

Johannes Herwig-Lempp

**Von der Sucht zur Selbstbestimmung
Drogenkonsumenten als Subjekte**

Für Florentine und Kasimir

Erschienen 1994 bei borgmann, Dortmund

Der vorliegende Text ist weitgehend identisch mit dem Text des Buches (die damalige Datei konnte rekonstruiert werden, vermutlich sind kleinere Korrekturen hier nicht übernommen worden, außerdem fehlt das Vorwort von Jürgen Hargens). Stand Nov. 2005

Kontakt zum Autor:

Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp

Große Ulrichstraße 51

06108 Halle

www.herwig-lempp.de

johannes@herwig-lempp.de.

Inhaltsverzeichnis	
Die Wirklichkeit verändern	3
Das Drogenproblem	4
Erkenntnistheorie	7
Denk-Modelle	10
Was ist Drogenabhängigkeit?	12
Der Begriff „Droge“	12
Der Begriff „Drogenabhängigkeit“	17
Theorienvielfalt	22
Arbeitsdefinitionen	34
Wie kommen wir zu Erkenntnis?	37
Theorien als Beschreibung und Erklärung von Wirklichkeit	37
Konstruktivismus	47
Drogenabhängigkeit als Erklärungsprinzip	58
Das Erklärungsprinzip „Autonomie“	62
Die Wahl zwischen Erklärungsprinzipien	66
Drogenkonsumenten als Subjekte - Unterschiedliche Konsequenzen unterschiedlicher Erklärungsprinzipien	70
Drogenkonsumenten als Abhängige	70
Drogenkonsumenten als Subjekte	80
Die Rekonstruktion von Unabhängigkeit I: Akzeptierende Drogenarbeit	89
Prämissen Akzeptierender Drogenarbeit	91
Formen Akzeptierender Drogenarbeit	92
Wandel in der Drogenhilfe	95
Drogenpolitik	99
Der Begriff der „Abhängigkeit“	103
Rekonstruktion von Unabhängigkeit II: Der systemische Ansatz	106
Entwicklung	106
Grundsätze systemischer Beratung	110
Elemente der Systemischen Beratung	115
Kritik	124
Die Übertragung auf den Drogenbereich	127
Argumente für einen allmählichen Abschied von „Abhängigkeit“	135
Literatur	144
Dank	159
Der Autor	159
Über dieses Buch	160

Die Wirklichkeit verändern

Das Mögliche ist beinahe unendlich, das Wirkliche streng begrenzt, weil doch nur eine von allen Möglichkeiten zur Wirklichkeit werden kann. Das Wirkliche ist nur ein Sonderfall des Möglichen und deshalb auch anders denkbar. Daraus folgt, daß wir das Wirkliche umzudenken haben, um ins Mögliche vorzustößen.

Friedrich Dürrenmatt, Justiz

Bevor wir auch nur einen Versuch unternehmen, unser Leben selbst in die Hand zu nehmen und in unsere Wirklichkeit einzugreifen, sie nicht schicksalhaft über uns ergehen zu lassen, sondern sie selbständig zu verändern, müssen wir voraussetzen, daß sich diese Wirklichkeit auch tatsächlich verändern läßt. Für je unveränderbarer und absoluter, objektiver und damit unumstößlich vorgegeben wir die Welt um uns herum halten, desto weniger werden wir auch nur den Versuch unternehmen, sie verändern und Einfluß auf sie und damit unser Leben nehmen zu wollen.

Interessant ist hierbei, daß es zunächst gleichgültig ist, wie die Verhältnisse wirklich sind - von Bedeutung ist allein, von welchen Voraussetzungen wir ausgehen. Nicht was wir wissen über die Veränderbarkeit der Wirklichkeit ist entscheidend dafür, ob wir den Versuch wagen, sondern was wir glauben zu wissen. Erst dann, wenn es uns gelingt, die von uns erlebte Wirklichkeit nur als einen „Sonderfall des Möglichen“ zu begreifen, werden wir die Wirklichkeit umdenken können, um „ins Mögliche vorzustößen“.

Dies gilt gleichermaßen im alltäglichen praktischen Leben wie auch bei theoretischen und wissenschaftlichen Fragestellungen. Nicht Phantasie allein ist gefragt, sondern die Fähigkeit, neue Denk-Möglichkeiten zuzulassen, sie nicht durch puren Realitätssinn von vorneherein auszuschließen. Dies spielt immer dann eine besondere Rolle, wenn es um Problemsituationen, unbeantwortbare Fragen und unlösbare Probleme geht. Selbstverständlich gehen wir heutzutage davon aus, daß die Realität nicht völlig unveränderbar, nicht ganz „hart“ ist, d.h. wir setzen voraus, daß wir Einfluß auf sie, auf uns und auf unser Schicksal nehmen können.

Unklar ist und bleibt allerdings, wie groß dabei unser „Spiel-Raum“ ist, und wann und wie schnell wir an die Grenzen der uns vorgegebenen Realität stoßen. Wieviel Freiheit, wieviel Raum zu Eigenverantwortung haben wir? Insbesondere unsere jahrhundertealte naturwissenschaftliche Tradition hat im Alltag wie in der Wissenschaft die Vorstellung

einer einzigen Wirklichkeit geprägt, die als solche in sich und um uns herum existiert und die es zu erforschen gilt in all ihren Gesetzmäßigkeiten, um sich optimal darin zurechtzufinden und bewegen zu können. Gleichzeitig „weiß“ man heutzutage, daß es neben dieser „objektiven“ Realität auch noch viele unterschiedliche subjektive Wahrnehmungen dieser Realität gibt, die sich voneinander unterscheiden. Allerdings, so die implizierte Grundannahme, müssen diese subjektiven Anteile beim wissenschaftlichen Arbeiten ausgeschlossen werden, um objektive Ergebnisse sicherzustellen. Zugrundegelegt ist damit also immer die - heutzutage scheinbar unbestreitbare - Annahme, daß es eine objektive Wirklichkeit gibt, und daß sie von forschenden Subjekten mehr oder minder objektiv richtig erforscht werden kann.

Dies ist von entscheidender Bedeutung für die Struktur und Organisation von Problemlösungsprozessen: Reale gesellschaftliche, wirtschaftliche, technische oder ökologische Probleme sucht man dadurch zu lösen, daß man sie zunächst möglichst gut zu verstehen versucht, d.h. man erforscht und untersucht sie, um so ein der Wirklichkeit möglichst nahekommendes, also objektives Wissen zu erhalten und dadurch eine Lösung zu finden.

Dieses Modell der Wirklichkeit, diese Art des Verstehens und die daraus gefolgerte Konzeption von (Er-)Forschung haben sich über lange Zeit hinweg bewährt. Dennoch liegt eine Gefahr darin: Man gerät leicht in Versuchung, „die Wirklichkeit“ als „härter“, als unveränderbarer anzusehen, als sie möglicherweise jeweils tatsächlich ist. Dann gelingt es nicht, sich von alten Vorstellungen zu befreien und die Wirklichkeit hinreichend neu zu denken, um auf diese Weise neue Möglichkeiten zu konstruieren und zu erfinden. Dies mag oft ohne Belang sein. Fatal jedoch wird dies, wenn dadurch Lösungen für bestehende schwerwiegende Probleme verhindert oder nicht erkannt werden.

Das Drogenproblem

Drogenabhängigkeit gilt auch noch nach Jahrzehnten international als eines der großen, ungelösten gesellschaftlichen Probleme. 1988 wurde von der Uno sogar zum Jahr des Kampfes gegen die Drogen proklamiert, wobei man sich in erster Linie auf die Bekämpfung der Gefahren illegaler Drogen - wie Heroin, Kokain, Cannabis - bezog. Aber auch die legalen, die gesellschaftlich und kulturell eingebetteten und akzeptierten Drogen - wie Alkohol, Nikotin und dann eine Vielzahl von Medikamenten - haben einen wesentlichen Anteil am Drogenproblem: Betrachtet man die Zahlen für die

Bundesrepublik Deutschland, so spielen Heroin und Kokain eine vergleichsweise eher kleine Rolle im Gesamtbereich, auch wenn „Drogenproblem“ und „Drogenabhängigkeit“ in den Medien und im öffentlichen Bewußtsein zunächst hauptsächlich auf die illegalen Drogen bezogen werden. Nach allgemeiner Einschätzung wird Heroin als wesentlich gefährlicher und auch verbreiteter eingeschätzt als extensiver Alkoholkonsum oder Medikamentenmißbrauch.

Entsprechend dem gesellschaftlichen Stellenwert weiß auch praktisch jeder, was mit „Drogenabhängigkeit“ gemeint ist, wenn davon die Rede ist: die Unfähigkeit, in einer selbständigen und eigenverantwortlichen Weise mit Drogen, d.h. Substanzen mit einem „Suchtpotential“, umzugehen. Drogenabhängige, so glaubt man, haben die Kontrolle über sich selbst und ihre Selbstbestimmung im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum verloren. Drogenabhängigkeit gilt als eine Krankheit, die infolge des Drogenkonsums auftritt, und die so schwer ist, daß sie intensiver Hilfe und Therapie von außen bedarf, oft stationär und über Monate und Jahre hinweg. Denn von allein - so die vorherrschende Meinung - kann sich ein Drogenabhängiger nicht helfen oder gar heilen. Wobei überhaupt umstritten ist, ob Drogenabhängigkeit tatsächlich heilbar ist oder ob man, erst einmal erkrankt und „süchtig“ geworden, lebenslang abhängig bleibt, wie insbesondere für Alkoholiker seit langem behauptet wird.

Soweit ein allgemeines, nur auf den ersten Blick klares und eindeutiges Verständnis von „Drogenabhängigkeit“. Tatsächlich ist das Problem trotz intensivster Forschung und großem Engagement in keiner Hinsicht gelöst oder auch nur auf dem Wege dazu: Weder gelang und gelingt es, nationale und internationale Schwarzmärkte für illegale Drogen durch aufwendige Rauschgiftdezernate, Zollfahnder und Soldaten, die zur Zerstörung der Anbaugelände eingesetzt werden, „auszutrocknen“, zu „zerschlagen“ oder mit Hilfe strafrechtlicher Sanktionen zu unterbinden. Noch konnte man bis heute wirksame Präventionsprogramme und im Hinblick auf das selbstgesteckte und absolute Ziel (lebenslange Drogenabstinenz) wirklich erfolgreiche Therapiemodelle entwickeln. Als Bedingung hierfür, so die herrschende Meinung, wäre es notwendig, genauere und tiefgehendere Kenntnis über Drogenabhängigkeit, ihre Ursachen und Verlaufsformen zu erhalten, da sie noch nicht genügend erforscht sei.

Gleichwohl mußte und muß man handeln, wie dies ein Grußwort des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit zu einer Tagung der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren verdeutlicht: „Weder der Klient, noch der, der verpflichtet ist, ihm zu helfen, konnte es sich leisten, abzuwarten, bis es gelingt, eine Theorie der Sucht zu entwickeln. Das empirische Experimentieren war die einzige Möglichkeit schnell

herauszufinden, welche Hilfen notwendig und praktikierbar sind“ (Feuerlein 1986, S. IX). Bislang wurden aber auch durch das „empirische Experimentieren“ nicht die gewünschten durchschlagend erfolgreichen Praxisansätze entwickelt.

Im Gegenteil, nicht nur daß man keine wirksamen Methoden zur Vorbeugung (vgl. Herwig 1984) und zur Heilung der Drogenabhängigkeit (vgl. Bossong 1983) finden konnte: Es besteht alles andere als Klarheit darüber, was Drogenabhängigkeit überhaupt ist. Selbst bei der Frage, was „Drogen“ sind, läßt sich keine Eindeutigkeit herstellen. Beliebte ist es, auch in der Fachliteratur, Paracelsus (mit Angabe seiner Lebensdaten) zu zitieren: „Alle Dinge sind Gift und nichts ist ohne Gift. Allein die Dosis macht, daß ein Ding kein Gift ist“ (zit. nach Feser 1981, S. 15). Oder es wird festgestellt: „Eine Droge ist eine Substanz, die durch ihre chemische Beschaffenheit die Struktur oder Funktion des lebenden Organismus beeinflusst“ (Nowlis 1975, S. 17). Unklar ist und bleibt dann aber, warum manche Stoffe als Drogen bezeichnet werden und andere nicht, warum nur manche zu einer Drogenabhängigkeit führen sollen und andere nicht. Je nach Standort und Interesse bspw. werden Medikamente und Alkohol unter dem Drogen-Begriff, gemeinsam mit illegalen Stoffen wie Heroin, Cannabis und Kokain, subsumiert oder auch nicht.

Gleichzeitig ist im Grunde unklar, was man über Drogenabhängigkeit weiß bzw. zu wissen glaubt. Es hat den Anschein, als ob die fortwährende Aufstockung der Forschungsmittel statt größerer Klarheit nur eine Vervielfachung der Theorien mit sich brachte. Tatsächlich hat sich die Zahl der Erklärungsversuche rasant vermehrt. So legten Lettieri/Welz 1983 ein Handbuch vor, in dem knapp vierzig verschiedene Erklärungsansätze zu den Ursachen, Erscheinungs- und Verlaufsformen von Drogenabhängigkeit vorgestellt werden, wobei es sich lediglich um die gängigsten der bestehenden Theorien handelt.

Die intensive Forschung der letzten Jahrzehnte führte also nicht, wie erhofft, zu einer allmählichen Klärung und Verminderung der Probleme. Die Erforschung von allem, was mit Drogen, ihrem Konsum und der Abhängigkeit von Drogen zusammenhängt, konnte ebensowenig eine erkennbare Verbesserung für die tatsächliche Situation bringen wie die ständige Entwicklung und Weiterentwicklung von Programmen, Modellen und Konzeptionen auf therapeutischen, medizinischen, sozialpädagogischen, polizeilichen und strafrechtlichen Gebieten. Im Gegenteil, sie scheinen sich eher noch zu vergrößern, denn über Heroin und Alkohol hinaus entdeckt man immer neue Stoffe als zumindest potentiell suchtfördernd, so bspw. Nikotin, Koffein, Verdüner, und dazu dann auch noch im letzten Jahrzehnt die sogenannten „nichtstoffgebundenen

Süchte“ als allerneueste Varianten von „Drogenabhängigkeit“ hinzukamen. Damit stieg die Zahl derer enorm an, die in der einen oder anderen Form „drogenabhängig“ sind, der Bedarf an Beratungs- und Therapiepersonal wuchs ebenfalls, und schließlich stellte sich wiederum verstärkt und abermals noch dringlicher die Notwendigkeit einer verbesserten Forschung: Das Problem der Drogenabhängigkeit wächst und wächst.

Erkenntnistheorie

Drogenabhängigkeit wird in unserer Gesellschaft als - in doppeltem Sinn - „härteste Realität“ erlebt. Darauf gründen auch Forschung und Politik, ihre Vorgehensweisen bei der Suche nach Lösungen werden davon wesentlich bestimmt. So geht es der Wissenschaft darum herauszufinden, was Drogenabhängigkeit wirklich ist - als Voraussetzung dafür, wirksame Präventions- und Therapieprogramme entwickeln zu können. Dies ist die Strategie: genau zu erforschen, um anschließend dem Problem wirksam begegnen zu können. Angesichts der bisherigen Erfolglosigkeit dieser Strategie wird hier die These aufgestellt und zu belegen versucht, daß „Drogenabhängigkeit“ nicht Teil einer „harten Realität“ ist und damit auch nicht als solche erforscht werden kann:

Die Wahrnehmung von Drogenabhängigkeit und ihrer „Existenz“ ist bedingt durch die Verwendung eines a priori gesetzten Konzepts der Drogenabhängigkeit als Beschreibung und Erklärung eines definierten Verhaltens im Umgang mit Drogen. Ersetzt man das Erklärungsmodell der „Drogenabhängigkeit“ durch ein anderes theoretisches Modell, etwa das des „Drogenkonsumenten als Subjekt“, dessen Umgang mit Drogen als selbstbestimmt und innerhalb seines individuellen Rahmens als sinnvoll definiert und vorausgesetzt wird, und legt dieses Modell der Betrachtung „der Realität“ zugrunde, so wird es sich ebenfalls als „in sich stimmig“ und „richtig“ erweisen und dem, der es anwendet, als „wahr“ erscheinen.

Drogenabhängigkeit läßt sich als „Erklärungsprinzip“ begreifen. Ein Erklärungsprinzip selbst „erklärt in Wirklichkeit nichts. Es ist eine Art konventionelle Übereinkunft zwischen Wissenschaftlern, die dazu dient, an einem bestimmten Punkt mit dem Erklären der Dinge aufzuhören“ (Bateson 1983, S.74).

Wenn aber Drogenabhängigkeit nicht „wirklich“ existiert, sondern nur ein noch jeweils zu definierender Begriff ist, stellt sich die Frage, inwieweit er überhaupt nützlich und

sinnvoll ist, und ob er nicht zweckmäßigerweise ersetzt werden kann durch andere „Erklärungsprinzipien“.

Solche Wechsel sind in der Regel nicht ohne weiteres zu bewältigen, sie gestalten sich in der Praxis oft überaus schwierig und langwierig oder erscheinen geradezu unmöglich durch die scheinbar unbezweifelbare „Wahrheit“ des traditionellen, somit „eingetübten“ Erklärungsmusters: Wir „glauben“ an unsere Theorien und betrachten sie als zwingend notwendig und gültig.

Demgegenüber kennt der hier zugrundegelegte erkenntnistheoretische Ansatz des Konstruktivismus, der noch ausführlich darzustellen sein wird, als Kriterium für den Wechsel und die Gültigkeit von Erklärungsmodellen und Theorien nicht die Annäherung an eine „objektive Wahrheit“, sondern allein ihren Nutzen, den sie für den jeweiligen Anwender (d.h. für konkrete Subjekte) haben. Die Nützlichkeit ergibt sich dadurch, daß die bestimmten Interessen eines Subjekts durch ein spezielles Erklärungsmodell am besten befriedigt werden. Aus dieser erkenntnistheoretischen Position heraus ist der Wechsel von einem Erklärungsansatz zum nächsten möglich, legitim und - je nach subjektivem Standpunkt und Interesse - auch sinnvoll.

So ist auch die scheinbare „Wahrheit“ des etablierten Erklärungsmodells „Drogenabhängigkeit“ (oder besser: die jeweiligen „Wahrheiten“ der verschiedenen Erklärungsansätze) und die damit verknüpfte scheinbare Existenz von Drogenabhängigkeit durch die „Anschauungsevidenz“ bei wiederholter Verwendung der gleichen Erklärungskonstrukte zu verstehen. Es wird verständlich, warum „Drogenabhängigkeit“ zu einer scheinbar „harten Realität“ werden konnte.

Ein solches Verständnis des Zusammenhangs zwischen Erkenntnistheorie, „Realität“ und Theorie könnte wieder einen mehr spielerischen und die subjektiven Notwendigkeiten eher berücksichtigenden Umgang mit Erklärungsmodellen zur „Drogenabhängigkeit“ ermöglichen. Anlaß und Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist das Scheitern der bisherigen Bemühungen um die Lösung der Probleme der Drogenabhängigkeit.

Auch hier wird kein Patent-Rezept entwickelt werden. Zunächst sollen mit Hilfe erkenntnistheoretischer Überlegungen die impliziten Annahmen, die für den Umgang mit und für die Erforschung von „Drogenabhängigkeit“ bestimmend sind, herausgearbeitet werden und es soll dabei deutlich gemacht werden, daß es sich hierbei um *Annahmen* handelt. „Drogenabhängigkeit“ wird als etwas dargestellt, was allein in

den Köpfen der diesen Begriff verwendenden Menschen (jeweils ganz unterschiedlich) „wirklich“ wird.

Die mögliche praktische Bedeutung von erkenntnistheoretischen Überlegungen wird in aller Regel gar nicht erst in Betracht gezogen. Theimer formuliert die Vorbehalte gegenüber der Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie treffend: „So interessant dieser moderne Zweig der Philosophie sein mag, kann der Student, wie übrigens auch der praktische Forscher, doch nicht viel damit anfangen. Die abstrakten Polemiken der führenden Wissenschaftsphilosophen helfen ihm bei der praktischen Arbeit nicht weiter“ (Theimer 1985, S.7).

Doch bleibt es nicht bei diesen scheinbar „wirklichkeitsfremden“ Überlegungen. Sie sollen für die Praxis genutzt, ihre Bedeutung im Hinblick auf Veränderungen im Umgang mit den Drogenproblemen geprüft werden: „Ich finde, Metaphysik taugt nur etwas, wenn sie das tägliche Leben verbessert; andernfalls kann sie mir gestohlen bleiben“ (Pirsig 1978, S. 254). Die Frage, die eigentlich von Interesse ist, ist: Welche Veränderungen für die Praxis können diese Überlegungen ermöglichen? Und wenn es gelingt, Drogenabhängigkeit als Erklärungsprinzip zu sehen: Durch welches Erklärungsprinzip ließe es sich zweckmäßigerweise ersetzen, bzw. inwiefern wäre ein Umdenken sowohl in der praktischen Drogenarbeit als auch in der Drogenpolitik nun nicht nur möglich, sondern auch sinnvoll, inwieweit wäre es sinnvoll, neue Wege zu gehen, und inwieweit könnten sie auch einen theoretischen Rückhalt bekommen? Hieraus ergibt sich die zweite These:

Das für bestimmte definierte Phänomene und Verhaltensweisen zugrundegelegte Erklärungsprinzip „Drogenabhängigkeit“ läßt sich ersetzen durch ein Erklärungsprinzip „Autonomie“: Auch diese Phänomene und Verhaltensweisen lassen sich verstehen als Ausdruck und Ergebnis der Entscheidungen selbstbestimmender, autonom handelnder Menschen. Die daraus resultierende andere Sichtweise läßt sich auch praktisch in der Begegnung mit Drogenkonsumenten, d.h. in Beratung und Therapie umsetzen. Sie ermöglicht eine andere Haltung und damit einen neuen Zugang in der praktischen Begegnung mit Drogenkonsumenten und in ihrer Beratung.

Mit der Darstellung der Konzepte und Ansätze der Akzeptierenden Drogenarbeit sowie des Systemischen Beratungsansatzes sollen denkbare und praktikable Formen der Umsetzung dieser theoretischen Konzepte gezeigt werden. Ziel der Arbeit ist es, neue Möglichkeiten zu entwickeln und aufzuzeigen.

Denk-Modelle

Um allen Mißverständnissen vorzubeugen: Es soll ebensowenig behauptet werden, Drogenabhängigkeit sei ein Erklärungsprinzip, wie versucht werden soll, die vorzustellenden Ansätze für den Umgang, die Beratung und Therapie von Drogenkonsumenten seien die einzig richtigen und „wahren“. Insofern wird versucht, in der konstruktivistischen Grundhaltung konsequent zu sein, selbst wenn dies sowohl schwerfällt als auch schwer zu verstehen ist, da wir gewohnt sind, uns an Aussagen über eine objektive Realität zu orientieren. Dieses Modell soll lediglich den bestehenden Modellen (deren Anspruch und Meta-Axiom lautet „Drogenabhängigkeit ist ein real existierendes Phänomen, das es genau zu erforschen gilt“) gleichberechtigt gegenübergestellt werden, wobei für beide Seiten dabei der Modellcharakter weiterhin erkennbar sein soll.

So handelt es sich weder um eine empirische Untersuchung über Drogenabhängigkeit noch um eine vergleichende Übersicht und Auswertung bestehender Konzepte zur Drogenabhängigkeit. Indem davon ausgegangen wird, daß es sich bei Drogenabhängigkeit um ein Erklärungsprinzip handelt, soll das Verhältnis zwischen dem a priori gesetzten Erklärungsprinzip und seiner Entsprechung in der empirisch erfaßten Wirklichkeit untersucht werden. Dies soll möglich werden durch ein „Gedankenexperiment“, in dem dem Erklärungsprinzip Drogenabhängigkeit ein anderes, konstruiertes Erklärungsprinzip des selbstbestimmten Drogenkonsums gegenübergestellt wird und das Verhältnis beider Modelle zu der von ihnen konstruierten Wirklichkeit verglichen wird.

Methodisch entspricht dies einem Vorgehen, wie es von Lindemann in seinem Vorwort zu Poincarés „Wissenschaft und Hypothese“ beschrieben wird: „Nicht so sehr auf die gewonnenen Resultate ist im vorliegenden Werk das Hauptgewicht zu legen, sondern auf die Methode der Behandlung; und die vom Verfasser befolgte Methode ist dieselbe, welche bei Erforschungen der Grundlagen der Geometrie und Arithmetik in den letzten Dezennien zu so reichen und vorläufig befriedigenden Ergebnissen geführt hat. Sie besteht darin, daß man eine erfahrungsgemäß zulässige Hypothese, deren Zusammenhang mit anderen Voraussetzungen zu untersuchen ist, durch eine Annahme ersetzt, die zwar auch unser logisches Denken befriedigt, aber nicht mit der Erfahrung in Einklang steht, und daß man dadurch die gegenseitige Abhängigkeit verschiedener Hypothesen oder Axiome zu evidenter Anschauung bringt“ (Lindemann in Poincaré 1914, S. VI f).

So wie Poincaré dieses Vorgehen anwandte, um die Axiome zu verdeutlichen, auf die sich unser Denken stützt, ohne daß wir uns dessen bewußt sind, und gleichzeitig zu demonstrieren, daß keine „Geometrie“ richtiger ist als eine andere, so soll hier demonstriert werden, daß *verschiedene* Denk-Modelle und -Konstrukte entwickelt werden können und vorstellbar sind - bei bewußtem Verzicht darauf zu bestehen, eine einzige Wahrheit zu finden. Aber erst indem wir es wagen, sie zu denken, können wir auch beginnen, die damit verbundenen Konsequenzen für die Praxis abzuschätzen. Erst dann wird es uns möglich, die Brauchbarkeit dieses anderen Denkansatzes in der Praxis zu beurteilen.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Teil. Nach der Beschäftigung mit der Verwendung der Begriffe „Droge“ und „Drogenabhängigkeit“ und dem Eingehen auf die Vielfalt der Theorien zur Drogenabhängigkeit folgt ein Kapitel über Erkenntnistheorien, in dem der dieser Arbeit zugrundeliegende Ansatz des Konstruktivismus dargestellt wird. Der theoretische Teil wird abgeschlossen mit Überlegungen zu den einander gegenüberstehenden Erklärungsprinzipien „Abhängigkeit“ und „Autonomie“.

Wie aber können sich diese zunächst nur theoretischen Überlegungen auf die Praxis auswirken? Drogenkonsumenten lassen sich als Subjekte ihres Willens verstehen. Die praktischen Konsequenzen hieraus lassen sich zum einen am Ansatz der Akzeptierenden Drogenarbeit, zum anderen am systemischen Beratungsansatz und seiner Umsetzung im Umgang mit Drogenkonsumenten darstellen. Die Arbeit schließt mit einer Zusammenstellung der Argumente für einen allmählichen Abschied von Abhängigkeit.

Was ist Drogenabhängigkeit?

Bei Tische genoß es unser Cronopium, seine Gäste reden zu hören, denn alle glaubten, sie bezögen sich auf denselben Gegenstand, aber dem war nicht so.

Julio Cortázar, Geschichten der Cronopien und Famen

Der Begriff „Droge“

Was ist eine „Droge“? Mit der Bestimmung dieses Begriffes hat jede Arbeit über Drogenabhängigkeit zu beginnen. Voraussetzung einer klaren Erörterung ist die Verwendung klar definierter Begriffe. Umso auffälliger ist, daß die Klärung dieser Frage offensichtlich nicht so ohne weiteres zu gelingen scheint.

Am eindeutigsten ist noch die etymologische Bestimmung des Wortes. So führt der Duden an, das Wort sei dem französischen *drogue* entlehnt, das selbst wiederum zu dem althochdeutschen *trocken* gehöre. In seiner niederdeutschen Form *droge* sei es in der Wortverbindung *droge-fate*, d.h. „trockene Fässer“, gemeint ist „Fässer mit Trockenware“, verwendet worden, wobei dann *droge* irrtümlich als Warenbezeichnung des Inhalts solcher Fässer verstanden worden sei (vgl. Duden 1963, S. 119). Erst in jüngerer Zeit ist der Begriff offenbar aus dem Französischen zurück ins Deutsche gekommen. Im Deutschen Wörterbuch, Band 2 („Biermörder - Dwatsch“) von 1860 ist das Wort „Droge“ nicht enthalten.

Vogt/Scheerer (1989, S. 5) verweisen, wie andere auch, auf diese Begriffsgeschichte, um anschließend jedoch die Vielfalt dessen, was man heute darunter verstehen kann und versteht, in vier Gruppen darzustellen.

(1) Sie beginnen mit dem pharmazeutischen Verständnis, wonach man unter Drogen sowohl Grundstoffe für Arzneimittel als auch die daraus zubereiteten oder aus mehreren von ihnen zusammengesetzten Medikamente bezeichnet. Der Vorteil wird dabei in dem Verzicht auf Fragen der psychoaktiven Wirkung als auch moralischer oder juristischer Bewertung gesehen. Da allerdings weltweit unterschiedliche Substanzen als Medikamente verwendet werden, hat dies zur Folge, daß der Drogenbegriff inhaltsleer wird. „So führten etwa die Bemühungen eines Who-Sachverständigenausschusses in den 60er Jahren zu einem so weiten Drogenbegriff, daß es schwierig wurde, auf seiner

Grundlage überhaupt noch eine Grenze zwischen Drogen und (anderen) Nahrungsmitteln oder auch nur zwischen Drogen und der Atemluft oder Trinkwasser zu ziehen“ (ebd.).

