Weg aus abhängigen Mustern, mit und/oder ohne Inanspruchnahmen von Therapien, sowie den souveränen Gebrauch psychotroper Substanzen. Die Humanökologie („Ökologie der Sucht“ [Tretter, 1998]) will das modellhaft abbilden. Ihr Anliegen ist das Bemühen um Integration wissenschaftlicher Modelle, die Betrachtung verschiedener Ebenen und deren Integration auf das „Konzept der Mensch-Umwelt-Beziehungen“. Deren Strukturen werden „natur-, sozial- und geisteswissenschaftlich“ abgeklärt und das „Funktionsgefüge“ mit Hilfe der Systemwissenschaft modellhaft rekonstruiert (Tretter, 1998).

Die Konzepte rekonstruieren jeweils mit ihren erfahrungswissenschaftlichen Methoden die Verhältnisse: die neuropsychologischen, kognitiven, kulturellen Determinismen/Automatismen und Wahlmöglichkeiten. Dabei geht es insbesondere um diejenigen Aspekte, die über die Beobachterperspektive hinaus der Selbstbeobachtung und damit der Änderung zugänglich sind. Über den produktiven Streit in der Wissenschaft hinaus, auf welche Prozesse Einfluss besteht, ist das vor allem eine praktische Frage des Lebens der Betroffenen und Therapie, Hilfe und Ratschlag machen nichts anderes als die Potentiale Schritt für Schritt dialogisch zu erarbeiten und praktisch einzuleiten.

Die Aufgabe der Integration der schon interdisziplinär angelegten Einzelkonzepte erfolgt (in erster Linie) nicht theoretisch. Gängige Verallgemeinerungen der letzten 100 Jahren von Risiken des Konsums und Dynamiken abhängigen Substanzkonsums sowie somatischen, psychischen und sozialen Folgeschäden auf das „Wesen von Sucht“ verdoppeln bzw. „vertiefen“ das Verständnis von Stigmatisierung und Desintegration und blockieren die überfälligen Änderungen zu rationalem Umgang. Insofern steht eine (pragmatische) Integration der vorgestellten Konzepte, der Kopplung verschiedener Aspekte in der therapeutischen oder Beratungspraxis im Vordergrund. Pragmatisch meint hier ein „handlungsleitendes“ Verständnis bezogen auf die „Grundsituationen“, mit denen Professionelle (von der Pädagogik, über Sozialarbeit bis zur Medizin) in der Arbeit mit Menschen mit Substanzkonsum und Abhängigkeiten konfrontiert sind. Hier dienen die einzelnen Konzepte als Heuristiken (Modelle von Zusammenhängen) der Abklärung und Interventionsplanung, die „fallbezogen“ gedacht und eingesetzt werden und sich auf die jeweiligen Details des „Was, Warum und Wie?“ in Lebensbereichen im Dialog mit dem Betroffenen beziehen. In dem Sinne geht es um ein geteiltes (Professionelle/Betroffene) „Explorationsprogramm“ der Mensch-Mitwelt-Interaktionen, seines/ihrer „In-der-Welt-Seins“. Dabei wissen es die Professionellen nichts besser, aber sie können Zugänge zu anderen Ebenen des Wissens öffnen. Ihre Heuristiken für Aufbau wie Abbau abhängiger Muster können dazu beitragen, den „praktischen Sinn“, die „praktische Logik“ des abhängigen Verhaltens für die Betroffenen (eher) begreifbar zu machen. Ihre personalen Muster (die Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster), deren Strukturbedingungen (biographisch, pharmakologisch, soziokulturell) und ihre konkrete Entwicklungsgeschichte sollen für die betroffene Person selbst beobachtbar (und darüber eher beeinfluss- bzw. kontrollierbar) werden. Die heuristischen Konzepte beziehen sich auf die Lebenspraxis der Person, mit der die Bedingungen der Herausbildung ihres (dys-)funktionalen Handlungsmusters herausgearbeitet werden soll. Wenn nicht von „Dingen“ (der Droge, der Person, der Umwelt), sondern von Verhältnissen, genauer den Mensch-Umwelt-Beziehungen ausgegangen wird, dann rückt das praktische Verhältnis der Person zu den verschiedenen Lebensbereichen/„Feldern“ (in denen die Person Position/Status hat, sich positioniert oder beeinträchtigt ist) in den Mittelpunkt, weil hier die wirklichen Vermittlungen des „Organismus-Droge-Welt“ Komplexes (Elster & Skog, 1999) erfolgen. Therapie und Selbständerung ist, das (eigene) „Funktionsgefüge“ der Lebenspraxis besser zu verstehen. Die dialogische „Grundhaltung“ Abklärungen der persönlichen Lebenswelt (Position – Integration/Desintegration in Lebensbereichen), der personalen Lebensführung, Ressourcen, Lebensprobleme, Problemlöseversuche (inklusive psychotrope Substanzen, psychische Symptome) sowie den personalen und sozialen Barrieren und Blockaden findet sich nach wie vor exemplarisch ausgeführt für alle menschlichen Lagen in „Irren ist menschlich“ (Dörner et al., 2019).