Vogt/Scheerer erläutern den Versuch der Who von 1981, diese Schwierigkeiten auszuräumen, durch den Vorschlag, drei unterschiedliche Ebenen der Drogen-Definition anzuerkennen und jeweils differenziert zu benennen, auf welche man sich aktuell bezieht: Nach der ersten sind Drogen alle Substanzen, deren Konsum biologische Funktionen und Strukturen verändert (wobei die Substanzen ausgenommen sind, die für die „Aufrechterhaltung des normalen Gesundheitszustandes“ erforderlich sind). Die zweite Definition differenziert nach verschiedenen Anwendungsgebieten (vor allem medizinischen und nichtmedizinischen). Die dritte Ebene der Definition schließlich bezieht sich nurmehr auf die psychoaktiv wirkenden Substanzen.

(2) An diese dritte Definition knüpft die zweite Gruppe von Definitionen von „Droge“ an, die damit „psychoaktive Substanzen“ - d.h. das zentrale Nervensystem beeinflussende Stoffe - gleichsetzt. „Drogen in diesem Sinne sind alle Stoffe, Mittel, Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewußtsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen“ (Vogt/Scheerer 1989, S. 5f). Vogt und Scheerer beziehen sich für ihr Drogenhandbuch auf diese Definition, da sie ihrer Auffassung nach „den Vorteil einer nicht-präjudizierenden Begrifflichkeit mit der Vermeidung einer allzu weiten Ausuferung des Bedeutungsinhalts, die den Begriff sinnentleeren würde“ (ebd., S. 6), verknüpft.

(3) In der dritten von Vogt/Scheerer vorgestellten Gruppe handelt es sich nach dem Alltagsverständnis bei „Drogen“ um Stoffe, deren Konsum verboten ist (Haschisch, Marihuana, Heroin, Kokain etc.). Im Gegensatz zu diesen Drogen oder „Rauschmitteln“ spreche man dann bei Alkohol, Tabak, Kaffee, Tee etc. von Genußmitteln. So einleuchtend jedoch eine Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen sei, so fragwürdig sei sie doch auch, da sie zum einen in dieser Größenordnung nicht bestehende Unterschiede zwischen der Wirkung der Substanzen suggeriere, und zum anderen historische und interkulturelle Vergleiche erschwere.

„Ist Alkohol nicht doch eine Droge, weil er in islamischen Ländern verboten ist? Oder ist er nur dort eine Droge? Welche Substanzen dürften/müßten auf einer internationalen Drogen-Konferenz auf die Tagesordnung? War Tabak früher eine Droge (als er in

Preußen verboten war) und ist er es heute nicht mehr - oder doch noch, wie in allen Anti-Raucher-Kampagnen argumentiert wird? ... Sollen Schnüffelstoffe wie Benzin oder Äther nur deswegen keine Drogen sein, weil sie abgesehen von ihrer Verwendung als Rauschmittel auch zum Bedarf des täglichen Lebens gehören und schon deshalb nicht den strengen Kontrollen des Betäubungsmittelgesetzes unterworfen werden können? Ähnliches ist für Salbei, Majoran und Muskatnuß zu fragen, die in größeren als den küchenüblichen Dosierungen halluzinogen wirken, aber aus praktischen Gründen nicht wie andere Halluzinogene verboten werden können“ (ebd. S. 6f).

(4) Schließlich verweisen Vogt/Scheerer auf die zunehmende Verwendung des Drogenbegriffs auch auf „Nichtsubstanzen“ wie Literatur und Luxus, wobei noch ein gewisser ironischer Bezug impliziert sei, oder aber dann auf Glücksspiel und weitere derjenigen „Drogen“, die Auslöser der „sogenannten neuen Süchte“, der „nichtstoffgebundenen Drogenabhängigkeiten“ sind.

Jede der vier Gruppen hat unterschiedliche Funktionen und Aufgaben zu übernehmen, je nach Interessenlage derer, die sie verwenden. Die Frage muß jedoch gestellt werden, ob sie in der Praxis klar und konsequent voneinander zu trennen sind.

Für die vierte Gruppe weisen Vogt/Scheerer auf einen wesentlichen Aspekt, der jedoch auch für die anderen eine entscheidende Rolle zu spielen scheint: „Als Droge wird in diesem Verständnis schlechthin alles bezeichnet, was in irgendeiner Weise besonders abhängig machen, berauschen, faszinieren, aber auch schaden kann. Allerdings impliziert diese Begriffsverwendung immer auch schon eine moralisch-politische Dimension: Bestimmte Verhaltensweisen werden mit dem Stigma des Lasterhaften und Gefährlichen belegt und es wird ein Beratungs- und Therapiebedarf impliziert“ (Vogt/Scheerer 1989, S. 7).

Suggeriert wird hier, daß es auch eine „wertfreie“, von subjektiven Bewertungen unabhängige Definition von „Droge“ geben könne. Tatsächlich wird jedoch immer wieder deutlich, je weniger Bewertung in eine Definition impliziert sein soll, desto leerer und sinnloser wird sie (s.o. Gruppe 1): Da die Begriffsklärung in einem ganz bestimmten Interesse erfolgt, ist es möglicherweise zweckdienlicher, keine allgemeingültige Definition entwickeln zu wollen.

Insofern ist auch die bereits zitierte Begriffsklärung von Vogt/Scheerer, so sehr sie sich auch für die vorliegende Arbeit zunächst anzubieten scheint, nicht unproblematisch: „Drogen in diesem Sinne sind alle Stoffe, Mittel, Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern,

wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewußtsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen“ (ebd. S. 5f).

Abgesehen von der Unklarheit, die das unpräzise „insbesondere“ beläßt, können hierunter möglicherweise doch auch wieder alle Nahrungsmittel einschließlich Trinkwasser und Atemluft einbezogen werden. Oder wie anders als durch die Substanz verändert lassen sich die Stimmungslage des Schwaben angesichts eines Tellers voll mit Kässpätzle, sein erhöhtes Sinnesempfinden während des Verspeisens und sein besonderes psychisches und physisches Wohlbefinden nach dem Essen erklären (wobei es einem Münchner mit Weißwürsten oder einem Pfälzer mit Saumagen nicht anders gehen mag)? Sind dies also Drogen im Sinne von Vogt und Scheerer?

Unterstellt wird in der Regel, daß die Wirkung von Drogen abhängt von Stoff, Dosis, Häufigkeit, der körperlichen und psychischen Verfassung, der Situation, in der sich der Konsument befindet u.a.m. Bislang in der Regel nicht berücksichtigt wird, daß es sich um Individuen handelt, die diese Stoffe *in Erwartung einer Wirkung* zu sich nehmen, und daß diese Erwartung eine Rolle beim Zustandekommen und Erleben dieser Wirkung spielt. Dies bedeutet, daß die Wirkung von Drogen sich nicht objektiv und unabhängig vom Individuum bestimmen läßt. Anders gesagt: Entscheidend ist, was wer als eine Droge (als etwas, was aufgrund seiner „chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus“ zu verändern vermag) versteht und welche Wirkung er erwartet. Es könnte sein, daß dieser Erwartung der größte Einfluß auf die beobachtete Wirkung zukommt.

Gewöhnlich läßt sich diese Beobachtung unter den Begriff der „sich selbst erfüllenden Prophezeiung“ fassen. Allerdings geht man bei Stoffen wie z.B. Alkohol, Heroin oder Cannabis davon aus, daß diese Drogen über Eigenschaften verfügen und Wirkungen hervorrufen können, die unabhängig von den Personen sind. Und selbst bei so „schwachen“ Drogen wie Kaffee oder Tee, die in unterschiedlichen Gesellschaften unterschiedlich genommen werden (zum Wachsein, vor dem Schlafengehen), gibt es offenbar keine erkennbare Notwendigkeit, solche offensichtlich nicht in den Substanzen selbst begründeten Unterschiede zu erklären.

Orben berichtet von einem aufschlußreichen Experiment mit vierzig Studentinnen und Studenten, bei dem während einer Party nur alkoholfreies Bier zum Ausschank kam - ohne Wissen der Teilnehmer, die davon ausgingen, daß es sich um alkoholhaltiges Bier handelte. Lediglich wenige ältere, 21 bis 22 Jahre alte Studenten bemerkten, daß sie an

diesem Abend mehr trinken konnten als sonst, ohne die erwartete Wirkung an sich zu spüren.

Die Mehrzahl aber der Teilnehmer „zeigte Wirkung“, wobei ein Unterschied zwischen Frauen und Männern deutlich wurde: „Die Mehrheit der Mädchen zeigte nach dem Konsum des alkoholfreien Biers ernsthafte Wirkung. Die Mädchen verschütteten einen Großteil des Biers und hatten den lautesten Geräuschpegel. Die schüchternen unter den Mädchen wurden gegen Ende des Abends sehr dreist und aggressiv. Sie glaubten tatsächlich, beschwipst oder betrunken zu sein. Sie waren auch diejenigen, die andere wissen ließen, daß sie betrunken waren. Die Jungen hingegen schienen sich besser unter Kontrolle zu haben, aber ihr Verhalten spiegelte das Verhalten von Männern wider, die zwar etwas getrunken hatten, aber nicht richtig betrunken waren. [...] Insgesamt waren auf dieser Party die Männer kontrollierter und von dem alkoholfreien Bier nicht so sehr beeinflusst“ (Orben 1990, S. 6).

Die Studenten und Studentinnen tranken das bereitgestellte Bier durchaus mit der Absicht, sich damit anzuheitern, einen Schwips herbeizuführen oder auch sich zu betrinken: Sie *glaubten*, normales alkoholhaltiges Bier zu trinken, und gingen, nachdem sie eine gewisse Menge davon zu sich genommen hatten, davon aus, angeheitert, beschwipst oder auch betrunken zu sein. Dementsprechend verhielten sie sich, konnten sie doch von der tatsächlichen Wirkung des Alkohols *überzeugt* sein. Die Erwartung an die Wirkung hat das Erleben der Wirkung wesentlich mitbestimmt.

Orben schildert mit diesem Experiment eine „Placebo-Wirkung“, wie sie aus der Medizin schon lange bekannt ist: anstelle eines Medikaments, von dem man annimmt, daß es „wirksam“ ist, gibt man Patienten eine pharmakologisch neutrale Substanz, ohne daß diese darüber informiert werden - wobei sich gezeigt hat, „daß die Erwartungen des Patienten seine physiologischen Reaktionen so stark beeinflussen können, daß sie die pharmakologische Wirkung eines Medikaments umkehren“ (Frank 1985, S. 199). Diese Beobachtungen lassen sich sowohl im Hinblick auf positive (erwünschte) wie auch auf negative (unerwünschte) (Neben-)Wirkungen, die von dem Medikament erwartet werden, feststellen.

Obwohl der Placebo-Effekt bekannt ist und seine Wirkung in Medizin und Psychotherapie (vgl. Smale 1983) ebenso diskutiert wird wie auch die Möglichkeit, ihn gezielt einzusetzen, hält man gleichzeitig an der Idee der „pharmakologisch wirksamen Medikamente“ fest, d.h. man geht davon aus, daß die beobachtete Wirkung tatsächlich von dem Medikament hervorgerufen wird. Demgegenüber merken Fohrbeck/Wiesand

zu der Wirksamkeitsstudie eines Rheumamittels angesichts der Tatsache, daß ein der Kontrollgruppe verabreichtes Placebo immerhin bis zu 70% der Patienten Beschwerdefreiheit brachte gegenüber 82% bei Patienten, die das getestete Mittel erhalten hatten, an: „Da die Patienten ja nichts über die Art der ihnen gegebenen Mittel wußten, muß bis zum Beweis des Gegenteils angenommen werden, daß der größte Teil der ‚Wirksamkeit‘ von Voltaren ebenfalls auf Placebo-Effekte zurückzuführen“ (Fohrbeck/Wiesand 1983, S. 106) sei.

In bezug auf Drogen läßt sich festhalten, daß bislang zu wenig untersucht und reflektiert worden ist, inwieweit die beobachteten Wirkungen von Drogenkonsum nicht so sehr auf die Substanzen sowie die Art und Weise ihres Konsums (Dosis, Häufigkeit, physische und psychische Verfassung des Konsumenten, Setting etc.) zurückzuführen sind, sondern durch die auf einer Meta-Ebene vorstrukturierenden Erwartungen (vor-)bestimmt werden.

Diese Vorstrukturierung der Erfahrung, die dann entscheidend beteiligt ist an der Ausgestaltung der Beobachtung („man sieht nur, was man kennt“, d.h. was man erwartet), ist freilich nicht nur zu beziehen auf den jeweiligen Konsumenten und die Wirkungen, die er an sich „am eigenen Leib“ zu erfahren hofft und/oder befürchtet, sondern ist ebenso zu beziehen auf den Berater, den Arzt, den Freund und Kollegen des Konsumenten, die alle bestimmte Vorstellungen davon haben, was der beobachtete Drogenkonsum für Auswirkungen haben wird. Dieser hier beschriebene Erwartungshorizont ist, beginnt man ihn zu untersuchen, schließlich auszuweiten auf gesellschaftliche Vorstellungen über die Wirkungen von Drogen und die Frage, in welcher Form diese Erwartungen wiederum einen wesentlichen Anteil bei der Konstruktion der Wirklichkeit darstellen, d.h. inwieweit sie zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden.

Es scheint wenig hilfreich zu sein, davon auszugehen, daß bestimmte Stoffe Drogen „sind“ und andere nicht. Tatsächlich betrachten Gruppen von Menschen jeweils verschiedene Stoffe als „Drogen“, und die Definition des gleichen Begriffs hängt u.U. auch noch vom Kontext ab: Nicht jeder Drogenforscher, der im Kontext seiner Arbeit Alkohol als eine Droge versteht, wird bereit sein, seinen abendlichen Schoppen Wein als „Drogenkonsum“ zu bezeichnen, und wenn, dann allenfalls ironisch.

Der Begriff „Drogenabhängigkeit“

In einer ähnlichen Situation befindet man sich, wenn man nach der gültigen Definition von „Drogenabhängigkeit“ fragt. Zwar ist in unserer Gesellschaft heute jedem „so ungefähr“ bekannt, was gemeint ist, wenn von Drogenabhängigkeit die Rede ist, welche gesellschaftlichen und individuellen Probleme dieser Begriff impliziert - und schließlich auch, wie dem Problem zu begegnen ist: auf präventiver Ebene durch Mahnungen, Warnungen, positive und abschreckende Beispiele, Androhung von Bestrafung; auf gesetzlicher und polizeilicher Ebene durch Verbot der Stoffe, die das Risiko von Drogenabhängigkeit beinhalten, sowie durch intensive polizeiliche Verfolgung (in erster Linie denkt man hier an die illegalen Drogen, weniger an Stoffe wie Alkohol, Nikotin etc.); auf der Behandlungsebene an drogenfreie, d.h. abstinenzorientierte stationäre Langzeitbehandlung und einen anschließenden lebenslangen Verzicht auf den Konsum zumindest der Stoffe, die die Abhängigkeit mit sich brachten.

Die Begriffe der *Sucht* und der *Abhängigkeit* haben im Laufe der Zeit Wandlungen ihrer Bedeutungen erfahren. Die erste international verbindliche Festlegung auf ein einheitliches Verständnis wurde 1952 durch die WHO versucht: „Sucht (drug addiction) ist ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, der durch die wiederholte Einnahme einer (natürlichen oder synthetischen) Droge hervorgerufen wird. Ihre Charakteristika sind (1) ein überwältigendes Verlangen oder Bedürfnis (zwanghafter Art), die Drogeneinnahme fortzusetzen und sich diese mit allen Mitteln zu verschaffen; (2) eine Tendenz zur Dosissteigerung; (3) eine psychische (psychologische) und allgemein eine physische Abhängigkeit von den Drogenwirkungen; (4) zerstörerische Wirkungen auf das Individuum und die Gesellschaft“ (zit. nach Vogt/Scheerer 1989, S. 14).

Vogt/Scheerer weisen daraufhin, daß diese Beschreibung sehr vage ist und offensichtlich unterschiedlichen Interessen gerecht zu werden versucht. So bleibe auch neben einer völligen Unklarheit über die Bestandteile der psychischen und der somatischen Anteile sowie ihrer Verteilung und Gewichtung offen, ob zur Erfüllung des Tatbestands der Sucht eines, mehrere oder alle diese Kriterien erfüllt sein müssen. Dabei spiele, so ihre These, bei der Definition durch die WHO weniger das klinische Interesse einer exakten Definition eine Rolle als vielmehr Kontrollaspekte: „Die WHO-Definitionen waren und sind [...] allesamt Versuche der Verbindung der vorherrschenden wissenschaftlichen Ansätze zur terminologischen Klärung mit den Anforderungen der (ursprünglich am Opium orientierten) internationalen Suchtstoffabkommen, in welchen sich die Mitgliedsstaaten verpflichten, bestimmte Suchtstoffe wie Opium, Morphin, Kokain usw. strengen Kontrollen zu unterwerfen“

(ebd.). Immer mehr Substanzen sollten durch die strengen Anforderungen der internationalen Abkommen kontrolliert werden, weshalb der Suchtbegriff notwendigerweise ebenfalls erweitert werden sollte.

Noch 1957 versuchte man, den Begriff der Gewöhnung (habituation) zusätzlich zur Differenzierung einzuführen, bevor man sich 1964 entschloß, sich allein auf den Begriff der Abhängigkeit zu verlegen. Demnach wurde Drogenabhängigkeit definiert als ein „Zustand, der sich aus der wiederholten Einnahme einer Droge ergibt, wobei die Einnahme periodisch oder kontinuierlich erfolgen kann. Ihre Charakteristika variieren in Abhängigkeit von der benutzten Droge“ (zit. nach Vogt/Scheerer 1989, S. 15).

Es handelte sich um den Versuch, eine möglichst umfassende Beschreibung zu geben, bei der dann nach sieben Stoffgruppen unterteilt wurde, welche wiederum unterschiedliche Ausformungen von Drogenabhängigkeit zur Folge haben (1. Morphine, 2. Barbiturate und Alkohol, 3. Kokain, 4. Cannabis, 5. Amphetamine, 6. Khat, 7. Halluzinogene). Es sollten dabei verschiedene Phänomene vor allem unter den Gesichtspunkten von Mißbrauch und Krankheit zusammengefaßt und klassifiziert werden.

Die Schwierigkeit dieses Vorhabens der Definition von Drogenabhängigkeit wurde und wird immer wieder beklagt und beschrieben, wie auch einzelne Klassifizierungen kritisiert (bspw. die obige Unterteilung, die für die zwei Halluzinogene LSD und Cannabis zwei gesonderte Klassen setzt, für die regional begrenzte Droge Khat eine eigene Klasse schafft, und Nikotin und Kaffee dafür ganz vergessen hat).

Es ist üblich, zwischen körperlicher und psychischer Abhängigkeit zu unterscheiden, wobei man laut Vogt/Scheerer unter den Autoren der Who-Definition der Auffassung gewesen zu sein scheint, daß „wiederholter Konsum“ eines Stoffes immer auch schon wieder gleichgesetzt wurde mit (psychischer) Abhängigkeit (ebd.). Diese Unterscheidung wird auch gelegentlich in bezug auf die Stoffe getroffen, indem man die Drogen, von denen man annimmt, daß sie (in erster Linie) physische Abhängigkeit bewirken (wie Opiate, Schlafmittel, Nikotin, Alkohol, teilw. Kaffee), denjenigen gegenüberstellt, die vor allem die psychische Abhängigkeit hervorrufen sollen (LSD, Cannabis, Kokain).

Die körperliche Abhängigkeit wird je nach Stoffgruppe, d.h. den physischen Auswirkungen, die durch den Konsum der Substanzen hervorgerufen werden, unterschiedlich definiert. Man geht davon aus, daß sich physische Phänomene leichter objektivieren lassen. Hingegen ist nach Feuerlein „die Definition der psychischen

Abhängigkeit [...] schwierig. Sie wird umschrieben mit einem Gefühl der Befriedigung und einem Verlangen nach einer periodischen oder dauernden Einnahme der Droge, um Lust zu erzeugen oder Mißbehagen zu vermeiden“ (Feuerlein 1987, S. 4).

Feuerlein definiert Abhängigkeit (in bezug auf Alkohol, wobei er dies aber dann auch auf den Mißbrauch von Medikamenten sowie auf „andere Rauschdrogen“ in Analogie anwenden will) denn auch vorrangig nach Kriterien, die ihm „verobjektivierbar“ erscheinen:

- „ 1. Abnormes bzw. pathologisches Trinkverhalten (nach Menge und Modalitäten des Alkoholkonsums)
2. somatische alkoholbezogene Schäden
3. psychosoziale alkoholbezogene Schäden
4. Entwicklung von Toleranzsteigerung bzw. Entzugssyndrom („körperliche Abhängigkeit“)
5. Entwicklung von „Entzugssymptomen auf der subjektiven Ebene“ (Kontrollverlust, gesteigertes Verlangen nach Alkohol, Zentrierung des Denkens und Strebens auf Alkohol) („psychische Abhängigkeit““ (Feuerlein 1987, S. 7f).

Schmerl definiert Drogenabhängigkeit als „den zwanghaften Gebrauch von chemischen Stoffen [...], die einen subjektiv angenehmen Zustand des Nervensystems bewirken [...]. Als ausschlaggebend für eine etablierte Drogenabhängigkeit wird die *psychische* Abhängigkeit gesehen, da sie sich als erste entwickelt und einer körperlichen (physischen) Abhängigkeit (z.B. Entzugssymptome) stets vorangeht“ (Schmerl 1984, S. 13). Diese Definition habe den Vorteil, daß sie einerseits auch Drogen mit einbeziehen könne, die keine körperlichen Entzugserscheinungen verursachen, andererseits aber auch Abhängigkeitszustände beschrieben werden könnten, die trotz erfolgreichen körperlichen Entzugs weiterbestehen und möglicherweise zu Rückfällen führen können.

Christie/Bruun weisen daraufhin, daß zumindest in der Who-Definition von 1950 als ein Hauptkennzeichen die „schädlichen Wirkungen für den einzelnen und für die Gesellschaft“ (Christie/Bruun 1991, S. 58) aufgeführt sind. Feuerlein erläutert als Merkmal des Mißbrauchs von Rauschdrogen „Nachlassen der beruflichen Leistungen bzw. der sozialen Anpassung. (Dazu gehören bei illegalen Drogen bereits entsprechende strafrechtliche Konsequenzen)“ (Feuerlein 1987, S. 9).

Betrachtet man die Definitionsversuche, so zeigt sich, daß man auch in Fachkreisen eher hilflos zu sein scheint. „Was beinhaltet dieses Konzept von Drogenabhängigkeit nun tatsächlich? Sagt denn dieses Konzept mehr als: Ein Mensch, der von Drogen abhängig ist, ist von Drogen abhängig, und wenn Sie mehr darüber wissen wollen, müßten Sie wissen, welche Art von Drogen dieser Mensch konsumiert. Wenn Sie jedoch wissen, welche Art von Drogen er benutzt, wissen Sie wahrscheinlich so viel mehr über ihn, daß es sinnlos wird, an dem allgemeinen, leeren Begriff der Abhängigkeit weiter festzuhalten [...]. Warum wird dann soviel Energie auf die Verwendung großer, dicker Worte ohne viel Inhalt gelegt, und warum werden diese Worte im allgemeinen von begierig wartenden Anwendern so unkritisch gebraucht?“ (Christie/Bruun 1968, S. 3).

Es besteht nach wie vor alles andere als Klarheit darüber, was Drogenabhängigkeit nun „wirklich“ ist. Soweit es sich um Publikationen in den Medien, um das Verständnis der von Ärzten gestellten Diagnosen durch Angehörige und „Abhängige“, also um das den alltäglichen Handlungsbereich abdeckende Grundwissen handelt, gibt es keine größeren Schwierigkeiten. Hier knüpft man auch ohne größere theoretische Zweifel an das Verständnis von „Drogen“ an, das sich auf die illegalen Stoffe oder aber auf „problemverursachende Stoffe“ bezieht. Problematisch wird es in dem Moment, wo genauere Informationen über Hintergründe, d.h. über Ursprünge, Ursachen, Entstehung, Wirkungen etc. von Drogenabhängigkeit geht. Dort allerdings scheint man „nichts genaueres nicht zu wissen“. (Vgl. auch Schneider 1992, S. 98f).

Untrennbar verbunden mit den Begriffen von Drogen und Drogenabhängigkeit ist die Vorstellung des Mißbrauchs. „Drogen sind Stoffe, die in der Regel mißbraucht werden oder bei denen die Gefahr des Mißbrauchs größer ist als bei anderen Substanzen“ - so oder ähnlich könnte ein Definitionsversuch von Drogen lauten. Wobei der „Mißbrauch“ nach diesem Verständnis zugleich zur Abhängigkeit führen als auch diese selbst darstellen kann.

Der Rückgriff auf „Mißbrauch“ als dem Versuch, eine „wertfreie“, gewissermaßen objektive Kategorie zur Beurteilung von Drogenkonsum zu gewinnen, führt uns einmal mehr vor Augen, wie sehr der Versuch, eine wertfreie Definition zu erstellen, dem Versuch der Quadratur des Kreises ähnelt. Denn die Unterscheidung zwischen dem, was „rechter“ und was „falscher“ Gebrauch ist, besteht nicht per se: Sie wird von Menschen getroffen, sie legen fest (z.B. im Alltag, in Arzneimittelverordnungen, im Betäubungsmittelstrafrecht), wann „angemessener Gebrauch“ aufhört und „Mißbrauch“

beginnt. Es sind Menschen, die diese Bewertungen treffen, die Normen aufstellen, an denen andere sich zu orientieren haben.

Theorienvielfalt

Ein wesentliches, wenn auch so nicht unbedingt angestrebtes Ergebnis der Forschungstätigkeit ist die Vielzahl und Vielfalt der heute vertretenen Theorien zur Drogenabhängigkeit. Bereits 1968 leiteten Nils Christie und Kjetil Bruun ihren Beitrag „The Conceptual Framework“ mit den Worten ein:

„Von Anfang an scheint der konzeptuelle Rahmen ein einziges Chaos zu sein. Die verwendeten Begriffe scheinen so zahlreich wie ‚Kiesel am Strand‘: Alkohol – Alkoholismus, Droge – Drogenabhängigkeit, exzessive Trinker, symptomatische Trinker, Sucht, Gewöhnung, Narkotika, Gebrauch, Mißbrauch, Chemikalien, Stoff, bewußtseinsweiternde Substanz, Krankheit, Sünde, Verbrechen, Behandlung, Bestrafung, Hilfe und so weiter. Geht man von einem Artikel oder Buch zum nächsten und verbindet die zentralen Konzepte miteinander, so hat das Endergebnis beachtliche Ähnlichkeit mit einem psychedelischen Gemälde“ (Christie/Bruun 1968, S. 1).

Am eindrücklichsten belegt diese Vielfalt der Band von Lettieri/Welz „Drogenabhängigkeit - Ursachen und Verlaufsformen“, die deutsche Übersetzung der amerikanischen Ausgabe von Lettieri et al. Es ist ein Überblick über die gängigsten Theorien und Forschungsansätze, das Buch enthält (obwohl gegenüber der amerik. Originalausgabe schon gekürzt) 38 verschiedene Arbeiten unterschiedlichster Autoren. Sie umfassen Ansätze aus den Bereichen Psychologie, Sozialpsychologie, Soziologie und der Physiologie zur Theorieentwicklung und Erklärung von Einstiegsverhalten, Fortsetzungsverhalten und Beendungsverhalten des Drogenkonsums. Aber auch andere Autoren und Autorinnen, so bspw. Schmerl 1984, setzten sich mit den unterschiedlichen Erklärungsansätzen zur Drogenabhängigkeit auseinander.

Im Vorwort der amerikanischen Ausgabe erläutern Lettieri et al., welche Arbeitsdefinition von „Theorie“ sie ihrem Sammelband zugrunde legen:

„Die Frage lautete: ‚Was ist eine Theorie über Drogengebrauch/Drogenmißbrauch, und woraus setzt sie sich zusammen?‘ Im großen und ganzen sahen wir etwas als Theorie an, das zumindest einige der folgenden Punkte ansprach: (1) Warum Menschen Drogen zu nehmen beginnen, (2) warum Menschen ihren Drogenkonsum fortsetzen, (3) wie oder warum drogenkonsumierendes Verhalten zu Mißbrauch eskaliert, (4) warum oder

wie Menschen aufhören, Drogen zu nehmen, und (5) was die Wiederaufnahme von Drogenabhängigkeits-Verhalten nach einer Beendigung erklärt“ (Lettieri et al. 1980, S. XIII).

Auf eine Darstellung im Einzelnen kann hier verzichtet werden. Angemerkt sei lediglich, daß die Herausgeber der deutschen Ausgabe die Beiträge thematisch in vier große Gebiete untergliedert haben: „Psychologische, physiologische, sozialpsychologische und soziologische Ansätze zur Theorienentwicklung und Erklärung von Einstiegsverhalten, Fortsetzungsverhalten und Beendigungsverhalten des Drogenkonsums“ (Lettieri/Welz 1983, S. 10) - wobei die Herausgeber selbst feststellen: „Die Zuordnung der Theorien zu den vier Hauptabschnitten wurde aufgrund der jeweiligen Einschätzung der Autoren vorgenommen, obwohl viele der Theorien durchaus auch anderen Bereichen hätten zugeordnet werden können“ (ebd., S. 11).

Daß eine solche Vielzahl von Theorien besteht, scheint selbst nicht hinterfragt werden zu müssen, und nur am Rande gehen die Herausgeber darauf ein, daß die verschiedenen Theorien von unterschiedlichem Nutzen sind, abhängig davon, welches Interesse man verfolgt:

„Wenn man erklären will, warum Personen zu kontinuierlichen Drogenbenutzern werden, sind biomedizinische/neurophysiologische Disziplinen wahrscheinlich am geeignetsten; sucht man jedoch nach einer Erklärung in den Einstieg für das Drogenverhalten, so dürften psychologische und/oder sozialpsychologische Theorien angemessener sein. Soziologische in Verbindung mit neurophysiologischen Faktoren dürften sich zum Verständnis der Eskalation von Drogengebrauch zum chronischen Drogenmißbrauch eignen, während psychologische, aber selbst auch politische und ökonomische Variablen eine wesentliche Rolle für das Verständnis der Beendigung des Drogenkonsums spielen“ (Lettieri/Welz 1983, S. 10).

Böllinger und Stöver schränken die Bedeutung der Vielzahl der Ansätze ein, indem sie darauf verweisen, „daß es angesichts der Verschiedenartigkeit individueller und sozialer Bedingungen eine einheitliche, erklärende, ‚schlagende‘ Theorie der Drogenabhängigkeit überhaupt nicht geben kann. Auch die Addition verschiedener Ansätze zu einem ‚Mehrfaktoren-Ansatz‘ kann allenfalls zum Verstehen, nicht aber zum Erklären oder gar Voraussagen führen“ (Böllinger/Stöver 1992, S. 47). Ohnehin sei eine den meisten dieser Ansätze zugrundeliegende Fehlerquelle, daß sie sich an bereits auffällig gewordenen Drogenkonsumenten orientieren, deren Selbstbild bereits

stigmatisierende Anteile übernommen habe, während Kontrollgruppenuntersuchungen mit bislang unauffälligen Konsumenten zu anderen Ergebnissen führten.

Eine weitere Erklärung, welches Interesse an einer solchen Vielzahl von Theorien, an ihrer Entwicklung und Weiterentwicklung bestehen kann, liefert einer der in Lettieri/Welz 1983 vertretenen Autoren ganz unverblümt: „Angesichts unseres gegenwärtig noch unvollkommenen Verständnisses des Drogengebrauchs und Drogenmißbrauchs liegt die Funktion des hier vorgestellten Modells vor allem darin, neue Untersuchungen auf diesem Gebiet anzuregen“ (Gold 1983, S. 28) und deutet damit an, daß das Ziel der Beschäftigung mit „dem Drogenproblem“ eben nicht nur in der Lösung liegt, sondern auch in der Beschäftigung eines ganzen Therapie- und Forschungssektors.

Die Frage, die hier nun weiter verfolgt werden soll, ist: Wie läßt sich mit einer solchen Vielfalt und Vielzahl umgehen? Können diese Theorien nebeneinander bestehen, und wenn ja: Welche Konsequenzen hat dies?

Das „Tortenmodell“

Die alte furchtbare Fabel von den fünf Blinden, die vor einem Elefanten stehen. Der eine bekommt den Rüssel zu fassen und erklärt, der Elefant sei eine Art Schlange. Der zweite erwischt ein Bein und behauptet auf Tod und Leben, der Elefant sei eine Art Baum. Der dritte lehnt sich an ihn und erklärt ihn für eine Art Mauer. Der vierte ergreift den Schwanz und findet, er sei ein Seil. Der letzte schließlich gerät an die Stoßzähne und ist überzeugt, es seien gefährliche Pfähle.

Gilbert Keith Chesterton

Für den Beobachter, der daneben steht und zusieht, ist diese Szene erheiternd und wohl auch „eine Lehre“ - nicht zuletzt aber ein Beispiel dafür, wie viele unterschiedliche Vermutungen und Aussagen über einen Gegenstand, die scheinbar nicht miteinander vereinbar sind, schließlich doch noch zu einem sinnvollen Ganzen zusammenfinden können. Damit scheint sich diese Geschichte auf den ersten Blick als eine geeignete Fabel anzubieten, um die Vielfalt der unterschiedlichen Theorien zur Drogenabhängigkeit zu erklären und zugleich zusammenzuführen.

Die Frage ist vielleicht nicht gleich einleuchtend: Wie aber können die Blinden wissen, daß sie alle dasselbe Objekt befühlen und beschreiben, woher nehmen sie die Gewißheit, daß sie das Gleiche meinen, wenn sie ihre Beobachtungen miteinander austauschen? Denn für uns Außenstehende ist dies keine Frage, wir sehen ja, daß alle

den gleichen Elefanten befühlen. Wir sind der unabhängige Schiedsrichter, der diesen Blinden helfen kann, ihre Verwirrung zu erklären und zu lösen.

Offen bleibt jedoch, ob diese Fabel tatsächlich als Beispiel und Lehre für die Fälle etwas hergibt, in denen wir selbst „die Blinden“ sind, also unsere Erfahrungen und Beobachtungen über „etwas“ miteinander mit dem Ziel austauschen, genaueres über den untersuchten Gegenstand herauszufinden. Denn der unabhängige, von außen (gewissermaßen „objektiv“ beurteilen könnende) Beobachter ist nicht zu bekommen (und selbst wenn jemand behaupten würde, eine solche Position einzunehmen, so könnten wir ihm dies allenfalls glauben und auf seine Behauptung vertrauen).

Tatsächlich ist diese Vorstellung verbreitet, daß die verschiedenen Theorien verschiedene Aspekte ein- und derselben Sache herausgreifen - ähnlich wie bei einer Torte, die sich in viele verschiedene Stücke teilen läßt - und beleuchten würden. Lettieri/Welz gehen im Vorwort zu ihrem Sammelband nur am Rand auf diese, im Grunde eigentlich sich aufdrängende Fragestellung ein:

„Der Leser muß sich über die Notwendigkeit im Klaren sein, Variablen aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen zu integrieren, um den Prozeß der Drogenabhängigkeit in der Gesamtheit seiner vielfältigen Facettierung zu erklären und zu verstehen. Keine Theorie ist also in der Lage, alle Aspekte des Drogenkonsums zu erklären und alle der in diesem Zusammenhang möglicherweise aufgeworfenen Fragen zu beantworten“ (Lettieri/Welz 1983, S. 10f).

Diese Vorstellung der unterschiedlichen Aspekte eines Gesamtphänomens ist vorherrschend. Deutlich wird sie oft schon an den Titeln der Einzelbeiträge, etwa *Kriminalität und Alkoholismus - Genetische Aspekte* (Zerbin-Rüdin 1985), *Biologische Aspekte der Alkoholkrankheit* (Topel 1985), *Biologische Mechanismen der Sucht unter Berücksichtigung genetischer Aspekte* (Havemann-Reinecke 1992) oder *A Sociological Theory of Drug Addiction* (Lindesmith 1938).

Auch in dem von Feuerlein herausgegebenen Sammelband *Theorie der Sucht*, der sich ausdrücklich dem Problem der Zusammenführung verschiedener theoretischer Ansätze zu einer umfassenden Abhängigkeitstheorie widmet, wird die Behauptung aufgestellt: „Dieses Phänomen bietet so viele Facetten, daß man es nur in den Blick bekommen kann, wenn Zugangswege verschiedener Fachrichtungen und Fachdisziplinen berücksichtigt werden“ (Feuerlein 1986, S. VI).

Feser beklagt im gleichen Band: „Weder innerhalb der Psychiatrie noch in der Psychologie ist man zu einer einheitlichen Auffassung über die Ätiologie und die Prognose der Abhängigkeit gekommen“ (Feser 1986, S. 1). Er führt dies u.a. auf die „ungeeigneten Versuche“ zurück, „komplexe Phänomene allein mit Hilfe der Begrifflichkeit einzelner wissenschaftlicher Richtungen erklären zu wollen“ und fordert, „die komplexen Phänomene des Mißbrauchs und der Abhängigkeit durch die Begriffe verschiedener Wissenschaften in kooperativem Vorgehen zu beschreiben“ (ebd.).

Als Bestätigung führt er Pongratz an, der das „Prinzip der Aspektivität“ formuliert:

„Ein Forschungsgegenstand bietet dem Betrachter einen bestimmten ‚Anblick‘. Das Prinzip bezeichnet auch den Standort, den der Beobachter einnimmt und von dem aus er auf den Gegenstand blickt. Grundvoraussetzung ist in jedem Fall die *postulierte Identität* des Forschungsgegenstandes. Er bleibt derselbe, zeigt aber andere Seiten, wenn der Forscher den Standort wechselt. Nur unter diesen *Voraussetzungen* können die verschiedenen Anblicke, die ein Gegenstand von den verschiedenen Standorten aus bietet, komplementär sein, sich zu einer mehrseitigen Gegenstandserkenntnis ergänzen. Wäre ein Forscher in der Lage, alle überhaupt möglichen Standorte einzunehmen, dann würde er den Forschungsgegenstand wesentlich genauer erkennen können“ (Pongratz, zit. nach Feser 1986, S. 1, Hervorh. JHL).

Merkwürdigerweise wird jedoch niemals der Sinn und Nutzen dieses Postulats der Identität hinterfragt oder auch nur als solches, d.h. als eine a priori vorausgesetzte Annahme, wahrgenommen. An dieser Annahme hängt nämlich, wie an einem seidenen Faden, das gesamte Modell der „holistischen“ Vorstellung, die verschiedenen Theorien würden verschiedene Aspekte ein- und derselben „Sache“, hier: Drogenabhängigkeit, beschreiben und erklären. Unausgesprochen wird vorausgesetzt, daß es sich jeweils um „die gleiche“ Drogenabhängigkeit handelt.

Daß es sich um ein Postulat handelt und handeln muß, wird schnell deutlich, wenn man bedenkt, daß die unterschiedlichen Theorien nicht nur unterschiedliche Erklärungen von „Drogenabhängigkeit“ geben, sondern sie auch unterschiedlich beschreiben - je nachdem, ob sie sich auf soziale, psychologische oder biochemische Phänomene bezieht (wobei auch innerhalb dieser Gruppen jeweils völlig unterschiedliche Phänomene Gegenstand der Beschreibungen und Erklärungen sind, d.h. auch innerhalb ihres Fachgebietes sind verschiedene Theorien strenggenommen nicht miteinander „kompatibel“).

Kurz gesagt: Jeder Theorie liegt eine eigene Definition dessen, was sie unter „Drogenabhängigkeit“ versteht, zugrunde. Weshalb eine Zusammenführung verschiedener Theorien nur mit der Annahme oder dem Postulat, daß die verschiedenen Definitionen sich auf das Gleiche beziehen, vorgenommen werden kann.

Postulate und Annahmen „werden gesetzt“, d.h. sie ergeben sich weder zwingend aus der Natur der Sache noch liegen sie auf der Hand. Sie sind ein „menschliches“ Konstrukt. Ob und welche Theorien zusammengefaßt werden zu einer umfassenderen „Theorie der Sucht“, ist damit keine Frage der „Wirklichkeit“ mehr, sondern unterliegt dem Willen und der Entscheidung desjenigen, der Theorien zusammenführen will oder auch nicht.

Möglicherweise ist dies für manche eine ausreichende Erklärung dafür, warum es bisher trotz erklärten Willens und fortdauernden Versuchens nicht gelingen konnte, aus den unterschiedlichen Einzeltheorien eine größere, alle Aspekte umfassende „Theorie der Sucht“ zusammenzustellen. So blieben auch die bisherigen Behauptungen, bei den vielen Einzeltheorien handle es sich um Teilstücke eines noch größeren Ganzen wie bei den Stücken einer Torte, in der Regel für die meisten unbefriedigend und wenig hilfreich - auch wenn immer wieder versucht wurde, die vielfältigen Aspekte grafisch und tabellarisch in interessanter und übersichtlicher Weise zusammenzufassen.

Ganz eindeutig wurde und wird der Bedeutung der Definitionssetzung durch die Forscher bisher zu wenig Beachtung geschenkt - insbesondere dem Vorgang selbst. Solange man (explizit oder zumindest unbewußt-implizit) der Auffassung anhängt, Definitionen würden „gefunden“, und übersieht oder verdrängt, daß sie „man-made“, von Menschen gemacht sind, wird man auch versuchen, eine allumfassende, alle bisherigen bereits getroffenen Definitionen von „Drogenabhängigkeit“ sowie die auf ihnen aufbauenden Theorien mit einschließende „Mega-Theorie“ zu entdecken.

Möglicherweise kann die „Moral“ folgender Erzählung dies noch verdeutlichen:

Die bekannte Streitfrage der Scholastiker, wieviele Engel auf einer Nadelspitze Platz haben, erregte die Gemüter der Pariser Theologen so sehr, daß sich der Dekan 1289 zu einem damals ungewöhnlichen Schritt entschloß. Des Streites der drei sich befehdenen Gruppen müde, lud er sie am ersten Sonntag nach Trinitatis in die Aula der Universität ein.

„Wieviele Engel haben nach Eurer Meinung Platz auf einer Nadelspitze?“ fragte er Le Varlin, den Sprecher der ersten Gruppe. „Kein einziger“, antwortete dieser, „die ätherische Beschaffenheit dieser Wesen ...“

„Das wissen wir“, unterbrach ihn der Dekan und sah Grandgouche, den Sprecher der zweiten Gruppe an. „Was meinen Sie?“

„Natürlich 150“, entgegnete dieser, „wer sich nur etwas in den Schriften des Thomas von Aquin ...“

„Danke“, sagte der Dekan und wandte sich an Batteux, den Verfechter des dritten Standpunkts.

„Jeder“, sagte dieser zornig, „der nur etwas Verstand hat, wird wissen, daß es unzählige sind. Diese immateriellen Geschöpfe ...“

„Gut“, sagte der Dekan laut, „wir kennen nun Ihre Meinungen. Jetzt passen Sie mal auf.“ Er griff in die Tasche, holte eine Nadel heraus und steckte sie mit dem stumpfen Ende in eine Tischritze. Darauf faltete er seine Hände, und nach kurzer Zeit kamen einige Engel in den Raum geschwebt. Sie kreisten eine Weile über der Nadel, dann setzte sich erst einer darauf, nach einigem Zögern ein zweiter, schließlich ein dritter. Ein vierter Engel versuchte es, rutschte aus und fiel auf den Tisch. Er versuchte es ein zweites Mal, wieder mißlang es, die Nadel bot keinen weiteren Platz mehr. Die Engel blieben eine Weile, dann verließen sie lautlos die Aula.

„Bitte schön“, sagte der Dekan nach einer Pause, „es sind drei Engel, keiner mehr, keiner weniger. Und jetzt beendet den Streit.“ Die Sprecher der Parteien schwiegen einen Moment.

„Das waren aber merkwürdige Engel“, sagte Le Varlin schließlich.

„Sie waren viel zu groß“, sagte Grandgouche.

„Jeder, der nur etwas von Engeln versteht“, sagte Batteux, „wird wissen, daß das keine waren, da ihre immaterielle Substanz es ermöglicht, daß unzählige von ihnen auf einer Nadelspitze Platz haben.“

„150“, meinte Grandgouche.

„Keiner“, sagte Le Varlin fest.

„Aber meine Herren“, rief der Dekan, „nun ist doch bewiesen ...“

„Bewiesen ist nur eines“, sagten die Sprecher aus einem Munde, „daß das keine Engel waren.“

Und da sie sich das erste Mal in ihrem Leben einig waren, marschierten sie schnurstracks zum Großinquisitor, dem der Dekan schon lange ein Dorn im Auge war. Am zweiten Sonntag nach Trinitatis sah man denn auch den schönsten Scheiterhaufen, der je vor Notre Dame gebrannt hatte.

Robert Gernhardt, Eine Geschichte aus Frankreich

Mythen in der Abhängigkeitsforschung

Die Vorstellung, es gebe zwar nur eine „Abhängigkeit“, doch viele verschiedene Herangehensweisen und Perspektiven, aus denen sie betrachtet werden kann, macht es notwendig, die jeweilige Sichtweise genauer darzustellen: Beschreibungen dessen, was man sieht, beobachtet und wahrnimmt, werden notwendig. Und da die verschiedenen

Perspektiven zu unterschiedlichen Theorien führen, bedeutet dies, daß Beschreibungen und Erklärungen miteinander vermischt und vertauscht werden können. Ob bspw. „Kontrollverlust“ eine Beschreibung von Abhängigkeit oder nicht vielmehr schon eine Erklärung ist, hängt vom Standpunkt des Beobachters und seiner Annahmen ab. Dies wiederum beeinflußt seine Bewertung und Beurteilung der Aussagen und Inhalte anderer Theorien zur Drogenabhängigkeit.

Daß nicht alle Theorien gleichwertig sind und als gleichwertig gesehen werden können, liegt auf der Hand. Zuweilen erscheint eine Beurteilung problemlos. So kürzten Lettieri/Welz die deutsche Ausgabe gegenüber der amerikanischen Originalausgabe um einige Beiträge, „die allenfalls von wissenschaftshistorischem Interesse sind oder in ihrem Gesamtansatz spekulativ bleiben, ohne daß überhaupt die Möglichkeit einer empirischen Überprüfung bleibt“ (Lettieri/Welz 1983, S. 10, wobei offen bleibt, ob die betroffenen Autoren diese Einschätzung teilten).

Die Auseinandersetzung darüber, welchen Stellenwert die unterschiedlichen Theorien haben, gibt es, und sie wird als wissenschaftlicher Diskurs, aber auch mit hohen ethischen Ansprüchen geführt - immerhin geht es um das Schicksal von Hunderttausenden von Menschen, dem man sich verpflichtet fühlt. Nicht zu vergessen ist, daß es letztlich auch um die eigene Legitimation, um Forschungsmittel und um den eigenen Arbeitsplatz geht.

In dieser Diskussion taucht in den letzten Jahren in der Literatur verstärkt der Begriff des Mythos und der Mythen auf. Mit ihm sollen die den Autoren jeweils fraglich erscheinenden Aspekte der jeweils anderen Ansätze auf das Kritischste in Frage gestellt werden: „Ist es nicht so, daß es dieses vom Kollegen beschriebene Phänomen, seine Ursachen bzw. die Verknüpfung von beidem in Wirklichkeit gar nicht gibt?“

Exemplarisch sei hier zunächst Corinna Jacobi angeführt, die in ihrem Referat „Mythen im Alkoholismuskonzept“ Bezug auf die von Heather und Robertson geäußerte Behauptung „Alkoholismus ist keine Krankheit“ nimmt. Die von Heather und Robertson wie auch von zahlreichen anderen Autoren geäußerten empirischen Befunde hätten das bis heute vorherrschende Krankheitsmodell des Alkoholismus längst erschüttern müssen. Da jedoch die darin enthaltenen „wesentlichen theoretischen Bestandteile - obgleich empirisch widerlegt - sich nach wie vor hartnäckig in Lehrbüchern und öffentlicher Meinung halten, sollen sie nachfolgend als ‚Mythen‘ bezeichnet werden“ (Jacobi 1987, S. 262). Sie führt dann an

1. den Uniformitäts- oder Alles-oder-Nichts-Mythos, wonach sich Alkoholiker qualitativ von Nichtalkoholikern unterschieden (entweder man hat Alkoholismus oder man hat ihn nicht, man kann nicht „ein bißchen Alkoholiker“ sein),
2. den Mythos der Alkoholikerpersönlichkeit, wonach es so etwas wie eine „alkoholische Persönlichkeitsstruktur“ gebe (sie zitiert als Gegenbeispiel Keller, der die unzähligen an Alkoholikern untersuchten Persönlichkeitsmerkmale zusammenzutragen versuchte und schließlich feststellte: „Alkoholiker unterscheiden sich in so vielerlei Hinsicht, daß es schon keinen Unterschied mehr macht“, zit. nach Jacobi 1987, S. 263),
3. den Mythos des Kontrollverlusts, wonach bei Alkoholikern bereits der Genuß einer kleinen Menge Alkohols eine unaufhaltsame Kettenreaktion in Gang setzt, die bewirkt, daß der Alkoholiker gegen seinen Willen immer mehr trinkt, ohne aufhören zu können,
4. den Mythos des progressiven Verlaufs und der Irreversibilität, der besagt „einmal Alkoholiker - immer Alkoholiker“ und wonach ein Alkoholiker zwingend Phasen durchläuft, die eine ständige Verschlechterung darstellen, und
5. den Mythos lebenslanger Abstinenz, wonach man von Alkoholismus niemals geheilt werden kann und die einzig akzeptable Möglichkeit, damit zu leben, die der absoluten Abstinenz ist (vgl. Jacobi 1987).

Jacobi gibt ein weiteres Beispiel für die oben angeführte Behauptung, wonach unterschiedliche Definitionen von Abhängigkeit dazu führen können, daß man die jeweils andere nicht akzeptiert:

„Davies berichtet [...] von 7 ehemaligen Alkoholikern, denen es gelungen war, über Zeiträume zwischen 7 und 11 Jahren hinweg normal, d.h. mäßig und sozial angepaßt, zu trinken. Auf die Veröffentlichung von Davies' Artikel folgte eine Flut von 18 Kommentaren, in denen seine Beschreibungen fast einhellig negativ und ihre klinische Bedeutung als bestenfalls gering eingeschätzt wurde. Bezeichnend für den Tenor der Kritiken war, daß jeder sich fast ausschließlich auf seine eigenen Erfahrungen berief und damit begründete, derartige Fälle dürften nicht ernst genommen werden und es könnten keine ‚echten‘ Alkoholiker gewesen sein“ (Jacobi 1987, S. 264).

Es ist - natürlicherweise - unmöglich, die Definition und die darauf aufbauenden Beobachtungen und Beschreibungen von Alkoholismus zu akzeptieren, wenn sie mit der eigenen Definition und den darauf beruhenden Beobachtungen und Beschreibungen im Widerspruch stehen: Solange man daran festhält, daß es „Alkoholismus“ wirklich

gibt, auch wenn man selbst nur eine Teilsicht darauf zu nehmen vermag, gibt es für damit unvereinbare Befunde nur die Erklärung, daß es sich bei dem, was sie beobachten und beschreiben, nicht um Alkoholismus handelt. Im übrigen handelt es sich hier um ein Argument, das nicht anders gegenüber Beobachtungen von sog. Heroin-„Selbsteilern“ (vgl. Gekeler 1983, Schneider 1988) oder aus dem Drogengebrauch „herauswachsenden“ Jugendlichen (vgl. Quensel 1982, S. 154, Böllinger/Stöver 1992, S. 45) eingebracht wurde. Auch hier wurde angeführt, daß es sich bei solchen Phänomenen nicht um Gegenbeweise handle für die Grundannahme, eine Beendigung oder auch nur Veränderung im Drogenkonsumverhalten sei bei Drogenabhängigkeit ohne Unterstützung von außen nicht möglich. Vielmehr werde deutlich, daß es sich bei den beobachteten Drogenkonsumenten mithin um Nicht-Abhängige gehandelt haben müsse.

Gibt es Drogenabhängigkeit überhaupt?

Einen ganzen Schritt weiter, wenn auch in derselben Richtung, gehen Autoren, wenn sie die Frage aufstellen, ob es sich bei Drogenabhängigkeit und Alkoholismus überhaupt um eine Krankheit handelt, ja, ob es nicht tatsächlich „nur“ Mythen und soziale Konstrukte seien, die, für sich genommen, „in Wirklichkeit“ gar nicht bestehen.

Bereits die Titel einer Vielzahl von Arbeiten machen deutlich, was in Frage gestellt wird: *Alcoholism is an Illness. Right? Wrong!* (Finlay 1979), *The Uneasy Triumph of a Concept: The „Disease“ Conception of Alcoholism* (Watts 1981), *Bad Habits are not Diseases* (Szasz 1979), *Ist Alkoholismus und Drogenabhängigkeit eine Krankheit?* (Bratfos 1980), *Mythos oder Fortschritt? Das Krankheitskonzept des Alkoholismus unter der Perspektive der neueren Rückfallforschung* (Arnemann 1992), *The Myth of Addiction* (Coleman 1976), *Alcoholism: A Social Construct* (Poikolainen 1982), *Der Mythos der Kontrollierbarkeit* (Hargens 1987).

Über die Argumente von Jacobi hinausgehend, werden von diesen und weiteren Autoren nicht lediglich Widersprüche innerhalb des weitgefaßten und weitgefächerten Konzeptes von Sucht und Abhängigkeit angeführt, sondern darüber hinaus wird das Konzept selbst problematisiert.

Drogenabhängigkeit und Alkoholismus hat es nicht „schon immer“ gegeben. Von einer Reihe von Autoren wird hervorgehoben, daß sich der Umgang mit Drogen im Laufe der Geschichte ebenso geändert hat wie er zwischen verschiedenen Gesellschaften differiert (Scheerer/Vogt 1989, Völger/v.Welck 1982, Schivelbusch 1983). Gleichzeitig - und

natürlich immer in gegenseitiger Wechselwirkung - hat sich auch die Art und Weise, wie der Umgang mit den Stoffen beobachtet, bewertet und erklärt worden ist, ständig verändert.

Dies wird unter anderem deutlich in Untersuchungen zur Entwicklung des Krankheitsmodells von Abhängigkeit (Levine 1987, Parssinen/Kerner 1980, Hargens 1988, Watts 1981, Kellermann 1991, Spode 1986). Immer wieder wird entdeckt und hervorgehoben, daß sich der Umgang mit Drogen, die Klassifizierung und damit verbundene Bewertung des Drogenkonsums gewandelt hat und weiter wandelt.

Poikolainen stellt fest, daß die Vorstellung von Alkoholismus als einer Krankheit vor ungefähr 200 Jahren entwickelt worden ist. Bis dahin hatte man kein anderes Erklärungsmodell: „Man ging davon aus, daß der Wille des Menschen frei wählen konnte zwischen Trinken und nicht Trinken“ (Poikolainen 1982, S. 361).

Das Krankheitskonzept des Alkoholismus wurde von dem Arzt Benjamin RUSH Anfang des 19. Jahrhunderts proklamiert und von der American Medical Association nach Beratung durch eine Kommission im Jahr 1956 anerkannt. In der Bundesrepublik Deutschland geschah diese Anerkennung durch das Bundessozialgericht, das in seiner Entscheidung vom 18. Juni 1968 festgelegt hat, daß die Versicherungsträger die Kosten für eine Behandlung übernehmen müssen, da es sich um die Behandlung einer Krankheit handelt.

Entscheidend ist hier nicht der Zeitpunkt oder die Tatsache, durch wen die Anerkennung vorgenommen wird, sondern allein der Fakt, *daß* eine Anerkennung notwendig war. So selbstverständlich scheint Abhängigkeit und Sucht nicht zu sein. Oder, wie Krogh fragt: „Wenn es so einleuchtend ist, daß Alkoholismus eine Krankheit ist, warum ist es dann notwendig, dies jedesmal extra hervorzuheben, wenn Alkoholismus zum Thema wird?“ (Krogh 1973, S. 231).

Alles scheint darauf hinzudeuten, daß es mehr als eine Möglichkeit gibt, mit abweichendem Konsumverhalten (Alkohol und andere Stoffe) umzugehen. Ebenso wie der Begriff des Konzepts deutlich macht, daß es unterschiedliche Konzepte gibt, die offensichtlich zur Auswahl stehen und *für oder gegen* die man sich entscheiden kann. Es liegt nicht unbedingt auf der Hand, welches man wählt. Tatsächlich hat Jellinek, der sich für die Anerkennung von Alkoholismus als Krankheit einsetzte, selbst von einem „Konzept“ gesprochen (Jellinek 1960).

Fekjær (1981, S. 16) spricht von der Erfindung des Begriffs „Alkoholismus“ und der dahinterstehenden Theorien über die Ursachen und Entwicklung von Trinkmustern. Coleman spricht von einem Mythos, der sich über Begriffe und Theorien hinaus entwickelt hat: „Es sind nicht die Narkotika selbst, die Sucht und das damit verbundene Verhalten hervorrufen, sondern es ist der Gebrauch von Drogen (oder der Glaube, daß man Drogen konsumiert) in Verbindung mit dem Akzeptieren der gebräuchlichen Definition von Sucht“ (Coleman 1976, S. 135). Da der Konsument annehme, daß die sich entwickelnde körperliche Gewöhnung zu einem zwanghaften Verlangen nach Narkotika führen werde, trete tatsächlich diese Entwicklung ein und er beginne sich so zu verhalten, wie man das von einem Abhängigen erwarte.

Rohan setzt in seiner Argumentation von Alkoholismus als einem Konstrukt bei der nach seiner Auffassung „Pseudo-Erklärung“ von Alkoholismus an, da lediglich ein Wort oder Begriff als Erklärung für eine bestimmte Gruppe von Verhaltensweisen herangezogen werde. „Die Schwierigkeit, Alkoholismus zu definieren, hängt unmittelbar mit diesem Versuch zusammen, die Persönlichkeit eines unsichtbaren Geists zu beschreiben, der irgendwie das Verhalten einer Person kontrolliert“ (Rohan 1982, S. 32).

Doch diese Definition allein schon kann realitätsbildend wirken: „Die ‚Benennung‘ von Alkoholismus als einer ‚Krankheit‘, die positivistische Vergegenständlichung von Alkoholismus als einer ‚Krankheit‘ wird im gleichen Augenblick ein epistemologisches und gesellschaftliches Problem“ (Watts 1981, S. 452).

Indem von „Modellen“ und „Konzepten“ der Sucht/Abhängigkeit gesprochen, die Auswirkungen unterschiedlicher Definitionen problematisiert sowie die Bedeutung politischer und gesellschaftlicher, aber auch berufsständischer Interessen und Einflüsse deutlich gemacht werden - all dies trägt dazu bei, die Bedeutung der herrschenden, geltenden Konzepte im Hinblick auf ihre Einzigartigkeit und scheinbar objektive Wahrheit zu relativieren. Dahinter steht nicht selten die Vorstellung, es handle sich bei all diesen Phänomenen „eigentlich“ um soziale Konstrukte, um Mythen, kurz: um etwas, was „in Wirklichkeit“ gar nicht existiert.