Die unter den Überschriften Biologie, Psychologie, Soziologie vorgestellten wissenschaftlichen Teiltheorien und Konstrukte sind in der Regel interdisziplinär

angelegt und fundieren als interdisziplinäre Modelle („Ökologie der Sucht“ – Tretter, 1998) die Arbeit interdisziplinärer Teams als „multidisziplinäre Praxis“:

„[Durch die] Technik der Integration von Wissensbereichen bei Beibehaltung der Differenzierung können schließlich zwischen verschiedenen, am Problem partizipierenden Berufsgruppen bestimmte Kompetenzansprüche ihren Anschluss finden und damit Konfliktpotentiale gemindert werden. Man kann somit in der multidisziplinären Praxis bei interdisziplinären Problemstellungen das Handeln nach dem Motto ‚Global denken, fokal handeln‘ gestalten.“ (Tretter, 1998, S. 372)

Das in Deutschland älteste Modell der Integration von Wissensbereichen ist das Drei-Faktoren-Modell des Drogengebrauchs (Suchtdreieck – Droge, Person, Umwelt) (Feuerlein, 1986; Soyka, Küfner & Feuerlein, 2008). Hier gilt Gebrauch oder „süchtige Bindung“ als Resultante der Wechselwirkungen von Merkmalen der Droge, der Persönlichkeit und der Umwelt. In diesem Kreislauf werden Regelmäßigkeiten bzw. Muster beschrieben, um anschließend den Erzeugungsmechanismen (für die Regelmäßigkeiten) zu rekonstruieren. In der Soziologie hat sich ein ähnliches Dreieck „Drug, Set, Setting“ (Zinberg, 1984) etabliert. In diesem klassischen Modell wird gegen die Vorstellung „pharmakologisch induzierte Abhängigkeit“ die zentrale Bedeutung des „Settings“, des physischen und sozialen Umfeldes des Konsums, für die Aufrechterhaltung der Kontrolle herausgearbeitet.

Die für die absehbare Zukunft für alle Professionen relevanteste praktische Ansatz zur Integration findet sich im „bio-psycho-sozialen“ Modell von Gesundheit und Krankheit (WHO-Gesundheitsverständnis), das die Gesundheitsstörung bzw. Krankheit (z. B. die substanzbezogene Abhängigkeit) in den Gesamtzusammenhang der Lebens stellt: d. h. des Körpers, der Aktivitäten sowie der Einbezogenheit in Lebensbereiche unter personalen und Kontextbedingungen (Schuntermann, 2013). Eine umfassende aktuelle Übersicht zur „Sozialen Diagnostik“, ihren Instrumenten wie ihrer theoretischen Einbettung findet sich unter (Buttner, Gahleitner, Freund & Röh, 2020). Auf Probleme von Substanzgebrauch und Abhängigkeit fokussierte integrative Konzepte mit verschiedenen akzentuierten Zugängen liegen vor: für die systemische Therapie – (Klein, 2002, 2014; Sommerfeld et al., 2016), humanökologisch – (Tretter, 1998, 2017) sowie verhaltenstherapeutisch – (Bowen et al., 2012; Körkel & Schindler, 2013).

Literatur

- Amendt, G. & Stiehler, U. (1984). *Sucht-Profit-Sucht. Zur politischen Ökonomie des Drogenhandels*. Hamburg: Reinbek.
- Antons, K. & Schulz, W. (Hrsg.) (1987). *Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten*

- Alkoholismus und süchtigen Alkoholismus* (2. Aufl., Bd. 1.). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Bauman, Z. (2007). Collateral casualties of consumerism. *Journal of consumer culture*, 7(1), 25-56.
- Beccaria, F. & Prina, F. (2017). Sociological perspectives. In Kolind, T., Thom, B. & Hunt, G. (Hrsg.), *The Sage Handbook of Drug and Alcohol Studies: Social Science Approaches* (S. 30-48). New York: Sage.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: edition suhrkamp.
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (1994). *Riskante Freiheiten: Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Berlin: Suhrkamp.
- Becker, H. (1963). *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. London: Free press of Glencoe.
- Becker, H. (2015). *Becoming a marihuana user (1953)*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bowen, S., Chawla, N. & Marlatt, G. A. (2012). *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit: Das MBRP-Programm. Mit Online-Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Brieger, P. (2019). Der sich und Andere niederschlagende Mensch (Depression). In Dörner, K., Plog, U., Bock, T., Brieger, P., Heinz, A. & Wendt, F. (Hrsg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 309-360). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bronfenbrenner, U. (1992). *Ecological systems theory*. Washington: Jessica Kingsley Publishers.
- Buttner, P., Gahleitner, S. B., Freund, U. H. & Röh, D. (2020). *Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit* (Bd. 26). Freiburg: Lambertus.
- Castel, R. & Dörre, K. (Hrsg.) (2009). *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Frankfurt am Main: Campus.
- Dai, B. (1964). Opium addiction: A sociopsychiatric approach. In Burgess, E. & Bogue, D. (Hrsg.), *Contributions to Urban Sociology* (Bd. 3, S. 643-654). Chicago: University of Chicago Press.
- DiClemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In Miller, W. R. & Heather, N. (Hrsg.), *Treating addictive behaviors* (S. 3-24). New York: Plenum Press.
- Durkheim, É. (1973). *Der Selbstmord*. München: Luchterhand.
- Elster, J. & Skog, O.-J. (1999). *Getting hooked: Rationality and addiction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Feuerlein, W. (1986). *Theorie der Sucht*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Freud, S. (1967). Das Unbehagen in der Kultur (1930). In Freud, S. (Hrsg.), *Gesammelte Werke* (Bd. 14). Frankfurt am Main: Fischer.
- Fuchs, T. (2021). *Das Gehirn-ein Beziehungsorgan: eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.

- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Gossop, M. (2017). *Living with drugs*. New York: Routledge.
- Granfield, R. & Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York: NYU press.
- Hailwood, M. (2017). Historical perspectives. In Kolind, T., Thom, B. & Hunt, G. (Hrsg.), *The Sage Handbook of Drug and Alcohol Studies: Social Science Approaches* (S. 9-29). New York: Sage.
- Hall, S. & Jefferson, T. (2006). *Resistance through rituals: Youth subcultures in post-war Britain*. New York: Routledge.
- Hari, J. (2015). *Drogen: die Geschichte eines langen Krieges*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M. & Rotgers, F. (2018). Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. *Addiction Research & Theory*, 26(4), 249-255.
- Heinz, A. (2014). *Der Begriff der psychischen Krankheit* (1. Aufl.). Berlin: Suhrkamp.
- Heinz, A. (2019). Der sich und Andere versuchende Mensch (Abhängigkeit). In Dörner, K., Plog, U., Bock, T., Brieger, P., Heinz, A. & Wendt, F. (Hrsg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 361-424). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Hser, Y.-I., Longshore, D. & Anglin, M. D. (2007). The life course perspective on drug use: A conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation review*, 31(6), 515-547.
- Jessor, R. & Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychosocial development. A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Kalivas, P. W. & Volkow, N. D. (2005). The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1403-1413.
- Khantzian, E. J. & Treece, C. J. (1977). Psychodynamics of drug dependence: An overview. *Psychodynamics of Drug Dependence. National Institute on Drug Abuse Research Monograph*, 12, 11-25.
- Klein, R. (2002). Berauschte Sehnsucht. *Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Klein, R. (2014). Lob des Zauderns. *Navigationshilfen für die systemische Therapie von Alkoholabhängigkeiten*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Klingemann, H., Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2010). Continuities and changes in self-change research. *Addiction*, 105(9), 1510-1518.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2013). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: das strukturierte Trainingsprogramm STAR*. Heidelberg: Springer.
- Levine, H. G. (1982). Die Entdeckung der Sucht – Wandel der Vorstellungen über Trunkenheit in Nordamerika. In Völger, G. & Welck, K. v. (Hrsg.), *Rausch und Realität* (Bd. 1, S. 212-240). Reinbek: Rowohlt.
- Lürßen, E. (1974). Psychoanalytische Theorien über Suchtstrukturen. *Suchtgefahren*, 20, 145-151.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press.

- Marlatt, G. A. & Ostafin, B. D. (2005). Being Mindful of Automaticity in Addiction: A Clinical Perspective. In Wiers, R. W. & Stacy, A. W. (Hrsg.). *Handbook of implicit cognition and addiction* (S. 489-495). New York: Sage.
- Merton, R. K. (2012). *Soziologische Theorie und soziale Struktur (1938)*. Berlin: De Gruyter.
- Miller, W. R., Rollnick, S., Reuß, J. & Trunk, C. (2015). *Motivational interviewing* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., Wilton, S. & Slegg, G. (2009). To what factors do clients attribute change? Content analysis of follow-up interviews with clients of the UK Alcohol Treatment Trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 49-58. doi: 10.1016/j.jsat.2008.04.005
- Page, J. B. & Singer, M. (2010). *Comprehending drug use: Ethnographic research at the social margins*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Panel – The Betty Ford Institute Consensus (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 221-228.
- Parker, H. (2003). Pathology or modernity? Rethinking risk factor analyses of young drug users. *Addiction Research & Theory*, 11(3), 141-144.
- Reinarman, C. & Levine, H. G. (1989). Crack in context: Politics and media in the making of a drug scare. *Contemporary Drug Problems*, 16, 535-578.
- Reuband, K. H. (1994). *Soziale Determinanten des Drogengebrauchs*. Opladen: West-deutscher Verlag.
- Rhodes, T., Singer, M., Bourgois, P., Friedman, S. R. & Strathdee, S. A. (2005). The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine*, 61(5), 1026-1044.
- Rommelspacher, H. (1998). Biologische Modelle. In Gölz, J. (Hrsg.), *Moderne Suchtmedizin* (S. 1-9). Stuttgart, New York: Thieme.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143-155.
- Room, R., Hellman, M. & Stenius, K. (2015). Addiction: The dance between concept and terms. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 4(1), 27-35.
- Rost, W. D. (1987). *Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Scarscelli, D. (2006). Drug addiction between deviance and normality: a study of spontaneous and assisted remission. *Contemporary Drug Problems*, 33(2), 237-274.
- Schuntermann, M. F. (2013). *Einführung ICF mit CD-ROM*. Landsberg am Lech: ecomed.
- Singer, M. (2012). Anthropology and addiction: an historical review. *Addiction*, 107(10), 1747-1755.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rüegger, C. & Hollenstein, L. (2016). Allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit: Integration und Lebensführung. In Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rüegger, C. & Hollenstein, L. (Hrsg.), *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis* (S. 47-82). Wiesbaden: Springer.