Was aber, wenn dem so wäre? Tatsächlich lassen alle diese Autoren die Frage nach den Konsequenzen für die Praxis außer Betracht. Room (1985, S.138) weist zwar in seinem letzten Satz auf Alternativen hin, allerdings läßt er Inhalte offen: „Während konstruktivistische Ansätze keine Sofortlösung anbieten, warnen sie uns doch vor der Macht der Ideen ebenso wie vor dem Einfluß der materiellen Umstände. Sie weisen uns

einen Weg, wie wir uns mit unseren gegenwärtigen Vorstellungen von Alkohol- und Drogenproblemen auseinandersetzen und Alternativen zu ihnen entwickeln können.“

Levine kündigt in seinem sehr klaren Vortrag über *Die Sozialgeschichte des Alkoholkonzeptes in Amerika* sogar an: „Ich bin Soziologe und Historiker, und glaube nicht, daß ich jemandem, der Behandlungen durchführt, viel von direktem Nutzen zu sagen habe“ (Levine 1987, S. 3). D.h. er zieht zwar später den Schluß, „daß die Vorstellungen, Konzepte und Meinungen über Alkoholismus oder der Alkoholabhängigkeit *in all ihren Formen*, wie auch die tatsächliche Erfahrung der Abhängigkeit *grundsätzlich* von kulturellem und historischen Charakter sind“ (ebd., S. 7, Hervorh. JHL), doch kann er sich nicht vorstellen, daß dies praxisrelevant werden könnte.

Die Kritik an den die Therapie, Prävention und Forschung bestimmenden Konzepten von Abhängigkeit und Sucht scheint keine praktische Bedeutung zu haben. Davon sind offenbar nicht einmal die Kritiker selbst überzeugt: Sie haben keinerlei Vorstellung davon, was dies in der Beratung und Behandlung von Konsumenten oder ihrer Angehörigen bedeuten könnte, welche Konsequenzen dies auf gesellschaftlicher und politischer Ebene bewirken könnte. Sie beschränken sich auf Analysen und Darstellungen - und sind es damit zufrieden.

Die beiden Fragenkomplexe „Was ist Drogenabhängigkeit, wie können/sollen/müssen wir sie definieren?“ und „Gibt es das, was wir als Drogenabhängigkeit erleben, in Wirklichkeit überhaupt“ können nicht miteinander vermischt werden. Sie werden in der Literatur aufgeworfen und behandelt, aber gewissermaßen nur akademisch, denn offenbar erwarten selbst diejenigen, die sich damit befassen, keine Auswirkungen auf die Praxis.

Daß sehr wohl aus den soziologischen, historischen und erkenntnistheoretischen Überlegungen über Drogen, Konsum und Abhängigkeit ein anderer Umgang sowohl mit den Konsumenten von Drogen, ihrer Beratung und Therapie als auch in der gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzung mit „Drogenproblemen“ gefolgt werden kann, soll hier noch deutlich werden.

Arbeitsdefinitionen

Läßt sich überhaupt ohne eine exakte Definition von „Droge“ und „Drogenabhängigkeit“ eine Abhandlung hierüber erstellen? Um mir nicht den Vorwurf

einzuhandeln, völlig offen zu lassen, was ich hierunter verstehe, sei versucht, deutlich zu machen, wie ich mit diesen Begriffen umgehe.

„Droge“ und „Drogenabhängigkeit“ ist das, was jeweils als „Droge“ und „Drogenabhängigkeit“ definiert und begriffen wird.

Das klingt banal, eröffnet aber, sobald man es ernstzunehmen beginnt, durchaus neue Perspektiven. Auf diese kurze Formel läßt sich ein Großteil der vorliegenden Arbeit bringen, sie soll verdeutlicht werden.

Mit „Drogen“ beziehe ich mich in erster Linie auf folgende Stoffe: Alkohol, Heroin, Cannabis, Koffein, Kokain, Nikotin. Allerdings werde ich diesen Begriff dort im erweiterten Sinne verwenden, wo ich mich auf Autoren beziehe, die ihn in einem weiteren Sinne verwenden und auch andere Stoffe mit einbeziehen - bis hin zu den „nichtstofflichen“ Drogen wie Glücksspiel, Arbeiten, Fernsehen, Kaufen, soweit sie eben als Droge verstanden werden. Entscheidend ist, soweit es sich um das Reizwort „Droge“ handelt, wie es als solches in Politik, Fachdiskussion und Öffentlichkeit verwendet wird.

Gleiches gilt für meine Verwendung von „Drogenabhängigkeit“: Ich beziehe mich dabei auf Abhängigkeit von den oben genannten Drogen, wobei „Abhängigkeit“ dabei die krankhafte „Sucht“ (dies der korrespondierende Begriff) bezeichnet, mit dem Konsum eines bestimmten Stoffes nicht oder zumindest nicht ohne fremde Hilfe aufhören zu können. Grundgedanken dieses Verständnisses sind dabei insbesondere folgende Aspekte:

- Der Konsum der jeweiligen Droge ist „unnatürlich“, d.h. nicht für den Menschen vorgesehen, zumindest in der Art und Häufigkeit, wie er bei dem Abhängigen beobachtet wird,
- der Konsument ist nicht mehr in der Lage, den Konsum selbständig zu beenden oder auch nur zu verringern, er hat sein Konsumverhalten nicht mehr unter Kontrolle, zudem braucht er mit der Zeit immer mehr von der Droge,
- eine Verringerung des Konsums wird nur unter Druck und Zwang von außen, d.h. mit fremder „Hilfe“ möglich, anders ist eine Veränderung des Verhaltens nicht mehr möglich,
- es handelt sich bei „Drogenabhängigkeit“ um eine psychische und/oder physische Krankheit, d.h. einen Defekt des Menschen, eine Disfunktion, die nicht der Natur

des Menschen entspricht. Diese Krankheit kann sowohl als Ursache als auch Folge des „Drogenmißbrauchs“, d.h. des widernatürlichen, unangemessenen Umgangs mit Drogen verstanden werden.

Aus diesen Aspekten besteht das Grundgerüst des Reizwortes „Drogenabhängigkeit“. (Zu diesem Begriff stellen sich heutzutage natürlich, gewissermaßen ausschmückend, dann auch entsprechende ergänzende Bilder ein: von heruntergekommenen Fixern, von sog. „Drogentoten“ auf öffentlichen Toiletten, von „Rauschgiftkriminalität“, Beschaffungsdiebstahl und -prostitution, von skrupellosen Dealern und verführten Jugendlichen etc.) Damit wird Politik gemacht, hierfür gibt es Aufmerksamkeit. Damit wird dann auch, ganz nebenbei, Starthilfe und Werbung für die Verbreitung und Anwendung neuer Suchtbegriffe betrieben, für die Übernahme des Abhängigkeitskonzeptes auf immer neue Drogen und Verhaltensweisen (siehe Glücksspiel, Arbeitssucht, Sexsucht etc.pp).

Wie kommen wir zu Erkenntnis?

Theorien als Beschreibung und Erklärung von Wirklichkeit

Das Verhältnis der Theorien über Drogenabhängigkeit untereinander sowie zu ihrem Gegenstand läßt sich sinnvollerweise nur unter der Voraussetzung einer klaren Vorstellung des Begriffs von Theorie, den man verwendet, verstehen. In diesem Kapitel soll ein solcher Begriff entwickelt und bestimmt sowie die sich aus ihm ergebenden Folgerungen abgeleitet werden.

Nicht nur unsere Sicht der Dinge ist historisch und verändert sich im Laufe der Zeit, sondern auch unsere An-Sichten darüber, wie wir zu „unserer Sicht der Dinge“ kommen und welchen Stellenwert diese hat. Allerdings verändern sich epistemologische Vorstellungen wesentlich langsamer. Lange Zeit vorherrschend und in Wissenschaft und Alltag nach wie vor im Grunde bestimmend ist eine erkenntnistheoretische Grundhaltung, die davon ausgeht, daß es unser Bestreben sein muß, die Wirklichkeit nur gut genug zu erkennen und zu begreifen, um sie meistern zu können - sei es als eine göttliche Ordnung, die es anzuerkennen und einzuhalten gilt, seien es Naturgesetze, die es zu erforschen und zu bestimmen gilt. Auch wenn es bereits seit dem sechsten vorchristlichen Jahrhundert Zweifler gab, „die bereits klar den unvermeidbaren Holzweg erkannten, auf den sie ihr epistemologisches Abenteuer führte. Xenophanes aus Kolophon sagte zum Beispiel, daß ein Mensch, der zufällig Wissen erlangte, welches die Welt genau so abbildete, wie sie wirklich ist, dennoch niemals sagen könnte, daß dies der Fall wäre“ (v. Glasersfeld 1992, S. 86).

Die Zweifel blieben in der Minderzahl. Die Vorstellung, die Wirklichkeit zu erforschen und der Wahrheit immer näher zu kommen, blieb für die Wissenschaften bestimmend, einschließlich der Philosophie, die dies zu begründen versuchte. Auf dem Weg, der Wahrheit immer näher zu kommen, sollte sich Fortschritt gleichsam linear messen lassen durch die Fülle des Wissens, die man erlangte: „Betrachtet man zwei solche Theorien an Punkten, die ihrem Ursprung nicht zu nahe sind, dann müßte es einfach sein, eine Liste von Kriterien zu erstellen, die es einem unvoreingenommenen Beobachter ermöglicht, die frühere von der späteren Theorie zuverlässig zu unterscheiden“ (Kuhn 1976, S. 217). Im wesentlichen handelt es sich dabei um

quantitative Vorstellungen, d.h. um Mehrung des Wissens, wobei durchaus auch qualitative Sprünge, von Kuhn als „Paradigmenwechsel“ bezeichnet, wahrgenommen wurden.

In der theoretischen Physik wurde es möglicherweise früher als auf anderen Gebieten notwendig, Erklärungen für dies grundsätzlichen Wechsel der Erklärungsmodelle zu finden, die die Gültigkeit relativierten: „Man sagte da früher, die alte Vorstellungsweise wurde als falsch erkannt. Es klingt dies so, als ob die neue absolut richtig sein müsse, und andererseits, als ob die alte (weil falsch) völlig nutzlos gewesen wäre. Um den Schein dieser beiden Behauptungen zu vermeiden, sagt man heutzutage bloß: Die neue Vorstellungsweise ist ein besseres, ein vollkommeneres Abbild, eine zweckmäßigere Beschreibung der Tatsachen. Damit ist klar ausgedrückt, daß auch die alte Theorie von Nutzen war, indem auch sie teilweise ein Bild der Tatsachen gab; sowie, daß die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, daß die neue wiederum durch eine noch zweckmäßigere verdrängt werden kann“ (Boltzmann, zit. nach Pietschmann 1983, S. 123).

Boltzmann hat sowohl das „vollkommenere Abbild“ als auch die „Zweckmäßigkeit“ im Blick - ohne daß letztlich deutlich wird, inwieweit er beides voneinander trennt, ob es sich dabei für ihn um zwei verschiedene Kriterien handelt. Die pragmatische Wirkung der naturwissenschaftlichen Theorien und ihrer Entwicklung, der technische Fortschritt und seine Errungenschaften scheinen ein entscheidender Grund dafür gewesen zu sein, an der Vorstellung, ein immer besseres Abbild der Wirklichkeit zu bekommen, festzuhalten.

Die Erfolge der Naturwissenschaften und der daraus resultierende technische Fortschritt haben die Sozialwissenschaften dazu verleitet, das erkenntnistheoretische Grundmodell für sich zu übernehmen. Zwar wurde und wird immer wieder betont, daß sich, da man es mit Menschen zu tun habe, die sich verändern, noch weniger als in den Naturwissenschaften exakte, objektivierbare, da wiederholbare Ergebnisse ermitteln lassen, doch wurde an der grundsätzlichen Haltung, es gebe eine objektive Wahrheit, die zumindest auch in Ansätzen erkannt werden könne, lange nicht gerüttelt: Theorien sollten ein möglichst genaues Abbild der Wirklichkeit liefern, um wiederum optimale Einflußmöglichkeiten auf diese Wirklichkeit zu eröffnen.

Es dauerte lange, bis diese Meta-Theorie selbst grundsätzlich in Frage gestellt wurde. Angefangen in der Physik, hat diese Auseinandersetzung nun auch die Sozialwissenschaften erfaßt und überläßt die Frage „Wie wissen wir, was wir zu wissen

glauben?“ nicht mehr allein den Philosophen. Immerhin verspricht diese Diskussion neue Sichtweisen und damit auch neue Handlungsoptionen in der Wirklichkeit, in der wir leben.

Landschaft und Karte

Eine Theorie ist eine Beschreibung und Erklärung von Wirklichkeit. Dies ist die hier zugrundegelegte Definition von Theorie, die hier unabhängig davon verwendet wird, ob sie „richtig“ ist oder ob andernorts der Theoriebegriff anders definiert wird. Auf der Grundlage dieser Definition ergeben sich eine Reihe von „Eigenschaften“ von und Konsequenzen für den Umgang mit Theorien.

Theorien sind nicht die Wirklichkeit selbst. Sie werden entwickelt und konstruiert als Abbildungen, als Modelle von Wirklichkeit, d.h. von dem, was wir als Wirklichkeit erleben und bezeichnen. Eine Theorie ist nicht identisch mit der Wirklichkeit, so wenig wie das Bild mit dem von ihm abgebildeten Gegenstand identisch ist.

Im Hinblick auf ihre Abbildungsfunktion stellt die Theorie oder das Modell eine Reduktion des Originals und damit der Wirklichkeit dar. Es wird nicht vollständig abgebildet, der Vorgang der Wiedergabe bringt eine Vereinfachung der Vorlage mit sich. Die Identität zwischen Theorie und Wirklichkeit, zwischen Modell und Original, ist abstrakt, d.h. sie kann erst dann gesehen, behauptet und nachgewiesen werden, wenn man von all den Punkten, in denen keine Übereinstimmung zwischen beiden besteht, abstrahiert und absieht. Es besteht lediglich eine relative Identität - oder besser: Ähnlichkeit. Eine echte, vollständige Identität kann nicht bestehen, womit sich die Frage der Annäherung ergibt. Wie kann sich eine „größtmögliche“ Nähe der Theorie zur Wirklichkeit erreichen lassen? Wenn Identität grundsätzlich nicht erreicht werden kann, so läßt sie sich offensichtlich auch nicht zum Maßstab machen.

Eine Theorie kann der Wirklichkeit nicht „annähernd gleich“ werden, und braucht es aber auch nicht. Eine Theorie ist ein Instrument, ein Werkzeug, mit dessen Hilfe man Aufschluß über bestimmte Aspekte der Wirklichkeit erhalten will, um auf diese Wirklichkeit selbst Einfluß zu nehmen. Als solche sollen Theorien die Wirklichkeit nur insoweit „ähnlich“ wiedergeben, als es zur Beantwortung der Fragen im Hinblick auf die Problemlösung notwendig ist. Wie jedes andere Instrument oder Modell gewinnt auch die Theorie gerade dadurch, daß sie über alle anderen, in diesem jeweiligen Falle unwichtigen Aspekte der Wirklichkeit hinwegsieht, sie bei der Abbildung gerade nicht berücksichtigt.

„Ein Modell ist immer eine Vereinfachung, eine Art Idealisierung dessen, was modelliert werden soll. Der Zweck eines Modells besteht natürlich nicht darin, die Wirklichkeit in ihrer ganzen Komplexität wiederzugeben, sondern auf eine lebendige, manchmal formale Weise das zu erfassen, was für ein Verständnis eines Aspekts in deren Struktur oder Verhalten wesentlich ist. So wie das Wort ‚wesentlich‘ in diesem Satz gebraucht ist, ist es äußerst bedeutsam, um nicht zu sagen problematisch. Es impliziert vor allem einen Zweck. ... Wir wählen für unser Modell die Merkmale der Realität aus, die wir für unseren Zweck als wesentlich betrachten“ (Weizenbaum 1982, S. 202).

Als Modell und Instrument hat die Theorie eine Funktion im Hinblick auf einen bestimmten Zweck. Und unter Beachtung dieses Zwecks wird sie konstruiert, erst anhand des Zweckes können die wesentlichen - in die Theorie zu übernehmenden - und die unwesentlichen - in die Theorie nach Möglichkeit nicht aufzunehmenden - Punkte bestimmt werden. Ein Modell wird gerade erst dadurch sinnvoll und nützlich, daß es nicht das Original weitestgehend nachbildet, sondern daß es mit Rücksicht auf den beabsichtigten Zweck davon abstrahiert und alle hierfür unwesentlichen Eigenschaften vernachlässigt. Diese Vorgehensweise erst ermöglicht die optimale Nutzung im jeweiligen Fall.

D.h. Theorien können nicht „wahr“ sein, doch sollen sie es auch nicht sein. Ihr Vorteil besteht in der Beschränkung auf einige Aspekte, in der Reduzierung der ursprünglichen Komplexität.

Ihre optimale Verwendung aber wird damit sicherlich dann erreicht, wenn sie als Instrumente betrachtet werden können, wenn in Betracht gezogen werden kann, daß sie zwar Wirklichkeit abbilden, aber dies immer unter erheblicher Verkürzung, zweckgebunden und beschränkt. Es ist nicht nur hinderlich, sondern auch „gefährlich“ im Sinne eines Orientierungsverlustes, wenn man Theorien nach ihrem Wahrheitsgehalt zu beurteilen versucht, nach ihrem Realitätsbezug, ihrer Wirklichkeitsnähe.

Ein geeignetes Beispiel zur Verdeutlichung des Verhältnisses zwischen Theorie und Wirklichkeit ergibt das bereits oben verwendete Bild von Karte und Landschaft: Nur die Landschaft, das Territorium selbst ist mit sich „identisch“, damit jedoch als Karte unbrauchbar. Eine Karte als Orientierungshilfe darf nicht einmal „annähernd ähnlich“ sein mit dem Gelände, das sie abbildet, sondern muß über die meisten Eigenschaften und Einzelheiten hinwegsehen. Schließlich ist eine Karte nicht „an sich“ richtig oder falsch: Ob sie brauchbar ist, hängt davon ab, wer sie wo, wann und zu welchem Zweck

verwenden will. Vom Benutzer und seinen Absichten, Zielen und Wünschen her ergibt sich dann, wie eine „gute“ Karte beschaffen sein muß, damit sie für seinen speziellen Zweck geeignet ist: Der wanderer benötigt eine andere Karte als der Autofahrer, der Pilot, der Geologe, der Architekt etc.

Beschreibung und Erklärung

„Ich verstehe nicht, was Sie mit ‚Glocke‘ meinen“, sagte Alice.

Goggelmoggel lächelte verächtlich. „Wie solltest du auch - ich muß es dir doch zuerst sagen. Ich meinte: ‚Wenn das kein einmalig schlagender Beweis ist!‘“

„Aber ‚Glocke‘ heißt doch gar nicht ‚einmalig schlagender Beweis‘“, wandte Alice ein.

„Wenn ich ein Wort gebrauche“, sagte Goggelmoggel in recht hochmütigem Ton, „dann heißt es genau, was ich für richtig halte - nicht mehr und nicht weniger.“

„Es fragt sich nur“, sagte Alice, „ob man Wörter einfach etwas anderes heißen lassen kann.“

„Es fragt sich nur“, sagte Goggelmoggel, „wer der Stärkere ist, weiter nichts.“

Lewis Carroll, Alice hinter den Spiegeln

Eine Theorie ist von einem anderen „logischen Typ“ als die Wirklichkeit, die sie beschreibt. Sie verhält sich wie der Name zum Benannten. Sie ist, einfach gesagt, „sprechen über etwas“. Eine Theorie ist insofern abstrakt, als sie nur „in unseren Köpfen“ existiert. „Sichtbar“ wird sie mit Hilfe von Sprache, d.h. Worten und Begriffen. Diese Begriffe entsprechen nicht von selbst dem, was sie bezeichnen, sondern müssen zuvor zugeordnet (definiert) werden. Die Begriffe als Bestandteile des Sprechens über Wirklichkeit kommen in dieser Wirklichkeit selbst nicht vor.

Eine Theorie besteht aus Begriffen, und diese Begriffe müssen definiert und die Beziehung zu dem, was sie bezeichnen, festgelegt werden. Dies ist ein Teil des Konstruktionsprozesses einer Theorie. Dabei werden die Begriffe, ebenso wie die gesamte Theorie, daraufhin definiert und festgelegt, daß sie optimal dem angestrebten Zweck dienen.

Selbstverständlich sind Definitionen von Menschen gesetzt, und Begriffe sind nicht identisch mit dem, worauf sie sich beziehen. Bedingung für die Gültigkeit ist nicht der Bezug zur Wirklichkeit, sondern die intersubjektive Einigkeit und Verständlichkeit. Deutlich wird dies (für uns und heutzutage) in der Alltagssprache: Der Begriff „Fisch“ ist unabhängig von dem, was wir als Fisch bezeichnen. Ebenso ist unsere Klassifikation in Fische und Säugetiere nicht objektiv notwendig, sondern erst Ergebnis unserer Begriffsdefinitionen, unseres Klassifizierens. Also ist der Wal nicht „objektiv“ ein

Säugetier, sondern er ist dies, weil wir „Fisch“ und „Säugetier“ ebenso auf ganz bestimmte Weise definiert haben wie das, was wir unter einem „Wal“ verstehen. Erst auf dem Hintergrund dieser von uns Subjekten vorgegebenen Definitionen „ist“ der Wal ein Säugetier - allerdings nicht objektiv, d.h. er „ist“ es nicht ohne das Zutun von Subjekten.

Selbstverständlich kann es dennoch so erscheinen, als ob Wale objektiv Säugetiere seien. Eine solche Auffassung erinnert „sehr an die Lehre eines französischen Sprachforschers des 18. Jahrhunderts, der behauptete, pain, sitos, Brot, panis seien willkürliche, verschiedene Bezeichnungen desselben Dinges, aber es bestünde zwischen der französischen Sprache und anderen der Unterschied, daß das, was französisch pain heiße, auch wirklich pain sei“ (Fleck 1980, S. 69): Der Eindruck, eine Definition sei nicht nur subjektiv geeigneter, sondern sogar objektiv richtiger und zutreffender als andere Definitionen des gleichen Begriffes (oder umgekehrt, ein bestimmter Begriff sei geeigneter als andere für eine bestimmte Definition) entsteht immer dann, wenn man den Definitionsprozeß und damit den willkürlichen Charakter der Definition zu vergessen beginnt, und der Begriff durch wiederholte Anwendung „anschauungsevident“ zu werden beginnt.

Der Konstruktionsprozeß untergliedert Wirklichkeit, macht sie begreifbar, erfahrbar, entwirft Kategorien zum Erleben dieser Wirklichkeit und stellt diese Kategorien zur Verfügung. Ohne diese Kategorien haben wir keinen Zugang zur Wirklichkeit. Das heißt, die Theorie, die Wirklichkeit beschreibt und erklärt, konstruiert sie zugleich. Theorien enthalten nicht nur Erklärungen, sondern auch Definitionen und Beschreibungen: Festlegungen darauf, wie Wirklichkeit wahrgenommen, was als Wirklichkeit erlebt wird. Einen unmittelbaren, unvermittelten Zugang zur Wirklichkeit gibt es für uns nicht.

Beschreibungen und Erklärungen bedingen einander, ihre Beziehung zueinander ist tautologisch, „da Erklärung keine neue Information, die sich von dem unterscheiden würde, was bereits in der Beschreibung angelegt war“ (Bateson 1982, S. 103).

Würde sich die in der Beschreibung enthaltene Information von der in der Erklärung enthaltenen unterscheiden, müßte dies bedeuten, daß sie sich auf verschiedene „Gegenstände“ beziehen. Damit aber würde es sich nicht um einen, sondern um zwei verschiedenen Theorieansätze handeln.

Der tautologische Charakter von Theorien ist ebenso sinnvoll für den Gebrauchswert einer Theorie wie die Tatsache, daß sie nicht wahr sein kann und wahr zu sein braucht.

Ist sie zirkulär angelegt, d.h. beziehen sich Beschreibung und Erklärung auf das Gleiche, so heißt das, daß die in ihr enthaltenen Begriffe mit der wünschenswerten Exaktheit formuliert sind. Dadurch wird sie zu einem brauchbaren Instrument.

„Die einfachste Tautologie ist: ‚Wenn P wahr ist, dann ist P wahr.‘ Eine komplexere Tautologie ist: ‚Wenn Q aus P folgt, dann folgt Q aus P.‘ Von da ausgehend, kann man jeden beliebigen Komplexitätsgrad erreichen. Man bleibt aber immer im Bereich der wenn-Klausel, die nicht von den Daten kommt, sondern von uns.“ (Bateson 1982, S. 107).

Entgegen unserem Alltagsverständnis „erklärt“ eine Theorie nichts Neues im Verhältnis zur vorangegangenen Beschreibung dessen, was man erklären wollte. Damit aber liegt die Information nicht in der Theorie selbst, sondern in der Tatsache, daß man sie anwendet, d.h. daß man sie als Instrument zur Beschreibung und Erklärung von Wirklichkeit verwendet: Mit ihr läßt sich Wirklichkeit anders beschreiben und erklären, man kann mit ihrer Hilfe eine andere Perspektive einnehmen und sie daraufhin überprüfen, ob sie für das eigene Vorhaben brauchbarer ist als die bisher bekannten Sichtweisen.

Tautologien sind in sich selbst wahr und stimmig, ohne jedoch etwas über den Bereich außerhalb ihrer selbst aussagen zu können. Sie sagen nicht mehr aus als „*wenn* man von *dieser* Beschreibung von Wirklichkeit ausgeht, *dann* trifft folgende Erklärung zu“. So lassen sich, geht man bei der Festlegung der Begriffe phantasievoll und sorgfältig vor, beliebig viele Wirklichkeiten definieren, beschreiben und erklären, die alle in sich schlüssig, richtig und stimmig sind, ohne jedoch etwas über den Bereich außerhalb ihrer Begriffe und deren Definitionen aussagen zu können. Sie sind weder falsch noch richtig - so wie Definitionen weder falsch noch richtig sein können, sondern gesetzt werden.

Die Anwendung einer Theorie, d.h. ihrer Beschreibungen und Erklärungen, führt damit zu einem Phänomen, das als „sich selbst erfüllende Prophezeiung“ bekannt ist oder auch als „Anschauungsevidenz“ (Flechtner 1984, S. 232) bezeichnet werden kann: Je länger man von den gesetzten Annahmen ausgeht und die Wirklichkeit unter diesen Prämissen betrachtet, umso selbstverständlicher wird einem diese Sichtweise dann. Man vergißt schließlich, daß man selbst es war, der die Wirklichkeit entsprechend interpunktiert hat, der bestimmte Beschreibungen und Erklärungen eingeführt hat - und beginnt, an das zu glauben, was man sieht. Fleck bezeichnet dies als „die Beharrungstendenz der Meinungssysteme und die Harmonie der Täuschungen“ (Fleck 1980, S. 40).

Flehtner erläutert die Bedeutung von Axiomen und Annahmen, die ebenso wie Definitionen, Beschreibungen und Erklärungen den Beobachtungen *vorausgesetzt* werden:

„Die Gegenstände eines solchen Bereichs sind also *nur* durch das in den Axiomen Ausgesagte bestimmt, und man muß sich sehr hüten, bei der Aufstellung von Sätzen und bei Schlußfolgerungen nicht ‚Annahmen‘ einzuschmuggeln, die nicht in den Axiomen enthalten sind. Dafür gibt einmal Hugo Dingler ein drastisches, ja karikierendes Beispiel: ‚Denken Sie sich im unendlichen leeren Raum einen einzigen Massenpunkt (etwa außer dem Beobachter und in hinreichender Entfernung von ihm). Plötzlich fängt dieser Massenpunkt an zu hupfen. Warum hupft er? - Die Frage hat meist intensives Nachdenken und die tiefsinnigsten Erörterungen zur Folge. Und man kann die wirklich klaren Denker ... daran herausfinden, daß sie einem die Antwort geben: ‚Weil Sie das so angenommen haben‘“ (Flehtner 1984, S. 233).

Der Glaube, etwas objektiv über die Wirklichkeit herausgefunden und erfahren zu haben, begründet sich wesentlich auf das Vergessen über die gedanklichen Vorarbeiten bei der Gewinnung solcher Erkenntnis: „‚Objektivität‘ entsteht, wenn der Teilnehmer einer Tradition diese nicht bemerkt und daher in seinen Urteilen nicht erwähnt. Wie der naive Realist die Kälte für eine Eigenschaft hält, die es in der Welt gibt, und zwar unabhängig von seinem physiologischen Zustand, so hält auch der naive Objektivist die Korrektheit einer Ableitung, das Vorliegen eines Widerspruchs, das Bestehen einer Wahrheit, die Menschlichkeit (oder Unmenschlichkeit) einer Handlung für einen ‚objektiven‘ Sachverhalt, zu dem er selbst keinen Beitrag leistet: ‚Objektivität‘ ist das Resultat einer erkenntnistheoretischen Kurzsichtigkeit, sie ist keine philosophische Leistung“ (Feyerabend 1981, S. 148f).

Der Vollständigkeit halber sei auf eine weitere Schlußfolgerung hingewiesen: Nach dem hier Gesagten müßten Theorien, sind sie exakt formuliert, eigentlich hundertprozentige Vorhersagen erlauben, unabhängig davon, wie einleuchtend oder absurd sie (d.h. die ihnen zugrundegelegten Annahmen) uns jeweils erscheinen. Tatsächlich aber sind die meisten der heute verwendeten Theorien in allen Bereichen der Wissenschaft so, daß keine so genauen Vorhersagen damit gemacht werden können. Nach dem hier dargelegten Theoriebegriff kann dies nicht auf mangelnde Wirklichkeitsnähe zurückgeführt werden. Vielmehr muß geschlossen werden, daß die den Theorien zugrundeliegenden Definitionen und Annahmen entweder nicht eindeutig genug formuliert werden oder aber in der Umsetzung nicht konsequent genug befolgt werden. Anders gesagt: Wenn ich Alkoholismus so definiere, daß damit u.a. die

Unmöglichkeit, mäßig und sozial angepaßt trinken zu können, gemeint ist, so läßt sich diese Definition nicht widerlegen.