- Soyka, M., Küfner, H. & Feuerlein, W. (2008). *Alkoholismus-Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung-Folgen-Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Sutherland, E. (1947). *Principles of criminology* (4. Aufl.). Chicago: Lippincott.
- Tretter, F. (1998). *Ökologie der Sucht Das Beziehungsgefüge Mensch – Umwelt – Droge*. Göttingen: Hogrefe.
- Tretter, F. (2017). *Sucht. Gehirn. Gesellschaft*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- TUdrop (Hrsg.) (1984). *Heroinabhängigkeit unbetreuter Jugendlicher*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Uchtenhagen, A. & Zieglgänsberger, W. (Hrsg.) (2000). *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Uchtenhagen, A. & Zimmer-Höfler, D. (1985). *Heroinabhängige und ihre „normalen“ Altersgenossen: Herkunft, Lebenssituation; Zweijahresverlauf im Quervergleich*. Bern: Paul Haupt.
- Ulich, D. (1987). *Krise und Entwicklung*. München: Psychologie Verlagsunion.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S. & Wang, G. J. (2003). The Addicted Human Brain: Insights from Imaging Studies. *Journal of Clinical Investigation*, 111, 1444-1451.
- Volkow, N. D., Koob, G. F. & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.
- Weber, G. & Schneider, W. (1992). *Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen: Selbstheilung, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg*. Aachen: VWB.
- West, R. (2006). *Theory of addiction*. Hoboken, New Jersey: Blackwell Publishing.
- White, W. (2007). Addiction Recovery: Its Definition and Conceptual Boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 229-241.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998: Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.
- Wolff, K., Karch, S. & White, J. (2016). *The SAGE Handbook of Drug & Alcohol Studies: Biological Approaches*. New York: Sage.
- World Health Organisation – WHO (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf: WHO.
- World Health Organization – WHO (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. Genf: WHO.
- Zieglgänsberger, W. (2000). Belohnungssysteme. In Uchtenhagen, A. & Zieglgänsberger, W. (Hrsg.), *Suchtmedizin* (S. 27-29). München, Jena: Urban & Fischer.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and setting the basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.

V Verhaltenssüchte – ein Überblick

Klaus Wölfling

Verhaltenssüchte können als eine substanzungebundene Suchtform verstanden werden, denen ähnliche neuronale und kognitive Prozesse zugrunde liegen wie substanzgebundenen Süchten. Es wird gleichermaßen angenommen, dass für das exzessive, repetitiv-unkontrollierbare Verhalten der Patient:innen eine Sensibilisierung des körpereigenen Belohnungssystems und neuronale Plastizitätsprozesse verantwortlich sind.

Ein möglicher Erklärungsansatz für die Abhängigkeitsentwicklung auch ohne psychotrope Substanzen ist das „Reiz-Reaktions-Lernen“ auch bekannt als „Klassische Konditionierung“. Tritt eine bestimmte Reaktion, bei Verhaltenssüchten können das z. B. positive Gefühle beim Spielen oder Konsumieren erotischer Inhalte, wie Euphorie und Nervenkitzel aber auch die Reduktion unangenehmer Gefühle sowie Spannungsreduktion sein, gehäuft nach einem bestimmten Reiz auf, werden diese beiden mit der Zeit stärker miteinander verknüpft. Die Reize, das können z. B. Geräusche eines Glücksspielautomaten, eine Computermaus oder erotische Werbebilder sein, können zu sogenannten Auslösereizen (Cues) werden und die positiven Reaktionen auslösen. Die Cues können von Person zu Person variieren je nach Verhaltenssucht und eigener Präferenzen. So können neben visuellen und auditiven Cues auch bestimmte Gerüche als Cues fungieren und den Drang einer Person, ihrer oder seiner Sucht nachzukommen erhöhen. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit für abhängiges Verhalten stellt die „Operante Konditionierung“ dar. Hier wird davon ausgegangen, dass ein bestimmtes Verhalten eher auftritt, wenn es mit positiven Konsequenzen verbunden ist. Differenziert werden positive Verstärkung und negative Verstärkung. Die positive Verstärkung beschreibt das Fördern einer Verhaltensweise, indem auf dieses Verhalten eine positive Konsequenz folgt. Bei Verhaltenssüchten können dies z. B. ein Geldgewinn, Erreichen eines neuen Levels im Computerspiel oder die eigene sexuelle Befriedigung sein. Von einer negativen Verstärkung wird dann gesprochen, wenn eine negative Konsequenz durch ein Verhalten wegfällt. Dies könnte in dem Kontext der Verhaltenssüchte bedeuten, dass Sorgen oder persönliche Belastungen für den Moment des Spielens oder Schauens pornografischer Inhalte wegfallen. Die Muster dieser verhaltensverstärkenden Prozesse werden im Gedächtnis gespeichert, welches als Suchtgedächtnis bezeichnet wird. Auf neuronaler Ebene kommt es zur Sensibilisierung des mesolimbischen dopaminergen Belohnungssystems für suchtrelevante Reize. Dies führt dazu, dass Reize, die mit dem jeweiligen Suchtverhalten verbunden sind, bevorzugt aufgesucht werden, da diese mit einer erhöhten Dopaminausschüttung einher-

gehen. Daraus folgt eine erlernte erhöhte Aufmerksamkeitszuwendung hin zu suchtassoziierten Reizen. Eine solche erlernte erhöhte Aufmerksamkeitszuwendung konnte auch unter experimenteller Bedingung gefunden werden. Wölfling et al. (2011) wiesen nach, dass bei pathologischen Glücksspielern vergleichbare kortikale Reizverarbeitungsprozesse beobachtbar sind, wie sie aus dem Bereich der substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, z. B. bei der Alkoholabhängigkeit bereits gezeigt werden konnten (Herrmann et al., 2000). Durch die fortdauernde Überstimulation durch körpereigene Botenstoffe, wird der Körper (und das Belohnungssystem) der Personen mit Suchterkrankungen immer unempfindlicher gegenüber den ursprünglichen „Dosen“ an Glücksspiel, Computerspiel oder Onlinepornografie, sodass die Person die „Dosis“ nach und nach steigern muss, um denselben Effekt zu erlangen. Diesen Prozess bezeichnet man als „Toleranzentwicklung“, er lässt sich bei Betroffenen mit Verhaltenssuchten gut beobachten (z. B. Steigerung von Geldeinsätzen).

1 Diagnose und Spezifizierung einzelner Verhaltenssuchte

Verhaltenssuchte sind charakterisiert durch ihren dominanten Einfluss auf das gesamte Erleben der Betroffenen. Ähnlich wie bei den substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen stehen unwiderstehliches Verlangen nach der Handlung, Kontrollverlust sowie aus dem Verhalten resultierende signifikante psychosoziale Lebensbeeinträchtigungen im Zentrum der Problematik. Anhand drei sehr häufig vorkommender Verhaltenssuchte (Glücksspielerkrankung, Computerspielerkrankung, Onlinesexsucht) soll ein Einblick in die Diagnostik sowie die Epidemiologie der Verhaltenssuchte gegeben werden.

Die Glücksspielerkrankung wie auch die Computernutzungsstörung werden durch neun mögliche Kriterien beschrieben, die die Symptome erfassen, wobei bei der Glücksspielerkrankung mindestens vier und bei der Computerspielerkrankung mindestens fünf Kriterien über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten vorliegen müssen, um die jeweilige Verhaltenssucht zu diagnostizieren. Für beide Verhaltenssuchte wird die Symptomatik im DSM-5 weitestgehend gleichlautend durch sieben mögliche Kriterien charakterisiert, die in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet sind.

2 Auszug aus den Diagnosekriterien des DSM-5

„Gambling Disorder“ und „Internet Gaming Disorder“
sieben weitestgehend gleichlautende Kriterien:
1. Gedankliche Eingenommenheit (Betroffene denken ständig über früheres Spielverhalten nach oder antizipieren kognitiv zukünftiges Spielverhalten, bei Glücksspiel) 2. Entzugssymptomatik (innere Unruhe, Aggressivität, Gereiztheit oder dysphorische Stimmungslage, Schlafstörungen) 3. Toleranzentwicklung (zunehmende Investition an Spiel- und Beschäftigungszeiten mit den Online-Spielen oder bei Glücksspiel: Steigerung finanzieller Spieleinsätze, jeweils um einen gewünschten belohnenden Effekt oder Erregungseffekt zu erzielen) 4. Erfolgreiche Abstinenzversuche (Betroffene geben dem Drang nach, weiter spielen zu müssen, obwohl sie geplant hatten, den Spielkonsum zu beenden) 5. Belügen anderer oder Verheimlichung des tatsächlichen Ausmaßes des Computerspiels/Glücksspiels (üblicherweise werden Familienmitglieder, Therapeuten oder andere nahe Bezugspersonen über das tatsächliche Ausmaß des Spielverhaltens getäuscht) 6. Gefährdung oder Verlust von wichtigen Beziehungen, der Arbeits- oder Ausbildungsstelle aufgrund der Teilnahme an Computer- oder Glücksspielen (Folgen sind das Ende der Partnerschaft, stark belastete verwandtschaftliche Beziehungen, Betroffenen droht die Kündigung des Arbeitsverhältnisses, bei Glücksspiel: häufig Veruntreuung von Geldern) 7. Emotionsregulative Aspekte (der Versuch von Betroffenen Sorgen, Gefühle von Ohnmacht, Schuld oder Ängstlichkeit zu lindern, zu verdrängen, bzw. positive Stimmung durch das Verhalten zu erzeugen, bei Glücksspiel: zunehmenden Schulddruck vergessen)
zwei ergänzende Kriterien bei Glücksspielsucht:
1. Versuch finanzielle Verluste durch das Glücksspielen durch erneutes Spielverhalten auszugleichen, um die Einbußen zurückzugewinnen (sog. „chasing“: den Verlusten hinterherjagen) 2. Verlassen auf finanzielle Unterstützung durch andere, um die finanzielle Notlage, die durch das Glücksspielen entstanden ist, zu überwinden
zwei ergänzende Kriterien bei Internet Gaming Disorder:
1. Verlust des Interesses an früheren Hobbys und Beschäftigungen 2. Exzessive Nutzung von internetbezogenen Computerspielen trotz bewusster psychosozialer Probleme

Tab. 1: Diagnosekriterien Glücksspiel- und Online-Computerspielsucht, adaptierte DSM-5 Kriterien für „Gambling Disorder“ und „Internet Gaming Disorder“ (DSM-5, APA, 2013; adaptiert und übersetzt durch Wölfling, 2022). *Hinweis:* ICD-11 – Gambling Disorder (6C50) und Gaming Disorder (6C51).

In Anlehnung an die „Internet Gaming Disorder“ wird die **Online Pornografie-nutzungsstörung** eingeordnet, wobei das Zielverhalten nicht das Computerspielen, sondern die Nutzung pornografischer Videos und Bilder ist. Im ICD-11 wird es bald möglich sein, die Online Pornografienutzungsstörung auf zwei Arten einzuordnen. Sie kann zum einen der „Compulsive sexual behaviour disorder“ (ICD-11: 6C72) zugeordnet werden, oder der Rubrik Verhaltenssuchte „other specified disorders“ (ICD-11: 6C5Y).