Der Umgang mit Theorien

Nach dem hier zugrundegelegten Verständnis sind Theorien nicht wahr im Sinne von objektiv, absolut gültig, unabhängig von dem sie verwendenden Subjekt, sie sind nicht unbedingt richtig. Allerdings, und dies ist ein Unterschied, kann man *glauben*, daß eine bestimmte Theorie wahrer und objektiv richtiger ist als andere. Nicht nur aus dem Alltagsleben, auch und gerade im Bereich der Wissenschaften ist es eine häufige Erfahrung, daß man bestimmte Theorien, daß man die eigene Beschreibung und Erklärung dessen, was man für die Wirklichkeit hält, nicht nur für in sich selbst wahr hält (aufgrund der immanenten Tautologie), sondern darüberhinaus auch für absolut wahr(er). Ein Grund dafür, daß dies möglich ist, liegt in der bereits beschriebenen Anschauungsevidenz von Tautologien: Wenn ich mir die Wirklichkeit auf eine bestimmte Weise definiere, beobachte und beschreibe, so erklärt sie sich mir gleichzeitig auch. Und je öfter man die Theorie verwendet, desto selbstverständlicher wird die Sichtweise. Die (Tatsache der) *Konstruktion* der Sichtweise gerät allmählich in Vergessenheit.

Man erliegt, mit anderen Worten, einer Verwechslung der logischen Typen, man hält den Namen für das Benannte selbst, die Karte für das Territorium. Man vernachlässigt die Bedeutung des Konstruktionsprozesses, des Vorgangs des Perspektivenwechsels. Alternativen der Beschreibung und Erklärung sind dann nicht mehr vorstellbar, nicht mehr nachvollziehbar. Man hält den eigenen Standpunkt für absolut wahr.

Diese Verwechslung muß keineswegs immer schlecht oder von Nachteil sein. Tatsächlich scheinen wir in unserem täglichen Leben damit ganz gut zu fahren. In der Regel vergessen wir den Unterschied von Name und Benanntem und setzen eine Einheit von Begriff und Wirklichkeit voraus. Diese Verwechslung, dieses Vertrauen auf die Einheit scheint uns das Leben zu erleichtern - auch wenn das nicht unbegrenzt gilt.

Simon geht noch weiter und weist darauf hin, daß Rekursivität, d.h. die Konfusion verschiedener logischer Typen, „das Merkmal der Prozesse des Lebens, das Charakteristikum der Autopoiese [sei]... Ohne diese seltsamen Schleifen wäre kein Leben, keine Evolution, kein Lernen möglich. Während die traditionelle Logik lediglich Tautologien zuläßt (ein sich gegenseitig bestätigendes und stabilisierendes System von Aussagen; selbstbejahende Gleichungen), lassen sich Lebensprozesse nur angemessen

abbilden, wenn man Tautologien und Paradoxien (sich gegenseitig negierende Aussagen; selbstverneinende Gleichungen) zuläßt“ (Simon 1988, S. 105f).

Jedoch gibt es eine Reihe von Fällen, wo es sinnvoll und notwendig werden kann, sich die Unterschiede zwischen Beschreibung und Erklärung, d.h. der eigenen Vorstellung von Wirklichkeit einerseits und „der Wirklichkeit“ andererseits zu verdeutlichen - will man nicht seine Kräfte beim Versuch verschleißen, ein unlösbares Problem lösen zu wollen. Unlösbar, weil man es sich so gestellt hat, daß es nicht lösbar ist.

Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn zwei Personen miteinander um die Wahrheit einer Definition, d.h. um die auf die Wirklichkeit besser zutreffende Beschreibung streiten. Zwar kann man selbstverständlich die Wahrheit des eigenen Begriffs, der eigenen Theorie betonen oder behaupten und selbst auch daran glauben, jedoch gibt es keinen vernünftigen Grund dafür, warum eine Theorie oder eine Definition „wahr“ sein sollte als eine andere.

„Wenn einige Klassen ‚natürlicher‘ erscheinen als andere, ist dies hauptsächlich ein Ergebnis von Sprache und Denkgewohnheiten, die sich mit sich verändernden Kulturen und in verschiedenen Kontexten verändern. Das Versäumnis, die Relativität zwischen Klassifikation und Zweck oder System anzuerkennen, ist eine fruchtbare Quelle für sinnlosen Streit. So argumentieren manche für oder gegen die Annahme, internationales Recht sei eine Art Recht, Sozialwissenschaften seien Wissenschaften, oder der Mensch sei ein Tier - so als ob es sich hier um Annahmen mit einer festen Bewertung, richtig oder falsch, handelt. Und sie sind immer wieder überrascht, weil solche Argumente ihre Gegner niemals überzeugen“ (Cohen 1939, S. 69).

Nochmals: Man kann selbstverständlich darüber streiten, welche Theorie und Weltanschauung, welche Beschreibung und Erklärung von Wirklichkeit die wahre, die wirklich gültige ist (und eben damit mehr als nur die Folge einer einfachen Definition). Man kann diese Diskussion im guten Glauben, man sei im Recht, führen und sich sogar einbilden, dieser „Klärungsprozeß“ sei von Nutzen. Man übersieht dabei allerdings, daß die Klärung eine Machtfrage ist bzw. dazu wird und nicht über die *Wahrheit* entschieden wird. In der Grundstruktur wird es sich dann mit dem vergleichen lassen, was Becker (1981, S. 133ff) als „moralische Unternehmung“ ausführlich dargestellt hat.

Im Bereich der Drogenforschung läßt sich hier die oft erhobene Forderung nennen, „daß die Definition von Sucht (Abhängigkeit) klar und wertneutral“ (Kellermann 1991, S. 436) sein soll - ebenso, wie auch weiterhin eifrig nach einer wertfreien Definition von Mißbrauch gesucht wird (obwohl doch, weithin unbemerkt, der Hinweis auf die

zweifelloos nicht vermeidbare Wertung schon im Begriff des *Mißbrauchs* selbst enthalten ist!).

Vergegenwärtigt man sich jedoch, daß Definitionen, Beschreibungen, Erklärungen, Theorien als Instrumente und Modelle betrachtet werden können, die als Werkzeuge zum bestmöglichen (Über-)Leben dienen sollen, so kommt man in die Lage, möglicherweise nicht an der eigenen Überzeugung um jeden Preis festhalten zu müssen. Eine Theorie, eine Auffassung, eine Perspektive läßt sich dann im besten Fall auf einen Nutzen hin überprüfen - und gegebenenfalls durch eine andere, im konkreten Fall geeignetere ersetzen. Die Gefahr, der Anschauungsevidenz einer bestimmten Sichtweise zu erliegen und sie deshalb für die einzig gültige, mögliche oder jedenfalls wahre zu halten und sich dadurch selbst zu schaden, wird geringer.

Nach der hier entwickelten Vorstellung sind Theorien Mittel zum Zweck, sind Instrumente, die je nach Situation und Ziel geeignet oder ungeeignet sind. Dies ist, das sei extra vermerkt, nicht unbedingt ein „richtigeres“ Verständnis von Theorie (denn auch diese Auffassung ist nur in sich logisch und stimmig, läßt sich nicht als richtig oder falsch beweisen). Legt man jedoch dies Verständnis zugrunde, so ist die Voraussetzung gegeben, die Brauchbarkeit dieser Auffassung von Theorie erst einmal auszuprobieren. Denn auch diese Meta-Theorie, diese Auffassung von Theorien kann und soll nur ein Instrument sein, das möglicherweise jemandem bei bestimmten Problemen von Nutzen sein könnte. Bedingung ist, daß subjektive Lösungen gesucht werden, da diese Meta-Theorie objektive Lösungen per Definition ausschließt.

Für den Umgang mit Theorien läßt sich festhalten, daß diese dann optimal genutzt und auf ihre jeweilige Brauchbarkeit hin geprüft werden können, wenn sie als Theorien, d.h. als auf bestimmten festgelegten Annahmen beruhende Konstrukte erkannt und begriffen werden. Um Beschreibungen und Erklärungen nicht fälschlicherweise für wahr und unbezweifelbar zu halten, empfiehlt es sich, sie in problematischen Situationen durch speziellen Sprachgebrauch zu kennzeichnen. Statt Sätzen wie „Drogenabhängigkeit ist eine Krankheit“ könnten konditionale Formulierungen die *relative* Gültigkeit solcher Sätze hervorheben: „Drogenabhängigkeit *kann* als Krankheit verstanden werden, vorausgesetzt, man will sie so verstehen und definiert sie so und nicht anders.“

Konstruktivismus

Recht wie ein Mensch redet er, dachte er und lächelte heimlich über diese Gewohnheit der Leute, ihre eigene Art zu hecheln und sich selbst dabei auszunehmen, also daß der Mensch zu Rate saß über den Menschen, gleichsam als wäre er keiner.

Thomas Mann, *Joseph und seine Brüder*

Die vorgestellten Gedanken entsprechen einem erkenntnistheoretischen Ansatz, wie er in den letzten Jahrzehnten insbesondere von Heinz v. Foerster und Ernst v. Glasersfeld sowie Humberto Maturana, im deutschen Sprachgebiet vor allem auch vermittelt von Paul Watzlawick, als „Konstruktivismus“ entwickelt worden ist. Zugrunde liegt dieser Meta-Theorie die Überlegung, daß alles, was gesagt wird, von jemandem (dem Beobachter) gesagt wird. Es sind immer Subjekte, die etwas sehen, beobachten, beschreiben, erklären, weshalb Objektivität (als der Ausschluß von Subjektivität) unmöglich wird:

„Objectivity is a subject's delusion that observing can be done without him“
(Objektivität ist die Selbsttäuschung eines Subjekts, daß Beobachtung ohne es selbst möglich sei, v. Foerster, zit. nach v. Glasersfeld 1985a, S. 19).

Auch der Konstruktivismus wird am besten als ein Instrument begriffen, dessen Wert nur in der konkreten Anwendung jeweils neu bestimmt werden muß. So geht es weniger um das „richtige“ Verständnis des Konstruktivismus als darum, seine möglichen Implikationen zu verdeutlichen.

Grundlagen des Konstruktivismus

Ob nun so etwas tatsächlich passiert oder ob es sich die Betroffenen nur einbilden, ist nebensächlich. Es wirkt jedenfalls, und wenn es nicht wahr ist, ist es doch wirklich.

Franz HOHLER, *Der Geisterfahrer*

Konstruktivismus hat seine Ursprünge in der Kybernetik und Systemtheorie, die sehr populär und verbreitet sind. Diese beschäftigen sich mit den allgemeinen und formalen Gesetzmäßigkeiten, nach denen sich das Verhalten von Systemen beschreiben läßt. Ein System ist nach ASHBY, einem der „Väter“ der Kybernetik, „nicht ein Ding, sondern eine Liste von Variablen. Diese Liste kann variiert werden, und die allgemeinste Aufgabe des Experimentators ist es, die Liste zu variieren (,andere Variablen zu berücksichtigen‘), bis er schließlich eine Gruppe von Variablen ausfindig gemacht hat, die die gewünschte Eindeutigkeit ergibt“ (Ashby 1974, S. 69).

Als ein solches System kann z.B. ein Auto begriffen werden. Jemand, der weiß, daß das Auto fahren kann, der aber nicht weiß, wie sich das Auto in Bewegung setzen läßt, wird in verschiedenen Experimenten versuchen, die dafür wesentlichen Variablen herauszufinden. „Das System“ ist dabei nicht das Auto, sondern die Kombination von Schaltern, Hebeln, Knöpfen etc., die der Experimentator jeweils ausprobiert, weil er vermutet, sie könnten von Bedeutung sein für den Versuch, den Wagen in Bewegung zu setzen.

Man begann sehr schnell zu entdecken, daß sich die zunächst an Maschinen entwickelte Kybernetik auch auf andere Bereiche übertragen ließ. So ziemlich alles kann man als System betrachten, d.h. man begann jeweils das, womit man sich zentral beschäftigte, als ein System aufzufassen, und versuchte nun, das Verhalten dieses solchermaßen festgelegten Systems mit systemtheoretischen Methoden und Modellen („kybernetischem Denken“) zu verstehen und damit steuerbar und handhabbar zu machen. Heute ist diese Vorgehensweise (und der Begriff des Systems) so vertraut, daß man bereits von „lebenden“ und „sozialen“ Systemen spricht. Allmählich beginnt man zu vergessen (sofern man sich dessen überhaupt explizit bewußt war), daß man ursprünglich davon ausging, daß diese Systeme keineswegs wirklich existieren, daß Zellen, Organe, Menschen, Familien, Gruppen, daß „die Gesellschaft“ oder „die Natur“ keineswegs Systeme *sind* (vgl. Herwig-Lempp 1987c). Oder, wie Gester es ausdrückt, „you can never kiss a system“ (1992, S. 137).

An diesem Punkt setzt der Konstruktivismus an: Aus einer „meta-kybernetischen“ Perspektive untersucht er den Beobachter („Experimentator“) und das von ihm Beobachtete gemeinsam wiederum als ein Meta-System auf Verhalten und Veränderungen. Diese Perspektive wurde auch als „Kybernetik 2. Ordnung“ benannt, „die Kybernetik der Kybernetik - um die festgesetzten Absichten des Beobachters zum Bestandteil des beobachteten Systems zu machen und um die *Autonomie* und damit die Verantwortlichkeit des Beobachters zu beachten“ (Steier/Smith 1985, S. 6). Das Hauptinteresse richtet sich auf den Einfluß des Beobachters und seiner aktiven Beteiligung bei der Auswahl und Bestimmung dessen, was er erforschen und beobachten will: All die Systeme, die wir beschreiben, erforschen, erklären, die wir meist schon richtiggehend zu „sehen“ vermeinen, sind dadurch entstanden und existieren deshalb, weil sie von einem Beobachter, einem Subjekt aus einer „Liste von Kennzeichen“, die er jeweils für wesentlich hält, zusammengestellt und als konkretes System definiert werden.

Erst nach der Auswahl der Kennzeichen und damit nach der Definition werden diese Systeme für den Beobachter sichtbar und existent - wobei diese Existenz nur so lange währt, als der Beobachter seine Definition nicht verändert. Allerdings, je länger man eine Definition verwendet, desto fester scheint sie zu werden, man verliert die Kenntnis davon, daß man selbst diese Systeme erst geschaffen hat.

Der Konstruktivismus reicht allerdings insoweit über die Kybernetik hinaus, als er sich auf alle Beziehungen zwischen Beobachter und Beobachtetem bezieht, auch wenn nicht explizit von „Systemen“ die Rede ist.

Nach dem Modell der Kybernetik 2. Ordnung beobachtet der Beobachter nicht „die Wirklichkeit“ selbst, sondern nur das, was er als Wirklichkeit bezeichnet, begreift und erlebt. Er beobachtet das, von dem er annimmt, daß es die Wirklichkeit ist, und was er als Wirklichkeit definiert. Unvoreingenommene, unbedingte Wahrnehmung ist ihm nicht möglich. Die Wahrnehmung des Beobachters ist bereits vorstrukturiert durch ihn selbst.

Damit wird die Annahme einer objektiven Wirklichkeit, die jenseits aller subjektiven Auffassungen von Wirklichkeit tatsächlich existiert, aus konstruktivistischer Sicht unnötig und überflüssig. Gleichermaßen sinnlos wäre es, die Existenz von wirklichen, unabhängig von den Definitionen eines Beobachters bestehenden Systemen zu vermuten. Eine Vermutung, daß dies möglich wäre, würde auf einer ungenauen Verwendung von Begriffen wie „System“ und „Objektivität“ beruhen (sofern man damit „eine Liste von Variablen, die von einem Experimentator zusammengestellt wurden“ und „die Beschreibung der Wirklichkeit unter Ausschluß von Subjekten“ versteht). Ob allerdings diese Ungenauigkeit als bedeutsam eingestuft wird oder als vernachlässigbar bewertet wird, bleibt jedem selbst zur Entscheidung überlassen.

Tatsächlich ist es wohl weder möglich noch notwendig, sich ständig zu vergegenwärtigen und mitzubedenken, daß das eigene Erleben von Wirklichkeit „nur“ das subjektive Erleben einer Wirklichkeit ist. Daß wir meistens ganz selbstverständlich und ohne nachzudenken von der Existenz einer objektiven Wirklichkeit und wahrer Erkenntnis ausgehen, ist ebensowenig falsch oder schlecht wie die Tatsache, daß wir sprechen ohne mitzubedenken, daß wir in und mit einer Sprache sprechen. Nicht nur bei der Beobachtung von Systemen, sondern im Hinblick auf fast alle Begriffe und Definitionen, die wir verwenden, übersehen und vernachlässigen wir so gut wie immer, daß ein Definitionsprozeß vorausging und vorausgehen mußte. Wir können diesen Definitionsprozeß nicht immer mitdenken. Es ist, mit anderen Worten, praktisch, daß

wir bspw. vergessen, daß der „Walfisch“ keineswegs „in Wirklichkeit“ ein „Säugetier“ ist, sondern nur deswegen, weil „Walfisch“, „Säugetier“ und „Fisch“ auf ganz bestimmte Weise definiert worden sind und verwendet werden (sollen). Andererseits könnte es zuweilen von Vorteil sein, sich dieser Definitionsbedingtheit zu erinnern - dann etwa, wenn man in Streit darüber gerät, was der Wal denn nun „in Wirklichkeit“ ist.

Konstruktivismus als Erkenntnistheorie

Der Konstruktivismus ist natürlich nur vom Namen her neu. Inhaltlich bestehen Parallelen und Überschneidungen mit verschiedenen philosophischen Schulen und Richtungen, etwa der pyrrhonischen Skepsis, dem Relativismus oder moderneren wissenschaftshistorischen und wissenssoziologischen Ansätzen. Sie im Einzelnen aufzuführen erscheint hier nicht notwendig, da es nicht um die Originalität des Konstruktivismus geht. Doch einige Aspekte sollen gestreift werden.

Daß eine objektive und wahre Erkenntnis der Wirklichkeit, der Dinge wie sie wirklich sind, nicht ohne weiteres möglich ist, ist das Grundthema und gleichzeitig das Grundproblem aller Erkenntnistheorie. Letztlich versucht man Anhaltspunkte dafür zu erarbeiten, die es ermöglichen, erworbene Erkenntnis auf ihren Wahrheitsgehalt, ihre Annäherung an die Wirklichkeit zu überprüfen. Bis heute ist man bestrebt, Kriterien zu erhalten, die eine Annahme des Fortschritts des menschlichen Wissens und der Erkenntnis legitimieren - und damit auch alle Anstrengungen und den Aufwand rechtfertigen, die zu dieser Wissenserweiterung führen sollen.

Einsteins, in einem Gespräch mit Heisenberg gegen den Empirismus geäußerte Feststellung, „es ist durchaus falsch, zu versuchen, eine Theorie nur auf beobachtbaren Größen aufzubauen. In Wirklichkeit tritt gerade das Gegenteil ein. Die Theorie bestimmt, was wir beobachten können“ (zit. nach Watzlawick 1978, S. 70) ist aus konstruktivistischer Sicht einleuchtend. Doch widerspricht sie der uns viel plausibleren Auffassung, wonach unsere Auffassung von der Welt davon zumindest mitbestimmt wird, was wir sehen und beobachten. Zwei verschiedene Annahmen stehen sich gegenüber, und man wird unweigerlich in eine Zwickmühle geraten, sollte man versuchen wollen, die beiden einander widersprechenden Annahmen in einer Erkenntnistheorie miteinander vereinbaren zu wollen. Sie sind, wie man heutzutage sagt, miteinander „nicht kompatibel“.

Es gibt mittlerweile eine Reihe von Versuchen, *Die Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache* (Fleck 1980), *Die Fabrikation von Erkenntnis* (Knorr-Cetina 1984), oder *The Construction of Scientific Facts*, Latour/Woolgar 1979) - um nur einige der bekannteren Titel zu nennen - darzustellen und nachzuzeichnen. Eine der eindrucksvollsten, weil sowohl klarsten als auch konsequentesten Arbeiten ist sicherlich Ludwik Flecks Arbeit aus dem Jahr 1935, in der er die „Entstehung“ der Syphilis am Beispiel ihrer Erforschung nachvollzieht. Flecks Buch wurde so gut wie kaum beachtet und erst Ende der siebziger Jahre wieder entdeckt.

„Syphilis an sich“, so Fleck (1980, S. 55) „existiert nicht.“ Eine Definition von „Syphilis“ sei erst in einem jahrhundertelangen Definitionsprozeß entstanden, währenddessen sich „Denkkollektive“ gebildet, zusammengesetzt, miteinander konkurriert und wieder verändert haben, bevor schließlich eine bestimmte, für alle verbindliche Festlegung erfolgte. „Es ist aber darauf hinzuweisen, daß auch heute jeder die Wassermann-Reaktion [d.h. den Syphilis-Test] selbständig Ausführende eine umfangreiche Erfahrung gewinnen muß, bevor er zu guten Resultaten gelangt. Durch diese Erfahrung nimmt man erst am Denkstil teil und sie allein ermöglicht das Wahrnehmen der Syphilis-Blut-Beziehung als bestimmter Gestalt“ (Fleck 1980, S. 126f). Er weist darauf hin, daß auch das Wahrnehmen wissenschaftlich anerkannter Tatsachen und Eigenschaften erst gelernt werden muß, durch Einübung in einen bestimmten „Denkstil“ wird es erst langsam erworben und gelernt. „Die Einweihung in einen Denkstil, also auch die Einführung in eine Wissenschaft sind erkenntnistheoretisch jenen Einweihungen analog, die wir aus der Ethnologie und Kulturgeschichte kennen“ (Fleck 1980, S. 137).

Dies führt, wie es Welsch ausdrückt, zu der „Einsicht, daß unser Erkennen die Wirklichkeit nicht einfachhin wiedergibt, sondern erzeugt. Fakten - auf diese treffende Formel hat man das gebracht - sind *Fakten*, sind *gemacht*. Oder: Tatsachen sind *Tat*-sachen“ (Welsch 1992, S. 50).

Kuhn, der Flecks Arbeit kannte und sie im Vorwort zu *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen* erwähnt, ist weit weniger konsequent, und auch Berger/Luckmann unternahmen mit *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit* einen vergleichsweise halbherzigen Versuch. Ebenso wie Watzlawick noch 1978 (vgl. besonders S. 141ff) beschränken sie sich meist auf eine Zweiteilung der Wirklichkeit - in eine subjektive und eine objektive. Es wird die inzwischen unbestrittene Überlegung berücksichtigt, daß es von Subjekt zu Subjekt unterschiedliche Auffassungen, Darstellungen und Erklärungen von Wirklichkeit gibt. Und gleichzeitig kann jedoch

dabei an der vertrauten Annahme einer wirklich existierenden Welt festgehalten werden, die auch erforscht werden kann und muß. Daß auch dies nur eine Annahme ist, wird von den Vertretern dieses als „trivial“ bezeichneten Konstruktivismus vernachlässigt.

Demgegenüber verzichtet der „radikale“ Konstruktivismus auf die Annahme einer objektiven Welt und akzeptiert damit den Verzicht auf die traditionelle Vorstellung von Theorien, die der Wirklichkeit möglichst nachgebildet sein müssen: „Der radikale Konstruktivist hat ein für allemal dem ‚metaphysischen Realismus‘ abgeschworen“ (v. Glasersfeld 1985, S. 23). Dieser Verzicht wird erleichtert durch das Verständnis von Theorien als Werkzeugen für den Umgang und die Auseinandersetzung mit Fragestellungen, Problemen oder Krisen und damit als etwas, was seinen Wert nicht von vorneherein und per se besitzt, sondern ihn immer erst in einer bestimmten *Situation* und *für jemanden* bekommen kann (nicht muß). Das möglicherweise Sicherheit gebende Gefühl, zumindest ein Stückchen der Wahrheit erfahren zu haben, kann diese Perspektive nicht vermitteln, wohl aber die Überzeugung, im Bedarfsfall den Werkzeugkasten als Werkzeugkasten zu verstehen, der mir freistellt zu entscheiden, welches der in ihm enthaltenen Instrumente ich daraus verwenden will: Auch wenn sich beim Herausziehen von Nägeln aus einer Wand die Zange viele Male als das geeignetste Werkzeug erwiesen hat, werde ich mich hüten, sie deswegen als „richtiger“ oder „objektiver“ als bspw. Schraubenzieher, Säge oder Hammer zu bewerten. Eine solche Auffassung könnte dazu führen, daß es problematisch wird, sobald ich Holz zerteilen oder verschiedene Teile zusammenfügen muß. U.U. wäre ich aufgrund der Annahme der scheinbaren „Richtigkeit“ der Zange dann nicht mehr in der Lage, andere Werkzeuge für mein Vorhaben auch nur in Betracht zu ziehen oder gar auszuprobieren.

Dies gilt auch für den erkenntnistheoretischen Ansatz des Konstruktivismus selbst: Denn „wer das verstanden hat, wird es als selbstverständlich betrachten, daß der radikale Konstruktivismus nicht als Abbild oder Beschreibung einer absoluten Wirklichkeit aufgefaßt werden darf, sondern als ein mögliches Modell der Erkenntnis in kognitiven Lebewesen, die imstande sind, sich auf Grund ihres eigenen Erlebens eine mehr oder weniger verlässliche Welt zu bauen“ (v. Glasersfeld 1985, S. 37).

„Am Abgrund des Relativismus“?

Konstruktivismus hat, wie bereits angeführt, Gemeinsamkeiten mit dem Relativismus und der Skepsis. Beide sind „gefürchtet“ und als destruktiv, gefährlich, „heillos“ verschrien, als zu Resignation und Handlungsunfähigkeit verführend. So wird

Skeptikern schon immer der Vorwurf des Solipsismus gemacht, Elias verwirft die für ihn als aus dem historischen Relativismus folgende „Vorstellung von der Geschichte als einem ordnungslosen Kommen und Gehen auf immer der gleichen Entwicklungsstufe“ (1977, S. 137), das der Mythenbildung und damit der „Edelpropaganda für bestimmte Staaten“ oder Menschengruppen dienen könne, und May nannte sein, allerdings 1941 erschienenes Buch *Am Abgrund des Relativismus*. Und auch Kuhn möchte sich unbedingt abgrenzen, wenn er von seinem eigenen Ansatz behauptet: „Dies ist keine relativistische Position, und in diesem Sinne bin ich fest überzeugt vom wissenschaftlichen Fortschritt“ (Kuhn 1976, S. 217).

Alle drei Ansätze - Skepsis, Relativismus und Konstruktivismus - gehen davon aus, daß es letztlich unmöglich ist, etwas Wahres zu erkennen und zu sagen. Interessant ist, daß diesen Ansätzen weniger vorgeworfen wird, daß sie falsch, also unwahr sind (und damit wird, unbeabsichtigt, ihren Kernaussagen Rechnung getragen), als vielmehr, daß sie gefährlich sind (vgl. auch Feyerabend 1981, S. 134ff, der vom „Gespenst des Relativismus“ spricht, das dessen Gegner beschwören würden). Doch woher kommt diese Gefährlichkeit, das Gefühl der Bedrohung, das sie vermitteln? Sie ist letztendlich das Ergebnis und die Folge mangelnder Bereitschaft, die Argumentation dieser Ansätze konsequent zu durchdenken.

Als entscheidend wird die daraus resultierende fehlende Antwort auf die „Urfragen des menschlichen Daseins“ wie die Sinnfrage oder die Frage nach der endgültigen Wahrheit betrachtet. Ein relativistischer Ansatz kann und will hierauf keine Antwort geben. Hingegen läßt sich mit seiner Hilfe zeigen, daß diese „Urfragen“ nur dann sinnvoll und notwendig sind, wenn man zuvor zum einen die Existenz einer objektiven, wirklichen Wahrheit apriorisch vorausgesetzt hat, und wenn man zum anderen voraussetzt, daß diese objektive Wahrheit auch von einem menschlichen Subjekt erkannt werden kann. Allerdings läßt sich beides ebensogut apriorisch verneinen, woraufhin diese Fragen ihren Sinn verlieren und eher hilflos und naiv wirken. Diese Möglichkeit der Verneinung wird dem Relativismus angekreidet, handelt es sich hierbei doch um scheinbar unverzichtbare Aprioris menschlichen Selbstverständnisses.

Schwerwiegender aber für die so heftige Ablehnung relativistischer Positionen dürfte ein Mißverständnis sein: Man vermutet, daß sie zur Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Resignation, zu vollständiger Lähmung und Handlungsunfähigkeit führen, „weil ja doch alles relativ ist“. Weil die Sinnfrage überflüssig geworden und verloren gegangen sei, soll - so wird vermutet - gleichzeitig auch der Sinn verloren gegangen sein.

Nun machen die Vertreter des Konstruktivismus und des Relativismus weder in ihrem Leben noch in ihren Schriften den Eindruck, als ob sie der Hoffnungslosigkeit und Ziellosigkeit anheim fallen würden oder als ob sie das von anderen erwarten würden.

Denn es wird übersehen, daß man, wenn man von der Nicht-Existenz einer objektiven Wirklichkeit ausgeht, sie auch nicht mehr erkennen und erforschen zu wollen braucht. Nur so lange ich annehme, daß es eine einzige Wirklichkeit und Wahrheit gibt, benötige ich auch die Erkenntnis dieser Wirklichkeit, um bestmöglich handeln und leben, um die sich mir stellenden Probleme gründlich und wirkungsvoll lösen zu können. Nur dann schließen die Hoffnung auf und das Bestreben um das Erkennen der Wirklichkeit immer gleichzeitig auch die Hoffnung auf die Erkenntnis von Handlungsanweisungen ein. Erst indem ich weiß, was wahr und richtig ist, kann ich auch erkennen, wie ich mich („richtig“) zu verhalten habe. Nur das Erkennen und Verstehen der tieferen Zusammenhänge ermöglicht es mir auch, („richtig“) zu handeln. D.h. diese Grundhaltung schließt eine *Ethik* mit ein, eine Regelung dessen also, was richtig und was falsch ist. Der Verantwortung, dies zu entscheiden, fühlt man sich dann entbunden (die Verantwortung besteht dann allein darin, sich um diese Erkenntnis zu bemühen und sich danach zu richten). Auf dem Hintergrund einer solchen „Weltanschauung“, d.h. einer solchen Art, die Welt anzuschauen, muß ein relativistischer, konsequent skeptischer oder konstruktivistischer Ansatz unannehmbar und unausweichlich in die Katastrophe führen.

Der Versuch, anzunehmen, daß wahre Erkenntnis unmöglich ist, und mehr noch, daß es keine genuin richtige und gegenüber anderen objektiv bessere Wirklichkeitserfassung gibt, hat allerdings *nur* vor *diesem Hintergrund* den Verlust aller Sicherheiten zur Folge und muß nur dann, wie es scheint zwangsläufig, in resignierter Hoffnungslosigkeit enden.

Gehe ich aber davon aus, daß es diese objektive, mich in meinen Handlungen leitende Wirklichkeit nicht gibt bzw. sie mir nicht zugänglich ist, so gibt es auch keinen Grund mehr, daran zu verzweifeln oder darüber zu resignieren, daß es nun keinen Anlaß mehr gibt, sie zu erforschen und erkennen zu wollen. Die Notwendigkeit und der Sinn hierfür sind weggefallen.

Zudem wird übersehen, daß Relativismus und Konstruktivismus nicht nur von anderen Annahmen über die Wirklichkeit ausgehen, sondern damit zugleich auch ein anderes Menschenbild implizieren. Sie setzen nicht voraus, daß sich die Handlungsmaßstäbe aus objektiven Maßstäben ergeben (müssen), sondern - ein anderes Erklärungsmodell -

daß das einzelne Individuum immer selbst zu entscheiden hat und auch entscheidet, was es selbst für richtig oder falsch hält. Davon gehen Konstruktivisten auch dann aus, wenn dieses Individuum selbst der Überzeugung ist, sich an objektiv notwendigen oder von der Natur vorgesehenen und vorgegebenen „Gesetzen“ zu orientieren.

„Solange wir daran festhalten, daß unsere Erfahrung zumindest in Teilen eine objektive Welt spiegelt, die von unserem Erkennen unabhängig ist, sind wir nicht gezwungen, uns für die Welt verantwortlich zu fühlen. Immer wenn es unbequem, mühselig oder schmerzhaft ist, etwas zu verändern, können wir uns einfach aus der Verantwortung stellen und sagen: Nichts zu machen, es ist alles so, wie es sein muß! Oder im privaten Bereich: Ich kann nichts dafür, so bin ich eben einmal!

Die so starken emotionalen Reaktionen gegen die Idee, daß wir selbst es sind, die unsere Erfahrungswelt *konstruieren*, entspringen also dem Bedürfnis, *nicht* wahrhaben zu wollen, daß nur wir selbst verantwortlich sind für das, was wir wissen und tun“ (v. Glasersfeld 1992, S. 97).

Es erfolgt eine Trennung zwischen Beschreibung und Erklärung einerseits und der Handlung des Subjekts andererseits. „Relativistisch“ ist nur die Haltung gegenüber Beschreibungen und Erklärungen, nur die Theorien sind „relativ“ und werden als kontextabhängig betrachtet. Damit ist aber der Maßstab für das eigene Handeln nicht etwa verloren gegangen, sondern er wurde auf das Subjekt selbst zurückgeführt. Nur das Subjekt kann über den Zweck und Nutzen seines Handelns entscheiden - eingeschlossen seiner Wahl zwischen verschiedenen Erklärungsansätzen.

Konstruktivismus braucht nicht zu bedeuten, daß es sich nicht mehr lohnt, irgendetwas zu tun oder überhaupt zu leben - dies wird nur dann die Konsequenz sein, wenn man zugleich an der Maxime festhalten will, die Wahrheit zu erkennen und optimal nach ihr zu leben (darunter kann man bspw. verstehen „nach dem Willen Gottes“ oder auch „im Einklang mit der Natur“). In diesem Fall wird man sich weigern (! - die Freiheit dazu besteht), einen konstruktivistischen Standpunkt einzunehmen, und sich entscheiden (!), weiterhin an der Suche nach der Wahrheit festzuhalten.

Eine idealistische Begründung für diese Weigerung formuliert May: „Und wenn wir aus der Geschichte der deutschen Philosophie und Wissenschaft ersehen, daß gerade unsere besten Forscher und Denker in seltener Einmütigkeit an dem Ideal der einen absoluten und überzeitlichen Wahrheit festgehalten, ja sich im Dienste dieses Ideals aufgezehrt und hingeopfert haben, dann können wir uns nicht dazu verstehen, in der Preisgabe der ewigen Wahrheitsidee etwas Erstrebenswertes zu erblicken“ (May 1941, S. 297).

Es geht nicht darum, diese weit verbreitete Haltung abzuwerten - es geht nur darum zu zeigen, daß diese vom konstruktivistischen Standpunkt aus um nichts eher richtig oder falsch ist als eine relativistische Haltung, sondern lediglich auf anderen Prämissen beruht. Doch die Wahl der Prämissen trifft das Subjekt selbst, sie ist ihm nicht vorgegeben. (Dies ist im übrigen selbst May bewußt, wenn er schreibt: „Denn wenn wir auch glauben, die richtigen Wege aufgezeigt zu haben, die zur Überwindung des Relativismus hinführen, so konnten wir diese Wege doch nur als Möglichkeiten eröffnen. Immerhin gibt es diese Möglichkeiten - das mußte und muß uns genügen“ - May 1941, S. 14).

Der Konstruktivismus setzt voraus, daß der Einzelne selbst das Raster, die Gesetze vorgibt, nach denen er die Wirklichkeit betrachtet. Damit legt er gleichzeitig einen Sinn in die von ihm erlebte Wirklichkeit - indem er diesen Sinn „entdeckt“.

Die Chance des Konstruktivismus, der selbst nur ein Werkzeug ist und keine Glaubensrichtung, liegt im Bedarfs- und Krisenfall. Dann, wenn man Probleme bekommen hat in einer bestimmten Situation und keinen Ausweg mehr erkennt, kann er eine gewisse Gelassenheit bewirken - Gelassenheit im Umgang mit Vorstellungen, Gedankengebäuden, Theorien und der Auseinandersetzung zwischen unterschiedlichen Vorstellungen und Theorien. Aus konstruktivistischer Sicht erübrigt sich die Wahrheitsfrage und es wird verständlich, warum jeder für sich selbst beanspruchen zu dürfen glaubt, im Recht zu sein. Darüberhinaus kann Konstruktivismus zu einer toleranteren Haltung gegenüber andersdenkenden und andersgläubigen Menschen führen. Der Mythos und Irrtum des Anderen ist dann nicht weniger „mythisch“ und „irrtümlich“ als die eigene scheinbar so (besser)wissende und aufgeklärte Sichtweise, selbst wenn man mit der Welt-Anschauung des Anderen gar nicht zurecht kommt.

Gleichzeitig verliert der Versuch, möglichst wahre und richtige Theorien zu formulieren, an Sinn. Konstruktivismus ermöglicht nicht eine Methode, bessere Theorien zu erstellen, sondern einen anderen, u.U. brauchbareren Umgang mit Theorien.

Dies schließt die am meisten versprechende Perspektive mit ein: Wenn wir aus der Annahme, wir selbst konstruieren das, was wir als Wirklichkeit wahrnehmen und erleben, den Schluß ziehen, daß wir selbst es in der Hand haben, diese Wirklichkeit im Bedarfsfall möglicherweise auch wieder dekonstruieren und anders rekonstruieren zu können. Nicht nur ist es möglich, unsere Wirklichkeitsauffassung als relativ zu erleben, sondern wir können uns aufgrund dieser Annahme auch die „Erlaubnis“ geben, andere

Sichtweisen und Auffassungen zunächst auszuprobieren und, sofern sie geeignet sind, einzunehmen.

Drogenabhängigkeit als Erklärungsprinzip

„Man versteht darunter, einen Menschen von außen her zu studieren, als wäre er ein riesiges Insekt, und das nennt man dann objektive und unparteiische Betrachtung. Ich möchte das lieber eine mitleidlose Leichensektion nennen! [...] Nicht nur, daß uns diese Betrachtungsweise keine neuen Erkenntnisse zu vermitteln vermag - nein, oft löscht sie sogar das, was wir bereits wissen, aus. Das bedeutet, daß wir einen Freund wie einen Fremden behandeln, daß wir so tun, als ob uns etwas nahes Vertrautes in Wirklichkeit fern und geheimnisvoll sei.“

Gilbert Keith Chesterton, Das Geheimnis des Pater Brown

Auf dem Hintergrund des Konstruktivismus lassen sich Drogenabhängigkeit und Sucht - als gesellschaftliche und individuelle Probleme, als Phänomene, als Definitionen, als Theorien - neu verstehen und anders einordnen. Die Fragen,

- *Gibt es Drogenabhängigkeit wirklich?* und
- *Wenn ja, wie ist sie korrekt zu beschreiben, zu definieren und zu erklären?*

verlieren an Gewicht und Bedeutung. Es wird aus der Perspektive der Konstruktivisten überflüssig, nach wahren Antworten auf diese Fragen zu suchen, weil sie immer nur innerhalb ihres Bezugsrahmens, ihres Kontextes beantwortet werden können.

Demnach ist Drogenabhängigkeit das, was wir (jeweils) darunter verstehen, d.h. definieren. Die Definition und die damit verbundenen Beschreibungen und Erklärungen sind Grundlage und Ausgangspunkt für eine bestimmte Sichtweise, einen Blickwinkel: Erklärt und beschreibt man ein bestimmtes Verhalten per Definition als „Drogenabhängigkeit“, so bleibt einem nichts anderes übrig, als sich solcherart definiertes Verhalten durch Drogenabhängigkeit zu erklären und zu beschreiben.

Drogenabhängigkeit läßt sich damit im Anschluß an Gregory Bateson, ebenso wie Instinkt oder Schwerkraft, als ein „Erklärungsprinzip“ verstehen. Ein Erklärungsprinzip „erklärt in Wirklichkeit nichts. Es ist eine Art konventionelle Übereinkunft zwischen Wissenschaftlern, die dazu dient, an einem bestimmten Punkt mit dem Erklären der Dinge aufzuhören“ (Bateson 1983, S. 74). Das Erklärungsprinzip selbst wird nicht mehr

erklärt. Es wird einfach als gegeben vorausgesetzt. Es wird nicht in Frage gestellt oder problematisiert.

„Drogenabhängigkeit“ ist demnach ein solches Erklärungsprinzip. Sie wird in unserer Gesellschaft nicht ernsthaft in Frage gestellt, sondern als gegeben vorausgesetzt. Die Überlegung, ob es sich dabei um eine „Erfindung“ oder „Konstruktion“ handelt, wird als für die Praxis als nicht relevant gesehen. Auch wenn eben noch unklar ist, welches Verhalten und welche Phänomene mit diesem Erklärungsprinzip erklärt werden sollen/dürfen und welche nicht.

Denn auf welches Verhalten konkret sich ein solches Erklärungsprinzip bezieht, hängt einerseits davon ab, wer wofür eine Erklärung benötigt oder zur Verfügung haben möchte, und andererseits, wer die Macht hat, seine Definition durchzusetzen. In der Sprache der Kybernetik gesprochen, handelt es sich bei den möglichen Definitionen dann jeweils um ein System, um eine Liste von Kennzeichen (Variablen), die von Menschen (Experimentatoren/Beobachtern) zusammengestellt worden sind.

Selbstverständlich ist Drogenabhängigkeit damit als ein Konzept, als ein von menschlichen Subjekten gestaltetes Konstrukt (und damit immer auch soziales Konstrukt) anzusehen, nicht anders als andere Systeme oder Konzepte auch. Bateson selbst verweist in dem zitierten „Metalog“ auf Instinkt und Schwerkraft, aber auch bei „Familie“, „Gesellschaft“, „Kontrolliertem Trinken“, „Autonomie“ oder „Säugetier“ handelt es sich um Konstrukte, die erst dadurch entstehen, daß wir bestimmte Definitionen und Raster verwenden. (Zur leichteren Vorstellung: Niemand sieht „tatsächlich“ eine Familie, ein Säugetier, Kontrolliertes Trinken oder eben Drogenabhängigkeit: All dies sind Erklärungen, Beschreibungen, Vorstellungen, Ordnungsmuster, die wir unserem Sehen begeben.)

Wir nehmen eine Gruppe von Menschen als Gruppe, als Familie oder als Gesellschaft erst dann wahr, wenn wir eine Vorstellung davon haben, was wir darunter verstehen wollen. Daß mit Begriffen wie „Familie“ und „Gesellschaft“ inzwischen feste Vorstellungen verbunden werden, hängt offensichtlich mit der Dauer ihrer Verwendung und der Nützlichkeit ihrer Verwendung zusammen.

Auch die Begriffe der Drogenabhängigkeit und des Alkoholismus sollen nützlich sein, sie sollen bestimmten Zielen dienen: abweichendes Verhalten beim Konsum bestimmter Stoffe soll zunächst beschrieben und dann erklärt werden, um schließlich nach Möglichkeit Einfluß darauf nehmen zu können.

Mit Drogenabhängigkeit erklärt man sich ein Verhalten, das „nicht normal“ ist, das von der Art und Weise, wie mehrheitlich mit einem Stoff umgegangen wird, abweicht. Die Konsumenten gebrauchen die Drogen in einer von der Norm abweichenden Weise, d.h. nicht so, wie das in unserer Gesellschaft verbreitet ist und deshalb auch als gesund, natürlich, richtig oder zumindest nicht als in besonderer Weise besorgniserregend aufgefaßt wird.

„Normales Verhalten“ ist in der Regel nicht erklärungsbedürftig, eben weil es den Auffassungen und Wertvorstellungen der Gesellschaft oder Gruppe entspricht. Solange man die Normen teilt und mit der Trennlinie zwischen normal und abweichend, zwischen selbstverständlich und erklärungsbedürftig übereinstimmt, mag man diese Normen sogar für unbezweifelbar und absolut halten. Man vergißt allerdings möglicherweise dabei (eben, weil sie einem „in Fleisch und Blut übergegangen“ sind), daß Normen keine dem menschlichen Wesen von der Natur vorgegebenen und für alle Zeiten festgezurrten Einstellungen sind. Sie verändern sich vielmehr ständig, sind laufend Modifizierungen unterworfen, die allerdings nicht im Prozeß selbst als solche wahrgenommen werden können. Daß es sich um Normen, Wertvorstellungen und Auffassungen handelt, ist gerade daran zu erkennen, daß sie sich im Laufe der Zeit verändern und von Gesellschaft zu Gesellschaft unterschiedlich sind bzw. sogar selbst wesentliche Unterscheidungsmerkmale darstellen.

Allzu leicht und schnell wird allerdings vergessen, wie sehr das Erkennen und die Unterscheidung abweichenden Verhaltens von denjenigen, die unterscheiden, und ihren spezifischen Normen abhängt. Man übersieht, daß entgegen den alltäglichen (sozialwissenschaftlichen) Vorstellungen „abweichendes Verhalten keine Qualität der Handlung (ist), die eine Person begeht, sondern vielmehr eine Konsequenz der Anwendung von Regeln durch andere. [...] Abweichendes Verhalten ist Verhalten, das Menschen so bezeichnen“ (Becker 1981, S. 8).

Demnach ließe sich abweichendes Verhalten auch als von der Gesellschaft selbst produziert verstehen, da sie es ist, die die Normen vorgibt und ein Ordnungssystem erstellt, anhand dessen das Verhalten Einzelner als normal oder abweichend beurteilt und klassifiziert werden kann.

Die Schwere und Bedeutung einer Normabweichung (und damit der Handlungs- und Reaktionsbedarf, den man daraus entstehen sieht) ergibt sich jedoch nicht allein aus der Entfernung zum Mittelwert des Normalen. Tatsächlich stellen Normen lediglich einen rechnerischen Mittelwert mit spezifischer historischer und kultureller Gültigkeit dar.

Kleinere und auch größere Abweichungen hiervon sind damit die Regel. Nicht jede „Schrulle“, und sei sie auch noch so absonderlich, verlangt nach Erklärungen und Interventionen. Schwere und Bedeutung ergeben sich hauptsächlich daraus, welche Aufmerksamkeit und welches Gewicht man dieser Norm, ihrer Einhaltung und damit auch ihrer Nicht-Einhaltung beimißt.

Je nachdem, wie sehr abweichende Verhaltensweisen auffallen und als bedrohlich oder gefährlich erlebt werden, wird auf sie reagiert: Man wird sich um eine Erklärung für dieses Verhalten bemühen und sich dann überlegen, ob man versucht, dieses Verhalten zu verhindern oder zu unterbinden. Dabei wird die Erklärung notwendig als Legitimation für den Versuch des Eingreifens und der Veränderung.

Schließlich können sich auch die Schwere und Bedeutung einer Normabweichung noch durch die Erklärung, die man ihr gibt, wie auch durch die Wirksamkeit bei dem Versuch, sie zu verhindern, verändern. So hat „das Drogenproblem“ sicherlich als Problem allein dadurch immer größeres Gewicht bekommen, daß es sich nicht wie geplant einfach durch eine restriktive Drogenpolitik beheben ließ.

Der Konsum von Stoffen wie Alkohol, Heroin, Kokain, bestimmten Medikamenten u.a. wird, sofern er in erheblichem Maße von dem abweicht, was in unserer Gesellschaft als üblich bezeichnet wird oder erlaubt und (bei Medikamenten) vom Arzt verordnet worden ist, als Ausdruck von Drogenabhängigkeit definiert, beschrieben, erklärt.

Darüberhinaus bezeichnet man seit einigen Jahren auch eine Reihe von Verhaltensweisen, sobald sie in besonderem Maße von der Norm abweichen als Ausdruck einer „nichtstoffgebundenen Drogenabhängigkeit“ (vgl. Herwig-Lempp 1987b, Lieb 1992). Insbesondere seien hier die Eß-/Brechsucht, die Spielsucht und der Workoholism (Arbeitssucht) genannt, wobei diese sogenannten „Neuen Süchte“ erst die Ideen für weitere Formen bisher nicht entdeckter Abhängigkeiten lieferten (Sexsucht, Liebessucht etc.). Eine weitere psychosomatisch-psychiatrische Erkrankung, bereits seit Jahrhunderten bekannt unter dem Namen „Magersucht,“ wird erst neuerdings als eine weitere Form der Drogenabhängigkeit ohne Drogen klassifiziert.

Gemeint ist dabei, als Kerndefinition von „Drogenabhängigkeit“, daß aus dem Verhalten der Person geschlossen werden kann (und muß), daß sie selbst keine Kontrolle mehr darüber hat, ob und wieviel sie von den jeweiligen Stoffen konsumiert bzw. allgemeiner, wie sie sich in bezug auf eine bestimmte Verhaltensweise oder Tätigkeit (Alkoholkonsum, Heroinkonsum, Essen mit anschließendem selbstinduziertem Erbrechen, Glücksspiel) verhält.

Die Person kann nicht anders als sich so zu verhalten, wie sie es tut, sie hat keine Herrschaft mehr über sich selbst, sie kann ihren Willen nicht mehr umsetzen - oder sie will sich nicht mehr so verhalten, wie sie es eigentlich tun müßte, wenn sie normal wäre. Soweit das Erklärungsprinzip der Abhängigkeit.

Woran nun genau zu erkennen ist, daß Abhängigkeit vorliegt, an welchen physischen, psychischen, sozialen, biologischen oder chemischen Phänomenen sie festgemacht werden kann, wie sie sich ausdrückt und warum sie entsteht, d.h. ihre Beschreibung, Definition und Erklärung - das ist von Theorie zu Theorie unterschiedlich.

Das Erklärungsprinzip „Autonomie“

Alice lachte. „Ich brauche es gar nicht zu versuchen“, sagte sie; „etwas Unmögliches kann man nicht glauben.“

„Du wirst darin eben noch nicht die rechte Übung haben“, sagte die Königin. „In deinem Alter habe ich täglich eine halbe Stunde darauf verwendet. Zu Zeiten habe ich vor dem Frühstück bereits bis zu sechs unmögliche Dinge geglaubt. Da fliegt der Schal wieder weg!“

Lewis Carroll, Alice hinter den Spiegeln

Nicht alle abweichenden Verhaltensweisen werden in gleicher Weise aufgefaßt, nicht immer ist „Abhängigkeit“ die Erklärung dafür, warum jemand sich völlig anders verhält als andere. Zwei Grundgruppen von Erklärungen dafür, warum jemand sich nicht so verhält, wie andere auch, kann man unterscheiden: „Er/sie will nicht“ und „er/sie kann nicht“. Welcher der beiden Gruppen die Person zuzuordnen ist, spielt nicht selten eine Rolle. Ob die Person „schuldig“ oder „krank“, ob sie *Verrucht oder verrückt* (Marzahn 1989) ist (auf Englisch „bad or mad?“), ist entscheidend für die Frage, ob die Justiz oder die Medizin zuständig ist. An dieser Frage entwickelte sich bereits im 18. Jahrhundert ein Machtkampf um die Zuständigkeit dieser Berufsgruppen, der bis heute andauert. Insgesamt haben dabei die Juristen Boden an die sich entwickelnde Psychiatrie verloren, denn immer stärker sind sie auf „Sachverständige angewiesen, die vorab definieren, was überhaupt ‚der Fall‘ ist. Erst dann kann der Sachverhalt unter Rechtsnormen subsumiert werden“ (Marzahn 1989, S. 443).

Drogenkonsum wurde zunehmend häufiger unter der Kategorie „krank“ verstanden. Für das Erklärungsprinzip Drogenabhängigkeit gilt, daß die davon betroffenen Menschen nicht anders können. Allerdings heißt dies nicht, daß wir nicht anders könnten, als dieses Erklärungsprinzip auf dieses Verhalten anzuwenden, daß wir dem Konzept der

Drogenabhängigkeit ausgeliefert sein müßten, seine Handhabung nicht mehr unter Kontrolle hätten, was sich nach Robinson (1972, *The Alcoholic's Addiction*) oder mit Lieb („viele Suchtdiagnosen stellen ist Suchtdiagnosensucht“, 1992, S. 414) dann als die Abhängigkeit des Abhängigkeitsfachmanns von der Abhängigkeit, ein neues Konstrukt, benennen ließe.

Vor nicht allzu langer Zeit wurden diese Verhaltensweisen, die wir heute als Ausdruck von Drogenabhängigkeit wahrnehmen, noch damit erklärt, daß jemand eine bestimmte Vorliebe für oder Neigung zu diesen Stoffen habe, daß er der eigenen Lust auf der Grundlage des eigenen Willens und selbstbestimmten Handelns nachgehe.

Das in den letzten beiden Jahrhunderten entstandene Paradigma der Trunksucht „stellte einen radikalen Bruch mit den traditionellen Auffassungen zu Problemen dar, die mit Alkoholgenuß verbunden sind. Während des 17. und des größten Teils des 18. Jahrhunderts galt die Ansicht, daß die Menschen tranken und sich berauschten, weil sie es *wollten* und nicht, weil sie es *mußten*,“ (Levine 1982, S. 213).

Das Abhängigkeitskonzept, zunächst für Alkohol entwickelt, dann erst für andere Stoffe wie Opium und dessen Derivate (ebd.), wurde ausgebaut bzw. immer weiter differenziert. Es stellt aus konstruktivistischer Sicht eine Möglichkeit dar, Verhalten zu definieren und entsprechend zu beobachten und zu erklären. Interessanterweise fällt es vielen schwer, das Gegenkonzept zu Abhängigkeit ohne weiteres zu benennen, wenn man sie fragt: „Wie und warum konsumiert jemand Drogen (Alkohol, Nikotin, illegale Drogen), wenn er *nicht* davon abhängig ist? Wie läßt sich dieses Konzept benennen?“

„Normales“ Verhalten ist, ein anderes Wort dafür, unauffällig. Es besteht in der Regel kein Erklärungsbedarf dafür, weil es nicht in besonderer Weise wahrgenommen wird. Dennoch gibt es hierfür ein Erklärungsmuster, das jedoch selbst wiederum so normal und selbstverständlich ist, daß es von uns in der Regel nur implizit verwendet wird, wir uns dessen nicht bewußt sind: Autonomie.

Simon et al. formulieren es folgendermaßen: „Der einzelne Mensch ist autonom, das heißt er handelt nach seinen inneren Wertmaßstäben, seiner persönlichen Wirklichkeitskonstruktion, seinem Weltbild, seinen Motiven und Zielen entsprechend“ (1992, S. 63).

Es handelt sich um genau dasjenige Erklärungsmuster, das wir im alltäglichen Umgang mit unseren Mitmenschen und uns selbst zugrunde legen. A priori setzen wir uns selbst und zumindest unsere Freunde und Bekannten als handelnde Subjekte mit eigenem

Willen und Wertmaßstäben voraus, wo auch das Anderssein (solange es die Grenzen des Erlaubten, Anerkannten nicht verletzt) keiner weiteren Begründung mehr bedarf.

Dabei nehmen wir selbstverständlich an, daß wir autonom und selbständig sind, daß wir das, was wir tun, deshalb tun, weil wir es wollen. Dies gilt selbst dann als (ausreichende) Erklärung, wenn wir etwas ungerne oder gezwungenermaßen tun. Denn nicht, weil wir - trotz gegenteiliger umgangssprachlicher Redewendung - „keine andere Wahl“ gehabt hätten, sondern weil die uns zur Verfügung stehenden Alternativen bzw. die für uns erkennbaren Alternativen nach unserer Bewertung noch schlechter sind als die von uns gewählte, handeln wir so, wie wir handeln: Unter den aus unserer Perspektive uns offenstehenden Möglichkeiten wählen wir die aus, die uns am besten erscheint, wobei wir selbst die Wahl treffen, sie in Handeln umsetzen und auch die Folgen tragen.

Autonomie bezeichnet das Recht, sich selbst Gesetze zu geben: Jeder legt selbst die Regeln und Gesetze, die Ziele und Maßstäbe fest, nach denen er lebt. Dies heißt nicht, daß er sich nicht an anderen orientiert und orientieren muß, doch bleibt ihm die Entscheidung nicht erspart. Zentrale, mit dem Autonomie-Konzept korrespondierende Begriffe sind Selbständigkeit, Verantwortung, Eigensinn (die Fähigkeit, selbst Sinn herzustellen), Willensfreiheit und Willkür (d.h. die Fähigkeit, nach Gutdünken und freiem Ermessen zu handeln, vgl. Deutsches Wörterbuch Bd. 30, 1960, S. 205).

Das autonome Subjekt ist keine Maschine, weder eine triviale (d.h. nach einfachen, beobachtbaren, beschreibbaren und handhabbaren Gesetzen funktionierend), noch eine nicht-triviale, „chaotische“ Maschine (d.h. zwar gesetzmäßig funktionierend, aber aufgrund ihrer Komplexität nicht durchschaubar und daher auch nicht handhabbar. Zu den trivialen und nicht-trivialen Maschinen vgl. v. Foerster 1985b). Es ist nicht abhängig von irgendwelchen objektiven Gesetzen und Funktionen. Interessanterweise scheint es nicht zu gelingen, ein nicht-mechanistisches Modell oder Beispiel für autonome Subjekte zu finden.

Autonomie hat dabei mit *Zurechnungsfähigkeit* im doppelten Sinn zu tun: Der Mensch gegenüber, das „autonome Subjekt“, wird für zurechnungsfähig gehalten. Doch ist diese Zurechnungsfähigkeit, wie auch die anderen oben genannten Fähigkeiten (selbst Sinn herzustellen, Verantwortung zu übernehmen, eigenen Willen zu haben), keine Fähigkeit im herkömmlichen Verständnis, also keine Eigenschaft, sondern ein Etikett, eine Zuschreibung, die Anwendung einer Beschreibung auf den anderen: *Ich rechne ihm diese Fähigkeit zu.*

Daraus folgt, daß ich mir das Verhalten des anderen nicht mehr aus dem Nichtfunktionieren normaler Funktionen erkläre, sondern unterstelle, daß er seine „guten Gründe“ dafür haben wird, sich so zu verhalten, wie er sich verhält: Er wählt unter den ihm erkennbaren Alternativen die für ihn beste aus. Immer. So die vorausgesetzte Annahme. Diese „guten Gründe“ sind damit ausreichend und erschöpfend begründet, sie sind mit „freie Entscheidung“, „Eigensinn“, „Lust“, „Bedürfnis“, „Interesse“ etc. für uns dann hinreichend erläutert.

Dieses Erklärungsprinzip der Autonomie und damit des Rechts und der Fähigkeit des Individuums, über sich selbst und seine Belange bestimmen zu können, beschreibt nach diesem Verständnis ebensowenig eine „Eigenschaft“ des Subjekts wie das Erklärungsprinzip der Abhängigkeit: Sie wird dem Mitmenschen zugesprochen und von vorneherein vorausgesetzt. Es ist *eine* Möglichkeit, dem anderen zu begegnen und ihn zu verstehen, wenn auch nicht die einzige.