2.1 Glücksspielstörung (GSS)

Das pathologische Glücksspiel fand bereits in der dritten revidierten Fassung des DSM als psychische Störung (DSM-III, Wittchen, 1989) in der Kategorie der Impulskontrollstörungen Einschluss. Betroffene verspüren einen erhöhten Druck, Glücksspiele zu spielen und ihren Einsatz immer weiter zu steigern, was häufig zu finanziellen Problemen führt. Es ist aktuell zu beobachten, dass es vor allem seit der Coronapandemie einen Wandel von offline Glücksspiel, hin zu dem immer weiter verbreiteten online Glücksspiel gibt.

2.1.1 Prävalenz

Für Deutschland wird eine Prävalenz für die Glücksspielstörung von 1 % im Erwachsenenalter und 1,5 % im Jugendalter angenommen. Basis dieser Schätzungen sind breit angelegte epidemiologische Untersuchungen. Das Risiko an einer Glücksspielsucht zu erkranken ist demnach hoch bei der Nutzung von Sportwetten, Poker; besonders hoch aber bei der Nutzung von Geldspielautomaten in Spielhallen oder Gastronomiebetrieben. Neue Daten zeigen besonders für Jugendliche die Gefahr auf, durch das stetig wachsende Onlineglücksspielangebot (z. B. Internetcasinos, Internet-Poker, Internet-Sportwetten) ein Problemverhalten zu entwickeln.

2.1.2 Komorbidität

Die Rate an Begleiterkrankungen ist bei GSS besonders hoch. So zeigen ca. 90 % der Personen mit GSS eine zusätzliche substanzgebundene Abhängigkeitserkrankung auf, v. a. zu nennen sind hier der hohe Tabakkonsum und ein übersteigerter Alkoholkonsum. Weitere häufig auftretende Komorbiditäten sind affektive Störungen und die antisoziale Persönlichkeitsstörung.

2.1.3 Fallbeispiel 1: Gambling (ICD-11 6C50)

Herr L. stellte sich 2018 zur diagnostischen psychosomatischen Abklärung in der Ambulanz für Spielsucht in Mainz mit der Problematik vor, seit zwei Jahrzehnten spielsüchtig zu sein.

Er habe in seiner Jugend mit Freunden angefangen, ohne Geldeinsatz um Punkte an Automaten zu spielen, bald darauf habe er mit geringen Einsätzen von 10 DM gespielt. Seit seiner Jugend, in der er darauf geachtet habe die Auswirkungen des Spielens unter Kontrolle zu haben, sei er in letzter Zeit aber ein- bis zweimal pro Woche in die Spielhalle gegangen, wobei sich die Einsätze pro Besuch auf bis zu 500€ gesteigert haben. Finanziert habe er die GSS durch private Leihen von Freunden und Verwandten und habe so 10.000€ Schulden angesammelt, was er vor seiner Familie allerdings lange Zeit verheimlicht habe. Sein Vater selbst sei auch spielsüchtig gewesen, was Herr L. in seiner Kindheit durch die Auswirkungen der finanziellen Probleme (u. a. musste Herr L.s Vater Privatinsolvenz anmelden) schon mitbekam. Trotz mehrerer Versuche, mit dem Spielen aufzuhören und seine Schulden zu begleichen, habe er dies allerdings nicht allein geschafft. Seine Frau wisse von seinem Spielverhalten und habe es ihm schon mehrmals verziehen. Herr L. mache sich in letzter Zeit aber verstärkt Sorgen um seine Ehe und das gemeinsame Kind. Der Patient berichtet nun von Niedergeschlagenheit, einem schlechten Selbstwertgefühl und körperlichen Beschwerden (Übergewicht und Rückenschmerzen). Er habe sich vor zwei Wochen seiner Familie offenbart, nachdem er sich selbst eingestanden habe, dass er süchtig sei und den Weg aus der Spielsucht allein nicht schaffe.

Bei Herr L. liegt der Diagnose nach ein abhängiges Glücksspielverhalten vor. Neben Toleranzentwicklung konnten im anamnestischen Interview vor allem Fremdfinanzierung, Kontrollverlust, Verheimlichung, Gefährdung wichtiger Beziehungen und chasing eruiert werden. Die therapeutische Empfehlung ist eine ambulante psychotherapeutische Behandlung der GSS.

2.2 Computerspielnutzungsstörung (CSS)

Die CSS stellt in der internationalen Forschungsliteratur eine der relevantesten Unterkategorien der internetbezogenen Störungen dar. Kern der Symptomatik stellt vor allem der Kontrollverlust über das Spielen, das Vernachlässigen anderer Aktivitäten und das Weiterspielen trotz negativer Konsequenzen dar. Beutel, Hoch, Wölfling und Müller (2011) stellten fest, dass die typische Nutzungszeit bei einer Person mit CSS bei acht Stunden an einem Wochentag und 11 Stunden an einem Wochenendtag liegt. Somit sind andere Freizeitaktivitäten neben dem Computerspielen bei Betroffenen meist gar nicht oder nur schwer realisierbar.

2.2.1 Prävalenz

Die Prävalenz der CSS wird derzeit noch sehr heterogen berichtet und unterscheidet sich stark nach Alter und Geschlecht. Die höchsten Prävalenzen sind bei männlichen Jugendlichen im Alter von 12 bis 25 Jahren mit 8,4 % zu verzeichnen. Bei weiblichen Jugendlichen in diesem Alter fällt die Prävalenz auf 2,9 % ab (Wartberg, Kriston & Thomasius, 2017). Für eine breitere Alterskategorie (14- bis 64-Jährige) berichten Rumpf, Meyer, Kreuzer und John (2011) eine Prävalenz von 1 %.

2.2.2 Komorbidität

Hinsichtlich komorbider Störungen zeigt sich, dass vor allem affektive Störungen und Angsterkrankungen sowie ADHS und reduzierte Frustrationstoleranz mit dem Störungsbild der CSS einhergehen.

2.2.3 Fallbeispiel 2: Gaming (ICD11-6C51)

Als Beispiel für CSS dient Herr M., der sich zuerst 2021 in der Ambulanz für Spielsucht in Mainz vorstellte.

Er habe seit seiner Kindheit (6 Jahre) Computerspiele gespielt, zunächst nur vereinzelt, bis er im Jugendalter (13 Jahre) täglich ca. acht Stunden spielte. Verstärkt wurde dieses Verhalten durch den Suizid seines Großvaters, woraufhin seine Mutter in eine Depression verfiel. Dies stellte für den Patienten ein subjektives Verlusterleben dar, was sich auch heute noch in starken Verlustängsten von nahestehenden Personen zeige. Das Spielen habe seitdem als Emotionsregulation und das Abtauchen in eine selbsterschaffene Parallelrealität gedient, sodass das Suchtverhalten als Kompensation für erlebte Zurückweisungen und Enttäuschungen diene. Auch während seiner Ausbildung und später im Beruf spielte Herr M. täglich mehrere Stunden, wobei ihm initial aufgrund der Online-Gemeinschaft mit anderen Spielern das extreme Ausmaß des Spielens nicht bewusst war. Zur Zeit der Vorstellung sei der Patient bereits abstinent vom süchtigen Computerspielen und suche nun die Therapie auf, da die Spielsucht in der Vergangenheit als Suppressor für emotionale Regungen gedient habe. Seit er nicht mehr spiele, habe sich der Suchtdruck verschoben. Hier nennt der Patient Zwangsstörungen, unkontrollierbares Essverhalten einhergehend mit einem negativem Körperkonzept sowie depressive Episoden. Im Zuge seiner Abstinenz habe Herr M. angefangen, in einer Band zu spielen und dort seine erste romantische Partnerin kennengelernt. Nach privaten Enttäuschungen komme es immer wieder zu depressiven Einbrüchen und seit dem Beginn der Therapie auch zu zwei kurzen Rückfällen in die CSS. In

beiden Fällen empfand der Patient den Suchtdruck allerdings im Vergleich zum akuten Suchtverhalten reduziert, sodass die Episoden aufgrund in der Therapie erlernter Coping-Strategie überwunden werden konnten.

Diagnostisch liegt eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode vor und sonstige abnorme Störungen der Impulskontrolle (CSS), gegenwärtig abstinenter. Vor dem Hintergrund einer zwanghaften-dependenten Persönlichkeitsakzentuierung wird eine Weiterführung der Therapie empfohlen, um die erzielten Verbesserungen zu stabilisieren und die Behandlungsziele zu erreichen. Es wird empfohlen, das Ende der Therapie schon früh zu thematisieren, damit der Patient dieses nicht als weiteren Verlust erlebt.

2.3 Online Sexsucht (OSS)

Die OSS wird in der internationalen Forschungsliteratur der Unterkategorie der internetbezogenen Störungen zugeordnet. Das Problemverhalten bei der OSS besteht in dem übernatürlich häufigem konsumieren von pornografischen Inhalten. Betroffene verspüren einen übersteigerten Drang nach pornografischem Video- und Fotomaterial, was nicht zuletzt meistens zu einem Kontrollverlust über die Konsumhäufigkeit und -dauer führt.

2.3.1 Prävalenz

Schätzungen zur Folge sind ca. eine halbe Millionen Menschen in Deutschland von OSS betroffen. Wobei davon ausgegangen wird, dass ca. 90 % der Personen männlich sind. Es kann allerdings angenommen werden, dass die Dunkelziffer besonders für dieses Störungsbild weitaus höher ist, da der problematische Konsum häufig mit Scham verbunden ist und verschwiegen wird. In der STICA-Studie der Suchtambulanz Mainz fanden Wölfling und Kollegen (2019) heraus, dass bei ca. 16 % der Personen mit Internetabhängigkeit eine Onlinesexsucht vorliegt und diese durch ein abstinenzorientiertes kognitiv-behaviorales Therapieprogramm gut behandelbar ist (Wölfling, Jo, Bengesser, Beutel & Müller, 2012).

2.3.2 Komorbidität

Die OSS wird häufig von anderen Störungen oder schädlichem Verhalten begleitet. Hier zu nennen ist der Konsum von Alkohol und Drogen. Punktprävalenzen zeigen zudem hohe Komorbiditäten mit affektiven Störungen wie der Depression, der (Hypo)Manie und bipolaren Störungen (Inescu, Andrianne, Triffaux & Triffaux, 2012).

2.3.3 Fallbeispiel 2: Online Sexsucht (Pornografienutzungsstörung)

Herr K. kam mit dem Anliegen, seinen intensiven Konsum pornografischer Inhalte einzustellen, in die Spielsuchtambulanz Mainz.