Efran et al. (1988) sprechen statt von einem Erklärungsprinzip von Metaphern. Begriffe wie „Selbst-Kontrolle“, „Wahl“, „Willenskraft“, „Gewohnheiten aufgeben“, „motiviert sein“ verstehen sie metaphorisch. „Wenn sie auch keine nützlichen Beschreibungen davon sein mögen, wie lebende Systeme tatsächlich operieren, so liegt der besondere Wert solcher Metaphern darin, bestimmte soziale Arrangements zu stützen und zu definieren. So unterscheiden sich z.B. das Leben in einer Gemeinschaft, das vom Konzept ‚freier Wille‘ organisiert wird, von einer Gemeinschaft, die diese spezifische Idee nicht hervorgebracht hat. Dies trifft zu, egal ob ‚freier Wille‘ ein gutes Merkmal ist, wie der menschliche Organismus funktioniert, oder nicht“ (Efran, Heffner & Lukens 1988, S. 187).

Ob und welches Erklärungsmodell ich verwende, hängt zunächst von mir sowie meiner Grundhaltung und Bereitschaft ab, den anderen als entweder autonomes, selbstbestimmtes Wesen oder aber als getriebenes, geprägtes, determiniertes, inneren und äußeren Zwängen mechanistisch gehorchendes Objekt - ähnlich einer Maschine - zu begreifen. Das Erklärungsprinzip unterlege ich ihm.

Betonen möchte ich ausdrücklich, daß es sich hierbei um ein *Erklärungsmodell* handelt, das dazu dienen kann, Handlungen zu interpretieren. Dies ist jedoch nicht gleichzeitig ein *Handlungsmodell*, d.h. es impliziert nicht so etwas wie eine Aufforderung „nun mußt du selbst wählen“ oder „du mußt dich autonom verhalten“ - als Erklärungsmodell wird es der Betrachtung des Verhaltens des anderen *unabhängig davon, was er tut*, zugrundegelegt.

Interessanterweise scheinen wir, gewissermaßen als Bedingung und Voraussetzung, außer uns selbst auch diejenigen Menschen, zu denen wir eine persönliche Beziehung haben, die wir schätzen, lieben und als Ehe-, Gesprächs- und gleichwertigen Partner in der Interaktion erleben, uns immer mit dem Autonomiemodell zu erklären. Und umgekehrt: Wen ich als gleichwertigen Partner in Alltag, Freizeit und Geschäft um mich haben möchte, wird erst dann für mich attraktiv, wenn ich ihn mir als autonomen, selbstbestimmten Menschen vorstellen kann.

Die Wahl zwischen Erklärungsprinzipien

„Gewiß will ich dich“, sagte das Schneiderlein, „denn du bist das Wunder, das mir versprochen war und das mein verschwundener gläserner Schlüssel befreit hat, und schon jetzt liebe ich dich von ganzem Herzen. Warum jedoch du mich wollen solltest, nur weil ich den Sarg geöffnet habe, scheint mir weit weniger verständlich, und ich hoffe, wenn du erst in deine Rechte wieder eingesetzt bist und wieder über dein Land und deine Leute gebietest, wirst du dir auch das Recht zugestehen, noch einmal darüber nachzudenken und ledig zu bleiben, wenn das dein Wunsch ist. Ich bin ausreichend damit belohnt, das herrliche Gespinnst deines goldenen Haares erblickt und deine weiße und zarte Wange mit meinen Lippen berührt zu haben.“

Und ihr dürft euch wohl fragen, meine lieben unschuldigen Leser, ob diese Worte mehr von seiner Güte oder seiner Schläue künden, denn die Prinzessin schien gar so großen Wert darauf zu legen, ihre Hand aus freien Stücken zu gewähren [...].

Christabel LaMotte, Der gläserne Sarg

Ein Wechsel zwischen den beiden Erklärungsprinzipien findet dann statt, wenn der andere in seinem Verhalten auf eine Art und Weise von der Norm abweicht, die nicht mehr nachvollzogen und akzeptiert werden kann: Er nimmt Drogen, die man selbst niemals nehmen würde, oder er konsumiert Stoffe in einer Häufigkeit, Dosis oder Umgebung so, daß man ihn nicht mehr „versteh“: Es ist unvorstellbar, daß er sich freiwillig dazu entschließen könnte. Im individuellen Fall ebenso wie auf gesellschaftlicher Ebene wird man das Erklärungsmodell wechseln und zum Suchtkonzept übergehen.

Nicht etwa weil der andere, sondern weil man selbst keinen Sinn mehr im Handeln des anderen erkennen kann, versucht man, sich sein Verhalten mit Drogenabhängigkeit zu erklären, d.h. „irgendetwas“ anzunehmen, was verursacht, daß derjenige Drogen in einer Weise konsumiert, wie „es keinen Sinn macht“: Eine körperliche oder seelische

Störung oder Disfunktion, eine genetische oder soziale Fehlprägung oder Fehlentwicklung...

Mit Hilfe des zur Verfügung stehenden, zuvor definierten Suchtbegriffs wird so eine Erklärung herangezogen und dem Betreffenden und seinem Verhalten „übergestülpt“, mit der dem durch diesen Wechsel des Erklärungsmodells nun „süchtig“ Gewordenen seine Eigenständigkeit, Autonomie, Willens- und Handlungsfreiheit (für einen bestimmten Teil seines Verhaltens) abgesprochen wird: „Er/sie weiß nicht mehr, was er will bzw. was für ihn gut ist, sie hat sich selbst nicht mehr unter Kontrolle und handelt unter Zwang.“

Wann der Wechsel von einem Erklärungsansatz zum anderen, von der „Autonomie“ zur „Sucht/Abhängigkeit“ (und im Laufe des Therapieprozesses dann u.U. - sofern das Suchtverständnis des Therapeuten dies zuläßt - auch wieder in umgekehrter Richtung) stattfindet, ist keine Frage der „Qualität“ des Verhaltens selbst.

Dies wird vielmehr bestimmt von der Toleranz- und Verständnisfähigkeit dessen, der eine Diagnose stellen will und zu diesem Zweck eine Definition von Sucht a priori setzt. Welches der beiden Erklärungsmodelle für ein Verhalten herangezogen wird, hängt von dem ab, der die Definitionsmacht und die Wahlmöglichkeit hat - und damit davon, wofür er die Erklärung benötigt, welches Ziel er verfolgt.

Drogenabhängigkeit wird, wie Efran et al. für den Alkoholismus formulieren, zur „Ansichtssache“. Für sie „ist die relevante Frage nicht, ob Alkoholismus eine Krankheit, eine Gewohnheit oder was auch immer ist oder nicht. Die kritische Frage lautet vielmehr: Welche Art der Versprachlichung wird am ehesten nützliche Formen sozialer Koordination in bezug auf das Problemtrinken stützen? Maturanas Theorie fordert uns zu einer direkten Untersuchung verschiedener Wege der Versprachlichung eines Ereignisses auf, ohne erst bestimmen zu müssen, was in einer vorgeblich objektiven Welt ontologisch ‚wahr‘ sei“ (Efran, Heffner & Lukens 1988, S. 187).

Diese Perspektive erlaubt zum einen eine einleuchtende Erklärung dafür, warum es keine Eindeutigkeit bei der Beobachtung und Beschreibung von „Drogenabhängigkeit“ gibt und es auch nicht gelingt, sie herzustellen: Drogenabhängigkeit ist das, was jeder darunter versteht.

Sie erlaubt zum zweiten zu verstehen, warum im Laufe der Zeit Verhaltensweisen, die bislang als „normal“ galten, nun mehr oder minder plötzlich als Ausdruck von Drogenabhängigkeit gesehen werden konnten: Indem ein anderes Erklärungsmuster

zugrundeliegt wurde. Verstehbar ist damit auch, warum immer „neue Süchte“ entdeckt werden und vor allem, wie es möglich ist, diese Entdeckungen zu forcieren. Im Prinzip lassen sich immer neue Süchte konzipieren und „verwirklichen“.

An dieser Stelle soll eine kurze Zwischen-Zusammenfassung erfolgen. Mir ging es bisher darum, folgende Sichtweisen zu konstruieren und innerhalb dieser Arbeit zu etablieren:

1. Die Probleme, die unsere Gesellschaft mit Drogen verschiedenster Art und der Abhängigkeit von diesen Drogen hat, werden trotz aller Versuche nicht geringer.
2. Bei der Erforschung der Drogenabhängigkeit wurde eine Vielzahl von Theorien und Vorstellungen von Drogenabhängigkeit entwickelt, einschließlich Gegentheorien, die behaupten, Drogenabhängigkeit gebe es in Wirklichkeit nicht. Zu einer Lösung des Problems können diese Theorien nicht beitragen.
3. Wir können Wirklichkeit nicht objektiv, d.h. ohne selbst daran beteiligt zu sein, erfahren. Theorien können als Konstrukte betrachtet werden, die ihrerseits unsere Wahrnehmung „der Wirklichkeit“ strukturieren. Sie sollten, um ihre optimale Ausnutzung anzustreben, als Werkzeuge begriffen und verwendet werden.
4. „Drogenabhängigkeit“ kann als ein Erklärungsprinzip verstanden werden, womit bestimmtes Verhalten im Zusammenhang mit dem Konsum bestimmter Stoffe erklärt werden kann. Es beinhaltet u.a. folgende Vorstellungen:
 - Die Person hat in bezug auf den Konsum ihre Selbständigkeit verloren und keine Kontrolle über sich,
 - sie ist nicht mehr selbständig in ihrer Willensentscheidung und ihrer Handlungsfähigkeit,
 - sie hat keine Fähigkeit mehr zu bewerten, was gut und richtig für sie ist,
 - sie wird irgendwie fremdbestimmt und fremdgesteuert,
 - sie ist nicht mehr selbst verantwortlich für ihr Handeln und dessen Folgen,
 - dies ist ein unerwünschter und unnatürlicher Zustand.
5. Dem Erklärungsprinzip der „Drogenabhängigkeit“ läßt sich das der „Autonomie“ gegenüberstellen. Es beinhaltet folgende Vorstellungen:

- Die Person ist autonom und selbstbestimmt,
- sie stellt selbst Sinn her, bewertet selbst, was sie für gut und richtig befindet,
- sie wählt unter den ihr erkennbaren und ihr zur Verfügung stehenden Alternativen jeweils die aus, die sie für die günstigste hält,
- sie ist selbst für ihr Handeln und seine Folgen verantwortlich, sie hat einen „freien Willen“,
- dies ist der nach unseren kulturellen Maßstäben wünschenswerte, „natürliche“ Zustand.

6. Wann welches Erklärungsmodell angewendet wird, liegt nicht in der Natur dessen, auf den es angewandt wird, sondern hängt zunächst davon ab, welche Definitionen zugrundegelegt werden und wer wann welches Erklärungsmodell anwendet: Dem Beobachter kommt die entscheidende Rolle zu.

7. Sofern man sich nicht einer „herrschenden“ Definition verpflichtet fühlt, steht es jedem frei, zwischen diesen Erklärungsprinzipien zu wählen und sie jeweils nach ihrer Nützlichkeit im aktuellen Fall zu beurteilen.

Soweit die Zusammenfassung. Der zweite Teil dieser Arbeit soll die Möglichkeiten in der Praxis, die sich mit dieser Perspektive ergeben, ausloten. Denn daß sich Drogenabhängigkeit als ein Erklärungsprinzip, als eine Konstruktion begreifen läßt, hat für sich allein noch keinen Wert. Entscheidend sind die Auswirkungen, die sich hieraus für die gesellschaftliche Realität „des“ Drogenproblems ableiten lassen.

Nach einer kurzen Auflistung der Vor- und vor allem der Nachteile, die sich aus der Anwendung des Abhängigkeits-Modells ergeben, sollen die Möglichkeiten aufgezeigt werden, die sich bieten, wenn man davon ausgeht, daß Drogenkonsumenten Menschen sind „wie Du und ich“, deren Verhalten man sich auch nicht anders zu erklären braucht, als das sog. „normaler“ Menschen, zumal keine Verpflichtung besteht, abweichendes Verhalten auch mit abweichenden Erklärungsansätzen zu versehen.

Drogenkonsumenten als Subjekte - Unterschiedliche Konsequenzen unterschiedlicher Erklärungsprinzipien

Drogenkonsumenten als Abhängige

In Wirklichkeit schien das Problembewußtsein einen guten Teil des Problems zu erzeugen. Erfahrungen galten dann als verstanden, wenn sie als „Merkmale einer Krankheit oder Sucht“ erkannt worden waren. Die Bereitschaft zum Geständnis wurde mit dem Versprechen auf Heilung, auf Befreiung belohnt. Die Stars unter den Leidenden waren diejenigen, die die Tatsachen ihres Triblebens als Krankheitssymptome beschrieben. Ein junger Mann erzählte im Tonfall eines Gefolterten von der Sucht, abends, wenn er sich allein fühlte, in Kneipen zu gehen und eine Frau kennenzulernen. Der anwesende Experte gratulierte ihm zu seinem Bekennermut: Er habe soeben eine Krankheit beschrieben, an der Millionen Männer unwissentlich leiden würden. Zur Kur empfahl er den Eintritt in die Männergruppe, die er selbst leitete. Die ganze Veranstaltung funktionierte nach einem Prinzip, das Eduard als Gegenentwurf zu jeder Erkenntnis erschien: Der soziale Konsens ersetzte die Analyse, der Patient galt als geheilt, wenn er die Deutung des Therapeuten angenommen hatte.

Peter Schneider, Paarungen

Als das Bundessozialgericht im Jahr 1968 Alkoholismus gesetzlich als eine Krankheit definierte, wurde dies als Erfolg gefeiert. Es war nun möglich, daß Menschen, die selbst der Auffassung waren oder von denen andere der Meinung waren, daß sie Probleme mit Alkohol hatten, zu behandeln mit der Gewißheit, daß die Versicherungsträger die Kosten übernehmen würden. Nicht nur das, es schien ein weiterer großer Schritt auf dem Weg fort von einer moralischen Verurteilung dieser Menschen als „sündig“ und „schlecht“.

Der Wandel hatte bereits wesentlich früher, im Anfang des 19. Jahrhunderts, begonnen und wurde damals aufklärerisch und als Fortschritt verstanden. Getragen und vorangetrieben wurde er von Vertretern der Abstinenzbewegung, sowohl in den USA als auch in Europa.

Eine Veränderung der Konsummuster von „Trinkern“ sollte nicht mehr als davon abhängig gesehen werden, daß sie eine grundsätzliche tiefgreifende charakterliche

Wandlung durchlaufen mußten, etwa in Anlehnung an eine religiöse Bekehrung. Sie konnten, da „krank“ und nicht „schlecht“, wieder auf die verstärkte Zuwendung und Fürsorge ihrer Mitmenschen rechnen. Man bot ihnen Entlastung, indem sie nicht mehr direkt Verantwortung für ihr Trinken zugeschrieben bekamen.

„Indem man ein Wesen oder ein Verhalten als ‚krank‘ bezeichnet, impliziert man die Notwendigkeit von Hilfe. Indem man das gleiche Wesen oder Verhalten als ‚sündhaft‘ oder ‚böse‘ bezeichnet, ruft man nur nach Verurteilung und Reue“ (Watts 1981, S. 455).

Der Moskauer Arzt v. Brühl-Cramer wandte sich in seiner 1819 in Berlin erschienenen Schrift „Über die Trunksucht und eine rationelle Heilmethode derselben“ gegen die verbreitete Meinung und behauptete, der „unmäßige Genuss berauschender Getränke“ sei eine „physische Krankheit“ und keine „Verletzung der Moralität“ (zit. nach Spode 1986, S. 186). Nach Auffassung von Spode wurde mit dieser Abhandlung, die zu einem Lehrbuch mit insgesamt 10 Auflagen in 80 Jahren wurde, die Trunksucht in den Rang einer eigenständigen Krankheit gehoben.

Die Auffassung vom problematischen Trinken als einer Krankheit entzieht die Trinker der Zuständigkeit der Kirche und der Gefängnisse und läßt die Hoffnung entstehen, daß diese Probleme als eine Krankheit behandelbar sind: Sofern es gelingt, die Symptome zu diagnostizieren und die Ursachen zu erforschen, besteht auch die berechtigte Hoffnung auf Heilung. Das Krankheitskonzept ermöglichte die Errichtung von Beratungs- und Behandlungsstellen, es schützte „die bürgerlichen Rechte der Alkoholiker als Behinderte, förderte den Versicherungsschutz und schaffte die finanziellen Mittel für Forschung und Ausbildung. Anders gesagt, diese spezifische Art, über Trinkprobleme zu denken und zu sprechen, brachte entsprechend ein großes und vorteilhaftes Handlungsprogramm hervor“ (Efran, Heffner & Lukens 1988, S. 184f). Witkowski sieht im Krankheitsbegriff die Möglichkeit, „ohne moralische Implikationen mit rationalen Methoden den Suchterscheinungen zu begegnen. Mit der Krankheit wird der Alkoholiker zum Patienten“ (Witkowski 1983, S. 29).

Was sich betrachten läßt als das Bemühen, die bestmögliche, weil richtigste, der Wirklichkeit am nächsten kommende Sichtweise und Interpretation zu erarbeiten, läßt sich jedoch auch als der „Streit zweier Professionen, [...] der historisch-gesellschaftliche Machtkampf zwischen den Juristen und den Medizinern bzw. Psychiatern“ (Marzahn 1989, S. 443) verstehen, bei dem es zunächst um Definitionen geht, damit aber auch um Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten: „Einweisung ins Gefängnis oder

Unterbringung im Irrenhaus? Es ist ein Kampf um soziale Macht und um die Form sozialer Kontrolle. Denn in die Freiheit entlassen wollten ja auch die Psychiater ihre Schützlinge nicht. Im Gegenteil; sie waren überaus bemüht, sich als bessere Kontrollinstanz zu präsentieren, die nicht, wie die Strafjustiz, prinzipiell zu spät komme“ (ebd.).

Im Anschluß an die Diagnose „krank“ oder „verrückt“ eröffnet sich die Möglichkeit der Behandlung. So soll bspw. insbesondere im Umgang mit jugendlichen Straftätern das Ziel Erziehung und soziale Wiedereingliederung im Vordergrund stehen - vor der moralischen Verurteilung und Bestrafung. „Der gerichtliche Kinder- und Jugendpsychiater hat daher im Rahmen seiner Tätigkeit nicht nur eine diagnostische, sondern auch eine prospektive und prophylaktische Aufgabe“ (Lempp 1983, S. 14). Daß es sich dabei um Gratwanderungen handeln kann, zeigt sich in der Feststellung, „daß die Funktion des jugendpsychiatrischen Sachverständigen auch eine therapeutische Haltung mit einschließt, die ebensowenig vorrangig die Tendenz zur Exkulpierung des Jugendlichen oder Heranwachsenden im Auge haben kann wie seine psychodynamisch begründete Arbeitsweise, die auf ein Verstehen der Taten des Begutachteten abzielt. Verstehen kann hier nicht heißen, einen Menschen von seiner persönlichen Verantwortung freizustellen“ (ebd., S. 15f).

Sucht als Krankheit, so die mit dem Konzept verbundene Absicht, sollte es ermöglichen, den Menschen in bezug auf den Drogenkonsum von Schuld und Verantwortung freizusprechen. Allerdings, auch dies ist festzuhalten, hat die Krankheitskonzeption letztlich doch keine klare Trennung von moralisierenden Konzepten erreicht. Sie versteckt sie, mehr oder weniger, hinter psychologischen und soziologischen Begriffen. So weisen auch Efran et al. zu Recht darauf hin, daß bspw. die Anonymen Alkoholiker „einen klaren moralischen Ton“ (1988, S. 185) in ihren Lehren beibehalten haben. Die Behandlung des Themas „Abhängigkeit“ in Öffentlichkeit, Wissenschaft und Therapie und Beratung ist nie frei von der Schuldfrage, d.h. von der Überlegung, inwieweit die Drogenabhängigen (einschließlich der Alkoholiker) nicht letztendlich doch selbst dafür verantwortlich zu machen sind, daß sie (weiterhin) Drogen konsumieren und davon abhängig sind, statt den Konsum gar nicht erst begonnen zu haben, ihn zumindest nach Erkennen zu unterlassen und sich in Behandlung zu begeben.

Es ist bis heute nicht gelungen (und war möglicherweise auch nicht unbedingt beabsichtigt), Drogenabhängige vom Stigma des „Bösen“ und „Sündigen“ ganz zu

befreien. Es schwingt weiterhin mit. Die mit der Diagnose verbundene negative Etikettierung des Abhängigen wird gesehen und auch problematisiert.

Bossong (1982) beschreibt eindrücklich, wie religiöse oder quasireligiöse Rituale in der Drogentherapie nach wie vor einen zentralen Stellenwert einnehmen. „In den Drogentherapien [...] findet sich ein Arrangement aus mittelalterlicher Klosterdisziplin, religiösen Besserungs- und Inquisitionsverfahren, das dem historischen Wandel der Besserungs- und Bestrafungstechnologie folgend den primären Angriffspunkt in der ‚Seele‘ des Anstaltsinsassen erblickt, gleichwohl aber auch den ‚Körper‘ als durch die schlechte psychische Verfassung in Mitleidenschaft gezogen der Disziplinierung unterwirft“ (Bossong 1982, S. 125).

Der Wechsel zum Krankheitsmodell ließ zwar statt der Moral nun die Natur zur obersten Instanz werden, anhand deren Kriterien nun entschieden werden kann und muß, was gut und was schlecht ist. Doch so, wie bisher „das Böse“ bekämpft wurde, galt es nun, dieser neuen Krankheit „Abhängigkeit“ den Kampf anzusagen. Insofern gab es durch den Wechsel des Erklärungskonzepts keine grundlegende Änderung.

„Der Kampf gegen die Drogenabhängigkeit beruht auf der Überzeugung, daß Rauschdrogenkonsum sowohl für den einzelnen als auch für die Gesellschaft schädlich ist“ (Täschner 1988, S. 1707). Täschner erläutert die Prinzipien, nach denen in unserer Gesellschaft diese Bekämpfung erfolgt:

- „ - Dem Verbotsprinzip, weil es sich um strafbare Handlungen handelt
- Informationsprinzip, weil der mündige Bürger aufklärbar ist
- Besteuerungsprinzip, weil jeder Konsum seinen Preis haben muß, an dem der Fiskus partizipiert
- Erziehungsprinzip, weil Menschen lernfähig sind, und dem
- Behandlungsprinzip, weil es sich bei der Abhängigkeit um eine Krankheit handelt“ (Täschner 1988, S. 1707).

Am entscheidendsten scheint mir dabei zu sein, daß es sich um einen „Kampf“ handelt, der geführt werden muß, und der nicht selten auch sprachlich zum „Krieg“ wird. „Bekämpft“ werden Drogen, die Drogenabhängigkeit, die Drogenhändler - und, auch wenn es nicht explizit hervorgehoben wird, die Drogenkonsumenten bis hinein in die Therapie und Beratung.

Becker bezeichnet solche, von der Gesellschaft geführten Kämpfe als „moralische Kreuzzüge“, deren Vorkämpfer man sich als Kreuzfahrer vorstellen könne, „weil sie bezeichnenderweise glauben, ihre Mission sei heilig. Der Alkoholgegner bietet ein ausgezeichnetes Beispiel, ebenso der Mensch, der Laster und sexuelle Straffälligkeit unterdrücken, oder der Mensch, der das Glücksspiel aus der Welt schaffen möchte“ (Becker 1981, S. 133). Der moralische Kreuzfahrer will eben nicht nur darauf hinarbeiten, daß andere Menschen tun, was er für richtig und gut hält. Sondern er wird in besonderer Weise zu seinem Einsatz motiviert durch seine Überzeugung, daß er mit seinem Kampf diesen Menschen zu einem für sie selbst wahrhaft besseren Leben verhilft.

Zentrales Motiv ist der *Glaube*, auf der richtigen Seite mit den unumstößlichen Richtsätzen zu stehen. Marzahn spricht denn auch kritisch vom heute in der Bundesrepublik nahezu allseits akzeptierten „Drogen-Credo“. Demnach „haben wir ein Drogen-Problem, weil Drogen - gemeint sind dabei vor allem die illegalen Drogen - faszinierende, aber hochgefährliche Substanzen sind, weil die Jugend ihre Probleme nicht mehr mit zusammengebissenen Zähnen, sondern durch Flucht und Sucht löst und weil sie auch zu wenig Unterstützung und mutige Erziehung erfährt. Drogengebrauch, die Volksseuche der Gegenwart und eine Bedrohung für uns alle, ist deshalb mit allen Mitteln einzudämmen. Infizierte Personen und Gebiete müssen aufgespürt, isoliert und kuriert werden“ (Marzahn 1983, S. 106).

Da es sich um einen Kampf gegen das Böse handelt, sind die Konzepte für den Umgang mit Abhängigen nicht selten auch mit dem Gedanken der Bestrafung behaftet. Wie sonst läßt sich folgende Passage begreifen, die auch als methodischer Hinweis zu verstehen ist und typisch ist für das herrschende Konzept des Leidensdrucks als wesentliches Mittel der „Hilfe“ für Drogenabhängige: „In den meisten Fällen aber steigert sich die Entzugsmotivation durch äußere Umstände, die Druck auf den Abhängigen ausüben: Die Eltern geben kein Geld mehr oder setzen ihr Kind vor die Tür, der Arzt gibt keine Ersatzmittel mehr, die Polizei ermittelt, der Staatsanwalt erhebt Anklage, der Haftbefehl ist ausgestellt, die Freunde wenden sich ab, der Lehrer, der Lehrmeister, der Pfarrer üben Druck aus, die Angst vor der Gelbsucht oder der Überdosis kommt hinzu. Durch alle diese Umstände kann Entzugsmotivation verstärkt werden. Der Berater oder Therapeut ... [muß] die Drucksituation berücksichtigen ... und sie gegebenenfalls sogar mit Hilfe anderer Institutionen verstärken“ (Heckmann 1979, S. 4).

Deutlich wird dabei, daß die Besonderheit der Krankheit Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus gegenüber anderen Krankheiten unter anderem auch darin zu liegen scheint, daß es als notwendig erachtet wird, Konzepte zu erarbeiten, wie die Behandlungsbedürftigen dazu gebracht werden können, sich überhaupt einer Behandlung zu unterziehen.

Eine der Hauptschwierigkeiten in der Beratung und Therapie mit „Alkoholikern“ und „Drogenabhängigen“ wird darin gesehen, daß sie sich in der Regel „weigern“, diese Diagnose und Etikettierung auf sich selbst zu übertragen. Erste Aufgabe von Beratung muß es nach herkömmlicher Auffassung sein, sie zur Krankheits-Einsicht zu bewegen bzw. das soziale Umfeld dahingehend zu beraten, wie es die Krankheits-Einsicht der Betroffenen fördern kann (so etwa, wie oben zitiert, durch Erhöhung des Leidensdrucks). Aus konstruktivistischer Sicht heißt dies: Die Konsumenten müssen dazu gebracht werden, daß sie das Erklärungsprinzip „Abhängigkeit“ auf sich selbst anwenden. Sie müssen Definition, Beschreibung und Erklärung von „Abhängigkeit“ übernehmen.

Tatsächlich ist es so, daß für diese „Krankheiten“ anders als sonst ein wesentlicher Teil der Beratung auf das soziale Umfeld der Erkrankten bezogen ist: Ehepartner, Angehörige, Freunde, Kollegen, Vorgesetzte. In der Praxis Tätigen ist bspw. bekannt, daß betriebliche Sozialarbeit als Hauptaufgabe heutzutage Funktionen im Bereich Alkohol und Sucht zu übernehmen hat. Ein nicht geringer Teil der Tätigkeit besteht dort darin, die Leitungsebene darin fortzubilden und zu beraten, wie sie Alkoholiker diagnostizieren, durch Alkoholismus bedingte Probleme erkennen und diesen dann begegnen kann. Und anders als bei anderen Krankheiten scheint hier angesichts der Schwere und Bedeutung auch die Legitimation zum „Behandlungszwang“ gegeben: So gut wie jedes Mittel ist erlaubt, um Abhängige zum Entzug und in die Therapie zu zwingen.

Daß die Kranken selbst nicht unbedingt von vorneherein hierzu bereit sind, wird als Widerstand und u.U. als Bestätigung dafür aufgefaßt, daß sie tatsächlich im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum die Kontrolle über sich verloren haben. Die Diagnose „Abhängigkeit“, die die Behauptung eines Kontrollverlusts der Klienten beinhaltet und damit zwangsläufig Hilfe von außen erforderlich macht, legitimiert damit zugleich, daß Außenstehende (Berater und Therapeuten, aber auch Angehörige etc.) anstelle des Klienten Entscheidungen darüber treffen, was für ihn richtig, notwendig und gut ist. Er selbst ist, laut Definition, hierzu nicht mehr in der Lage und auf fremde Hilfe angewiesen. Es findet eine Entmündigung der Klienten statt.

Ein interessantes Mittel zur Unterstützung bei dem Versuch, Drogenkonsumenten und ihre Angehörigen von der Objektivität einer Diagnose und der Notwendigkeit einer Behandlung zu überzeugen, haben sich Fachleute mit Tests in Form von Fragekatalogen geschaffen. Solche Fragen sind immer suggestiv, indem sie zum einen die Notwendigkeit und Adäquatheit, d.h. die Berechtigung der Fragen als gegeben unterstellen, und zum anderen nur eine begrenzte Variation von Antworten zulassen (als karikierendes Beispiel einer solch typischen Art zu fragen, das den Befragten in eine Double-bind-Situation versetzt und ihm zugleich verbietet, sich daraus zu befreien, kursiert: „Haben Sie nun aufgehört, Ihre Frau zu schlagen? Antworten Sie nur mit ja oder nein!“ Dem Befragten ist es dann nicht möglich, darauf hinzuweisen, daß die Frage auf seine Situation nicht zutrifft, da er seine Frau nie geschlagen hat).