Herr K. habe, seit er ca. 12 Jahre alt sei, zunehmend online pornografische Inhalte konsumiert, teilweise bis zu 3 bis 4-mal täglich. Da er sich nach dem Betrachten von Pornos und dem damit einhergehenden Masturbieren immer häufiger sehr schlecht gefühlt habe, versuche er seit ca. 2,5 Jahren den Konsum einzustellen und konnte diesen bereits deutlich reduzieren (ca. 1-2 mal wöchentlich). In diesem Kontext berichtet er ebenfalls, dass es ihm besser gehe, wenn er abstinenter sei. Während eines halbjährigen Auslandsaufenthalts sei es ihm möglich gewesen, den Konsum komplett einzustellen. Seit der Heimkehr habe dieser sich jedoch wieder verstärkt. Zur Selbstkontrolle nutzt Herr K. einschränkende Geräteeinstellungen, um keinen mobilen Zugang zu pornografischen Inhalten zu haben.

Der Patient berichtet weiter, vor allem nach dem Auftreten negativer Ereignisse sowie wenn er Stress habe, den Drang nach pornografischen Inhalten zu verspüren. Als weiteres Nutzungsmotiv nennt er Ablenkung bzw. Bewältigung von Langeweile. So helfe ihm beispielsweise Sport oder andere produktive Tätigkeiten, den Suchtdruck zu reduzieren, was ihm allerdings vor allem an „schlechten Tagen“ nicht immer gelinge.

Weiterhin habe er auf Grund des Pornografiekonsums sowie seiner zusätzlichen sozialen Ängstlichkeit das Problem, dass er sich generell in sozialen Situationen unsicher fühle, ihm die Interaktion mit anderen Menschen schwer falle und dass er noch keine realen sexuellen Kontakte eingegangen sei. Um der Unsicherheit und dem aversiven Gefühl in Folge des Pornografiekonsums entgegenzuwirken, möchte er diesen Konsum einstellen.

Aufgrund der Schilderungen des Patienten liegt ein missbräuchliches Online-Nutzungsverhalten vor. Diesbezüglich werden die Kriterien der Emotionsregulierung, erfolglose Abstinenzversuche, Kontrollverlust, sowie teilweise Konsumfortführung trotz negativer Konsequenzen erfüllt. Es wird eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme empfohlen, um den Leidensdruck des Patienten zu lindern sowie die missbräuchliche Internetnutzung und die soziale Ängstlichkeit/Phobie tiefergehend zu explorieren.

3 Behandlungen

3.1 Verhaltenstherapeutische Ansätze

Verhaltenstherapeutische Ansätze für Verhaltenssüchte wie GSS, CSS und OSS basieren auf der Identifikation von situativen Auslösern des Suchtverhaltens. Das Erleben der Patient:innen ist durch das suchtartige Verhalten dominiert und es ist häufig nur noch ein Minimum an Selbstreflexion für das eigene Handeln, Gedanken oder Gefühle vorhanden. Ein wesentlicher Bestandteil der Therapieansätze ist deshalb, die Selbstreflexion der Patient:innen zu schulen. Hierbei sollen Faktoren bestimmt werden, die zum Verlangen nach dem Konsum beitragen.

Zu Beginn der Therapie wird von Patient:innen oft der Wunsch nach einer kontrollierten Nutzung geäußert. Aufgrund von erlebten Kontrollverlusten und Rückfällen stellt sich im Laufe der Therapie jedoch oft die Einsicht zur Abstinenz ein, welche auch als primäres Behandlungsziel gilt. Der Prozess hin zur Abstinenz ist jedoch häufig durch eine hohe Ambivalenz der Eigenmotivation der Patient:innen gezeichnet, weshalb in einem ersten Schritt ein besonderer Fokus auf dem Motivationsaufbau liegen sollte. Hier ist die Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (1999) zu empfehlen. Hinzu kommen motivationsfördernde Maßnahmen wie z. B. Kosten-Nutzen-Analysen (mit Vierfelderschema und negativen/positiven Konsequenzen der Abstinenz bzw. der Beibehaltung des Problemverhaltens) oder Imaginationsübungen.

Neben der angestrebten Abstinenz gilt es, alternative belohnende und positiv verstärkende Verhaltensweisen zu etablieren. Sekundäre Ziele der Therapie sind u. a. die Arbeit an der Tagesstruktur, die Verbesserung sozialer Beziehungen, die Aktivierung/Verbesserung der sexuellen Funktionsfähigkeit, die Auseinandersetzung mit Partnerschaften und Beziehungen und auch ein langfristig stabiler Erhalt des Erreichten durch Vertragserstellung und Notfallkarten im Rahmen der Rückfallprophylaxe.

Zu Beginn wird das Suchtverhalten durch eine ausführliche anamnestische Erfassung identifiziert. Eindeutige und erreichbare Therapieziele sollten vereinbart werden und falls angebracht in Teilziele untergliedert werden, um die Selbstwirksamkeit der Patient:innen zu stärken. Einen unterstützenden Effekt haben auch psychoedukative Elemente, also eine erhöhte Kenntnislage zum eigenen Störungsbild, die mit einem tiefergehenden Verständnis der Wirkmechanismen des Suchtverhaltens einhergeht.

Das Führen von Wochenprotokollen im ersten Drittel der Therapie unterstützt ebenfalls die angestrebte Selbstreflexion. Durch das Protokollieren von bislang automatisiert und vorbewusst ablaufenden Verhaltensroutinen können so externe und interne Auslöser, die mit der Verhaltenssucht assoziiert sind, besser identifiziert werden. Im Protokoll bietet es sich an, die Situation, Gedanken, Gefühle, körperliche Reaktionen, die Stärke des Verlangens sowie die Nutzungs-