Die Fragebögen (die folgenden Beispiele sind dem Test *Sind Sie alkoholabhängig?*, der insgesamt 62 Fragen enthält, aus Heil/Jaensch 1978 S. 156ff, entnommen, einem Buch, das sich ausdrücklich an Menschen wendet, die wissen möchten, ob sie alkoholgefährdet sind und Hilfe benötigen) vertrauen darauf, daß der Befragte ein Interesse an wahren Ergebnissen hat - und sie fordern ihn auf: „Beantworten Sie die folgenden Fragen ehrlich und gewissenhaft, denn dieser Test kann sehr wichtig für Sie sein.“ Die Fragen selbst sind häufig so vage gestellt, daß der Antwortende selbst mit seiner Interpretation die aus dem Test zu ziehenden Diagnosen oder Schlußfolgerungen mitentwickelt und mitbestimmt. Einige Beispiele für solche Fragen:

- Können Sie mehr Alkohol vertragen als früher, als Sie noch weniger tranken?
- Haben Sie wegen ihres Trinkens manchmal Schuldgefühle oder „ein schlechtes Gewissen“?
- Haben Sie wegen Ihres Trinkens oft Schuldgefühle?
- Rechtfertigen Sie gelegentlich vor sich und anderen, warum Sie jeweils gerade trinken?
- Wenn Sie selbstkritisch sind: ist Ihr Auftreten gelegentlich besonders großspurig?
- Kommen Sie mit früheren Freunden jetzt seltener zusammen?
- Haben sich in letzter Zeit auffallende Veränderungen in Ihrem Familienleben ergeben?
- Werden Sie ärgerlich, wenn man Ihnen wegen Ihres Alkoholkonsums Vorhaltungen macht?
- Sind Ihre Vorsätze und Versprechungen, weniger oder gar nicht mehr zu trinken, immer wieder gescheitert?
- Achten Sie darauf, stets einen Vorrat an Alkohol zu haben?
- Stellen Sie fest, daß Sie Ihre Gedankengänge oft nicht mehr logisch und konsequent zu Ende verfolgen können?
- Fühlen Sie sich manchmal so niedergeschlagen, daß Sie sich fragen, ob das Leben noch lebenswert ist?
- Haben Sie es aufgegeben, noch Ausreden für Ihr Trinken zu gebrauchen?

Unterstellt wird einfach, daß der Befragte ein Trink- bzw. Alkoholproblem hat, alle Fragen und Ereignisse (Veränderungen in der Familie, „Alkoholvorrat“ im Haus, Niedergeschlagenheit, Nachlassen des Gedächtnisses) werden in Zusammenhang damit gesetzt und können so dabei dienlich sein, ihn von der Notwendigkeit, sich beraten und behandeln zu lassen, zu überzeugen. Unterstützend wirkt dabei natürlich der Double-blind-Charakter der Fragen, der sich aus der Fragestellung selbst ergibt, ebenso wie die Tatsache, daß Quantitäts- und Zeitangaben („mehr, weniger, selten, oft, häufig, manchmal, früher“) es (völlig „unwissenschaftlich“, aber effektiv) dem Befragten überlassen, sie mit dem „für ihn richtigen Maß“ zu versehen. Diese Tests, die in den verschiedensten Formen kursieren, sind ein wichtiger Bestandteil bei der Konstruktion von „Abhängigkeit“ und demonstrieren ein wesentliches Element dieses Prozesses.

Haben die Klienten die Definition der Professionellen endlich übernommen, sind sie in der Situation der sich selbst erfüllenden Prophezeiung: Sie erleben sich selbst als süchtig und abhängig, sie sehen selbst „keine andere Wahl“ mehr, sie empfinden keine Kontrolle mehr über sich selbst. Da sie der Überzeugung sind, abhängig zu sein und dieser Abhängigkeit ausgeliefert zu sein, werden sie keine Versuche mehr unternehmen, selbst Kontrolle über ihr Konsumverhalten auszuüben. Jeder Versuch, den Konsum zu verringern, der auch nur ansatzweise scheitert, wird als Bestätigung für die Richtigkeit der Diagnose Abhängigkeit gewertet werden - und damit für die Unmöglichkeit, von selbst wieder herauszukommen.

Eine weitere Besonderheit gegenüber dem Umgang mit an anderen Krankheiten Leidenden ist, daß die Patienten bereits zu Beginn der Behandlung abstinent sein müssen, d.h. daß Ausgangssituation und Ziel der Therapie bzw. Behandlung in einem wesentlichen Punkt identisch sind.

Hier liegt ein Paradoxon vor, besagt doch die Diagnose „Abhängigkeit“, daß es den Konsumenten nicht möglich ist, ihr Konsumverhalten unter Kontrolle zu halten, d.h. sie können nicht damit aufhören. Das Krankheitsbild besteht ja gerade darin, daß sie sich unter Zwang fühlen, ihre Drogen weiter zu konsumieren. Grundlegendes Ziel der Therapie ist es, die Patienten dazu in die Lage zu versetzen, abstinent leben zu können.

Gleichzeitig jedoch wird, allgemein und wohl so gut wie ohne Ausnahme, als unabdingbare Bedingung für eine Therapie Abstinenz auch vorausgesetzt, wobei eingestandenermaßen ungeklärt bleibt, wie das mit den theoretischen Annahmen über „Abhängigkeit“ zusammenpaßt. „Abstinenz ist nicht das Ziel, sondern die Basis jeder Behandlung Suchtkranker“ (Täschner 1988, S. 1707).

Damit wird deutlich, daß das „eigentliche“ Ziel der Behandlung von sogenannten Abhängigen auf einer anderen Ebene liegt. Zwar wird das Ziel der Abstinenz („ohne Drogenkonsum leben“) auch weiterhin aufrechterhalten, doch wird es nun ergänzt um weitere Kriterien, auf die im Therapieverlauf Einfluß genommen werden soll: Die Fähigkeiten,

„ - zu kritischer Selbsteinschätzung des eigenen Verhaltens und der eigenen Person zu gelangen,

- mit eigenen und fremden Dingen verantwortlich umgehen zu können,
- sich kritisch mit der Realität auseinanderzusetzen,
- zu einer Überwindung der Kluft zwischen Anspruch und tatsächlichen Fähigkeiten zu gelangen“ (Täschner 1988, S. 1708).

Mit anderen Worten, „am Schluß der Entwöhnungstherapie soll aus dem Süchtigen, für den es zuletzt nur noch Drogen als Lebensinhalt gab, ein kritisch handelnder, sozial verantwortlich denkender und zu selbständigem Leben fähiger Mensch geworden sein“ (ebd.).

Das Paradoxon wird offenbar aufgelöst, indem man in dem *Verhalten* des Drogenkonsums eine tiefere, dahinterliegende *Persönlichkeitsstörung* sieht, die es zu behandeln gilt.

Damit kommen wir zu einer dritten Besonderheit bei diesem Krankheitsbild und sind zugleich wieder bei dem oben angesprochenen Aspekt der Bestrafung: Zwar verwahrt man sich gegen Zwangstherapien, geht davon aus, daß die Patienten „motiviert“ sein müssen und freiwillig zur Therapie bereit sind - „obwohl doch jeder weiß, daß dies zwar formal richtig ist, aber subjektiv ‚Freiwilligkeit‘ oft durch sinnvollen [! Jhl] Druck erzeugt wird. So recht scheinen auch viele nicht zu glauben, daß die Patienten wirklich einen freien Willen haben, denn meistens werden sie wenig gefragt, was sie wollen“ (Schneider 1992, S. 114).

Es ist nicht notwendig und nicht sinnvoll, die Patienten zu fragen, was sie wollen. Denn sie sind zwar abstinent, aber nicht in der Lage, selbständig zu sein, „verantwortlich“ zu handeln, und zu beurteilen, was für sie gut ist.

Ein in therapeutischen Institutionen oft gebrauchter Satz lautet „Du kriegst hier, was du brauchst, nicht was du willst!“ Schneider erläutert, daß dies zuweilen damit begründet

wird, „daß sich die Persönlichkeit, die nicht unbedingt prämorbid gestört sein müsse, im Suchtprozeß so erheblich verändert, daß der Suchtkranke zumindest in der Anfangszeit der Therapie nicht als gleichberechtigter Partner zu behandeln sei“ (Schneider 1992, S. 114).

Charakteristisch ist nicht so sehr, daß andere glauben besser zu wissen, was für den Patienten notwendig und sinnvoll ist, sondern vor allem, daß sie sich legitimiert fühlen, dies auch gegen den Willen des Kranken durchzusetzen, notfalls mit mehr oder minder offenem Zwang und Sanktionsmaßnahmen.

Auch wenn man vom Vorhandensein einer typischen „Suchtpersönlichkeit“ (d.h. eine in bezug auf Abhängigkeit eindeutige und erkennbare Deformation der „normalen, gesunden“ Persönlichkeit) heute nicht mehr so vorbehaltlos spricht wie noch vor einigen Jahren (vgl. Schneider 1992, S. 116), so geht man doch davon aus, daß „die Abhängigen“ erhebliche Defizite aufweisen, die therapeutisch behandelt werden müssen.

Kühling beschreibt die Episteme der Mitarbeiterinnen einer Therapieeinrichtung über ihre Klienten, die sie auf die Frage „Was sind die spezifischen Merkmale eines Süchtigen, was sind seine Probleme, seine Eigenschaften?“ formulieren: „Ein Süchtiger ist ein Mensch, dessen Vermeidungsstruktur in der Sucht liegt. Der Süchtige erlebt, daß das Suchtmittel kurzfristig Erleichterung schafft und mißbraucht es, um Ängste, Verstimmungen, Depressionen, Aggressionen, Liebe oder andere Gefühle zu kompensieren. Vermeidungsverhalten ist das Nicht-Leben seiner Bedürfnisse. Der Süchtige muß lernen, was seine wirklichen Bedürfnisse sind, kennt sie nicht, benutzt die Suchtmittel, um nicht die ‚eigentlichen‘ Bedürfnisse und Gefühle spüren zu müssen. Der Süchtige hat nicht gelernt, für sich selbst einzutreten und das, was er will und braucht, zu tun“ (Kühling 1992, S. 13). Kühling problematisiert hierbei das Konstrukt der „eigentlichen Bedürfnisse“ und verweist auf das defizitorientierte Klientenbild.

Auf einen weiteren Grundsatz, der für die Arbeit mit Menschen gilt, die als Abhängige oder doch als „Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen“ betrachtet werden, sei hier nur am Rande verwiesen: Man geht allgemein davon aus, daß die Abhängigkeit bzw. der Drogenkonsum in der Regel das „tieferliegende“, grundsätzlichere Problem und Ursache für weitere, gesundheitliche, soziale oder psychische Probleme ist und es bspw. keinen Sinn mache, Familien, in denen ein Elternteil offensichtlich (nach Ansicht der Sozialarbeiter zu) häufig und viel Alkohol konsumiere, notwendige Hilfen wie

Erziehungsberatung oder Sozialpädagogische Familienhilfe anzubieten, solange nicht zumindest ein Entzug vorausgegangen ist.

Abhängige werden nicht als gleichberechtigte Partner, also als vollwertige Erwachsene gesehen und behandelt, sondern als unreif, vergleichbar Kindern, denen gegenüber man das Recht und die Pflicht zu haben glaubt, sie zu reifen Persönlichkeiten erziehen zu müssen: Man hat ein denkbar schlechtes Bild von seinen Klienten. Abhängige, gleich von welcher Substanz sie abhängig sind, gelten in Sozialarbeit und Medizin als mit die schwierigste Klientel - sie tricksen, sie lügen, sie wehren sich, sie sind nicht einsichtig. Wer arbeitet schon gerne mit solchen Klienten bzw. Patienten?

Drogenkonsumenten als Subjekte

Ohne Bartleby laut zum Verschwinden aufzufordern - wie ein kleinerer Geist dies getan haben würde -, hatte ich vorausgesetzt, daß er verschwinden mußte, und auf diese Voraussetzung hatte ich alles begründet, was ich zu sagen hatte. Je mehr ich über mein Vorgehen nachdachte, desto mehr war ich davon bezaubert. Trotzdem hatte ich am nächsten Morgen nach dem Aufwachen meine Zweifel. ... Mein Vorgehen erschien mir noch ebenso scharfsinnig wie zuvor - aber nur in der Theorie. Wie es sich in der Praxis erweisen würde - das war der Haken. Sicherlich war es ein schöner Gedanke, Bartlebys Verschwinden vorausgesetzt zu haben, aber letzten Endes war dies nur meine eigene Voraussetzung und nicht die Bartlebys.

Hermann Melville, Der Schreiber Bartleby

Was aber, wenn man auf das Erklärungsprinzip Abhängigkeit verzichtet und stattdessen für das gleiche Verhalten die entgegengesetzte Erklärung „Autonomie“ zugrundelegt, indem man davon ausgeht, daß dieses Konsumverhalten sich als Ausdruck und Bestandteil der jeweiligen Person, als Ergebnis ihres spezifischen Willens und ihrer autonomen Entscheidungen versteht?

Wenn man - vom konstruktivistischen Standpunkt aus - davon ausgeht, daß Drogenabhängigkeit nur ein Erklärungsprinzip ist, so „darf“ es ersetzt werden durch das Erklärungsprinzip der Autonomie und des freien Willens. Die Frage, ob sie „wirklich“ frei und selbstbestimmt sind, ist in diesem Zusammenhang unzulässig. Entscheidend sind die Folgen.

Die Kritiker des Suchtkonzeptes, die Krankheit als ein Konstrukt oder einen Mythos bezeichnen, haben in der Regel keine sich aus dieser Kritik möglicherweise ergebenden

Konsequenzen mitgedacht bzw. konnten sie sich auch nicht vorstellen. Sie gehen davon aus, daß die dennoch realen Probleme und möglichen Lösungen von ihren Analysen nicht beeinflusst werden können: Diese würden weiterhin bestehen. Dennoch hätte eine solche Um- und Neudefinition Folgen für die Praxis.

Sie würde zunächst bedeuten, daß Drogenkonsumenten nicht mehr als Drogenabhängige bezeichnet werden und nicht mehr per se als behandlungsbedürftig angesehen werden. Dies bringt die Chance mit sich, daß diese sich selbst wieder als selbstbestimmt und autonom erleben und begreifen könnten.

Ebenso wie bei der Verwendung des Konzepts „Abhängigkeit“ geht es auch beim Konzept der „Autonomie“ darum, diese vorauszusetzen. Die Bedingung dafür, daß man ein Verhalten als selbstkontrolliert erleben kann, ist, daß man darauf vertraut, daß dies möglich ist. Dies gilt für den Beobachter ebenso wie für den Drogenkonsumenten. Erst dann, wenn man einigermaßen davon überzeugt ist, daß man es selbst in der Hand hat, wie man mit dem Konsum von Drogen umgeht, wird man auch entsprechende Erfahrungen machen können, d.h. seine Erfahrungen in dieser Weise deuten können. Es geht darum, einen Standpunkt einzunehmen, der einen die eigene Stärke und Autonomiefähigkeit erkennen und erleben läßt. Gelingt dies, kann es zu - aus Sicht der traditionellen Drogenhilfe - überraschenden Konsequenzen kommen.

Im Bereich der sog. Eß-/Brechsucht gab es relativ früh Beispiele für den Erfolg dieses Vorgehens. Möglicherweise auch bedingt durch die Notwendigkeit, bei Eßproblemen neue Wege auszuprobieren, da Abstinenz als Ziel und Weg der Therapie nicht möglich waren, wurden hier neue Wege gegangen (vgl. auch Herwig-Lempp 1987b). Die Teilnehmerinnen von Selbsthilfegruppen nahmen sich vor, sich nicht mehr als hilf- und willenlose, als vom Essen und anschließenden Erbrechen, aber auch als von Therapie und Beratung Abhängige zu fühlen und zu erleben, sondern ihren Umgang mit Essen als Teil ihrer persönlichen Normalität zu verstehen und zu akzeptieren - so wie sie sich sonst auch im Alltag als selbständige Subjekte erleben. Sie setzten einfach voraus, daß jede genau so (viel) ißt, wie für sie richtig ist.

Sie gingen also davon aus, daß sie „normal“ sind. Susie Orbach, die diesen Ansatz für Selbsthilfegruppen entscheidend mitentwickelte, formulierte: „Wenn eine Eßsüchtige anfängt, sich für ‚normal‘ zu halten, kann sie dazu übergehen, wie ein ‚normaler‘ Mensch zu essen“ (Orbach 1978, S. 97).

Ziel allerdings ist nicht in erster Linie, wieder „normal“ zu essen, sondern im Vordergrund stehen die Anerkennung der eigenen Person und ihres Verhaltens als

Ausdruck und Resultat des eigenen Wollens, *ungeachtet* dessen, *wie* dieses Verhalten ausfällt.

In dem Moment, wo es den Frauen gelingt, sich selbst und ihr Verhalten zu akzeptieren und als für sie selbst aus ihrer Sicht und aktuellen Situation heraus richtig und sinnvoll anzuerkennen, beginnt sich ihr Eßverhalten oft allmählich und „wie von selbst“ zu „normalisieren“. Sie lassen sich nicht mehr lähmen von der Verwendung des Suchtmodells als Erklärung für eigenes Verhalten. Sie verzichten darauf, sich Vorwürfe für „falsches“ Eßverhalten zu machen, sie verwenden nicht ihre Kraft darauf, etwas Unmögliches zu versuchen (nämlich trotz der Definition Abhängigkeit ein „nicht-abhängiges“ Verhalten an den Tag legen zu wollen).

Dies läßt sich verstehen und beschreiben als die Anwendung eines Erklärungsprinzips der Autonomie anstelle des Erklärungsprinzips der Abhängigkeit. Das „Erklärungsprinzip Autonomie“ sollte und brauchte nicht mehr an die Einhaltung bestimmter Verhaltensnormen und gesellschaftlicher Maßstäbe darüber, was als „gesund“, „schön“ und „ideal“ gilt, geknüpft sein, sondern *unbedingt*, d.h. ohne weitere Bedingung allem Essen und allen Beschreibungen und Erklärungen des Essens vorausgesetzt werden.

Der entscheidende Vorteil des Erklärungsprinzips Autonomie ist, daß es die Drogenkonsumenten ihre eigene, aus ihrem Selbstbewußtsein erwachsende Stärke in dem Moment spüren läßt, wenn sie diese als gegeben voraussetzen und sie sich allein ihrem freien Willen und ihrer eigenen Entscheidung verpflichtet fühlen und nicht irgendwelchen, von außen vorgegebenen Beurteilungskriterien von „richtig“ und „falsch“ oder „krank“ und „gesund“.

Sie sind frei und unabhängig von äußeren Normen, soweit es gilt, sie selbst, ihre Entscheidungen und ihr Verhalten zu erklären. Dennoch bewegen sie sich natürlich nicht im luftleeren Raum. Es gibt Normen und Werte, es gibt eine Gesellschaft, innerhalb derer sie leben. Aber es ist ihre eigene freie Entscheidung (d.h. es wird nach diesem Modell als ihre eigene Entscheidung begriffen), an welchen dieser Normen und Werte sie sich orientieren wollen. Ihr Wert als Mensch und die Erklärung, die ihrem Verhalten zugeordnet wird, ist nicht abhängig davon, ob sie ein angepaßtes Verhalten zeigen. Allein, es wird vorausgesetzt, daß Drogenkonsumenten für ihr Verhalten selbst verantwortlich, sie nicht „fremdbestimmt“ oder „außengesteuert“ sind.

Wesentlicher Bestandteil dieses Erklärungsansatzes ist Verantwortung - die Verantwortung, die dem Konsumenten a priori zugestanden und zugesprochen wird.

Wobei zu beachten ist, daß die Begriffe *Schuld* und *Verantwortung* nicht miteinander verwechselt werden. Man sagt, „ich mache dich dafür verantwortlich,“ und meint doch damit, der andere sei schuld daran. Schuld wird als Vorwurf verstanden und impliziert, man hätte es eigentlich anders machen sollen. „Jemand zeigt sich verantwortlich“ oder „zeigt sich der Verantwortung gewachsen“ soll ausdrücken, daß der Betreffende es so macht, wie es von ihm erwartet wird.

Demgegenüber wird hier Verantwortung weder mit herabsetzender Bedeutung im Sinne von „Schuld“ noch als Ausdruck für erwartungsgemäßes Verhalten verstanden. Sie setzt noch nicht einmal voraus, daß unbedingt eine große Zahl von Alternativen zur Wahl gestanden hat. „Sie reflektiert einfach Akzeptanz oder Anerkennung dessen, wer man ist und was man tut. Sie ist nicht (wie manche denken) die gehorsame Erfüllung von Pflichten, die von anderen auferlegt wurden - zum Beispiel eine verantwortliche BürgerIn zu sein. Menschen, die sich selbst treu sind, sind verantwortlich, selbst wenn ihr Verhalten anderen oder ihnen selbst tadelnswert oder verurteilungswürdig vorkommt. Wir haben mit einigen inhaftierten Menschen gesprochen, die ‚verantwortlich‘ Morde begangen hatten, was heißt, sie hatten eingestanden, jemand getötet zu haben, ohne zu behaupten, sie seien ‚Opfer‘ schlechter Erziehung, des Schnapses, des Teufels oder mächtiger Außeneinflüsse“ (Efran/Lukens & Lukens 1992, S. 150).

Brunkhorst hat darauf hingewiesen, daß die in den letzten ein, zwei Jahrhunderten allmählich zunehmende Verschiebung von Vergeltung durch Strafe zu Besserung durch Therapie einem im Kern „utilitaristischen Kalkül“ entspringt, der die Tat oder das abweichende Verhalten „als Unfall, als natürliche oder technische Störung des sozialen Gefüges definiert und die Störung reparieren, die Kosten für die Einzelnen und für die Mehrheit minimieren, den Nutzen aller maximieren will“ (Brunkhorst 1986, S. 20).

Allerdings ging dies einher mit einer Entmündigung und Ent-Verantwortlichung der Subjekte, denen ihre Selbständigkeit (zumindest partiell) abgesprochen und die damit zu Objekten wurden: „Der Preis für die Assimilation von Strafe und Vergeltung an Sozialpädagogik und Therapie ist genau dann zu hoch, wenn sie um den Rückfall hinter die Idee individueller Verantwortlichkeit erkauft wird“ (Brunkhorst 1986, S. 25). Dieser Prozeß soll mit der (Re-)Konstruktion des Erklärungsprinzips „Autonomie“ umgekehrt werden.

Eine entscheidende Frage angesichts dieses Erklärungsprinzips allerdings scheint zu sein: Sollen auf diese Art und Weise alle Probleme, die sich aus Drogenabhängigkeit

und Sucht ergeben bzw. damit zusammenhängen, nicht einfach nur „wegdefiniert“ werden? Dies erscheint im ersten Augenblick als einzig denkbare Konsequenz und damit als allzu simpel und vereinfachend. Denn tatsächlich „haben wir doch ganz erhebliche Drogenprobleme in unserer Gesellschaft“, leiden doch Menschen, wie sie selbst sagen („zugeben“) an Abhängigkeit und Sucht - wie sollte sich das einfach durch Verwendung einer anderen Definition, allein durch Umbenennen also grundlegend ändern?

Ein aus der traditionellen Perspektive schwerwiegender Nachteil haftet, gewissermaßen schon am Ausgangspunkt aller dieser Überlegungen, dem Modell der Autonomie an: Es setzt voraus, daß jedem tatsächlich das Recht zugestanden wird, selbst zu entscheiden, was für ihn richtig, gesund und sinnvoll ist. Es bedeutet zwar nicht unbedingt Legalisierung für die bislang illegalen Drogen (die Gesellschaft mag verschiedene Gründe für die Beibehaltung der Verbote haben), könnte aber nicht mehr damit legitimiert werden, daß es gelte, objektive Schäden zu vermeiden. Das Konzept des freien Willens und des Rechts der autonomen Entscheidung des Einzelnen beinhaltet die Annahme, daß es keine objektiven Bewertungen gibt.

Damit sind die Probleme nicht einfach wegdefiniert und verschwunden, sondern sie verschieben sich. So erübrigt sich die Frage, welche Drogen zugelassen und erlaubt sind, zwar nicht, aber sie wird nicht mehr unter vorgeblich „objektiven“ Kriterien entschieden werden können, sondern wird zu einer offensichtlich politischen.

Auch bedeutet es nicht, daß für Drogenkonsumenten von heute auf morgen keine Beratung und Unterstützung mehr zur Verfügung stehen muß. Allerdings wird sich, wenn man Drogenkonsumenten nicht mehr als unselbständige, auf notfalls auch „aufgezwungene“ Hilfe von außen angewiesene Kranke, sondern als zu selbständigem Handeln fähige Subjekte betrachtet, notwendigerweise die Beziehung zu den professionellen Helfern ändern und damit auch deren Rolle.

Statt die Konsumenten nun auf jeden Fall dazu bringen zu wollen, sich selbst als abhängig zu verstehen und zu erleben und als einzig denkbare Erklärungsmuster ihres Verhaltens das der Abhängigkeit zu akzeptieren, wird die Selbständigkeit der Klienten vorausgesetzt.

Er selbst bestimmt das Problem, und er selbst bestimmt, inwieweit er sich helfen läßt, wieviel Unterstützung und Beratung er anfordert, für welche Behandlung er sich entscheidet. Statt „Abhängige“ heilen zu wollen, kommt es nun darauf an, ihnen zu verstehen zu geben und zu zeigen, daß man ihr Konsumverhalten gleichermaßen

entweder als „abhängig“, außer Selbstkontrolle und auf äußere Hilfe und Behandlung angewiesen erklären kann oder aber als durchaus eigenständig und eigenverantwortlich interpretieren kann - je nach Auffassung und Definition von „Drogenabhängigkeit“.

Freilich bedeutet dieses Wieder-in-den-Stand-der-Verantwortlichkeit-setzen, daß Drogenkonsumenten für das, was sie tun, auch zur Rechenschaft gezogen werden, da sie selbst es sind, die entscheiden und handeln, gleichermaßen bei der Einhaltung und der Übertretung oder Verletzung von lebensfeldbezogenen (Familie, Freundeskreis, Arbeitsplatz) oder gesellschaftlichen Regeln und Gesetzen. Was unter sozialtherapeutischen Gesichtspunkten als „Strafe“ erscheinen mag, bietet Chancen. Das Verhalten wird nicht mehr an scheinbar objektiven, unverrückbaren Maßstäben (gesund/krank, natürlich, richtig) gemessen, sondern läßt sich nun explizit beziehen auf intersubjektive, von Menschen gesetzte (und damit auch veränderliche) Werte beziehen: „Erst wenn die Strafe wieder Strafe ist, und nicht im Gewand von therapeutischen Maßnahmen die Funktionen des sich rächenden Staates übernimmt, haben die Bestraften auch die Möglichkeit, sich mit der Strafe auseinanderzusetzen, sie zu akzeptieren oder sich dagegen zu wehren. Der staatlich verordneten Erziehung [resp. Therapie oder Behandlung, Jhl] ist der perfide Hang zur inneren Kolonialisierung der Menschen immanent“ (Müller/Otto 1986, S. XV).

Aber auch für die Gesellschaft (bzw. Teile von ihr) birgt dies die Chance, die Regeln und Normen zu überdenken, indem sie als selbstgefertigte Konstrukte deutlich werden. Setzt man die Menschen als Subjekte voraus, so wird es möglich zu erkennen, daß die Regeln und Normen den Subjekten und ihren Interessen angepaßt sein sollen und angepaßt werden können, es hingegen wenig nützlich und im Grunde aussichtslos ist, umgekehrt zu versuchen, Menschen mit „abweichendem Verhalten“ durch Behandlung an die normierten Vorstellungen angleichen zu wollen.

Zwei alternative Erklärungsmuster stehen sich gegenüber und zur Verfügung - wobei keines von beiden „wahr“ oder „falsch“ ist, beide sind denkbar und in sich richtig. Allerdings macht es für das Leben der Konsumenten erhebliche Unterschiede, ob sie sich selbst auf die eine oder die andere Art definieren und dementsprechend erleben - und wie ihnen die Helfer begegnen.

Es ist möglich, das Verhalten der Konsumenten aller möglichen Drogen als von ihnen selbst gewählt und ihrem Willen gemäß zu verstehen und zu erklären. Die Aufgabe der professionellen Helfer besteht damit darin, diese denkbare Interpretation den Konsumenten zu vermitteln.

Eine Problemumdeutung hat stattgefunden, indem nicht mehr das Verhalten des Einzelnen verändert werden muß, sondern die Erklärung und das Bild von ihm, das wir und er selbst diesem Verhalten zuordnen. Das *Leiden* an der „Abhängigkeit“ gilt es zu vermeiden, dem Konsumenten soll wieder die Kompetenz der Autonomie und Selbstbestimmung zugesprochen werden, damit auch er sich als autonom und kontrolliert erleben kann.

Damit käme er in die Lage, eingefahrene Verhaltensmuster aus eigener Kraft zu verändern - sofern er es will. Denn es würde sich dabei um nichts anderes als um „eingefahrene Verhaltensmuster“ handeln, also um zur Gewohnheit gewordenen Tun, das man, sofern es nicht gewünscht ist, allenfalls eben eine „schlechte Gewohnheit“ (vgl. Szasz 1979) nennt. Und eine schlechte Gewohnheit läßt sich abstellen - nicht zuletzt deswegen, weil man *voraussetzt*, daß sich Gewohnheiten auch verändern lassen, unternimmt man entsprechende Versuche, die dann auch gelingen können.

Aber auch die Fortsetzung des Drogenkonsums oder des bis dahin als Ausdruck von Abhängigkeit verstandenen Verhaltens wäre dann nicht Zeichen von „Abhängigkeit“, sondern Ausdruck des eigenen bewußten, wenngleich für die Außenstehenden nicht unbedingt nachvollziehbaren *Wollens*.

Die schwerste Hürde, diesen Ansatz zu akzeptieren, stellt für uns alle, Helfer wie Konsumenten, sicherlich die Schlußfolgerung dar, daß auch extrem außergewöhnliches, von der Norm abweichendes Verhalten im Umgang mit Drogen ganz gewöhnlich erklärt werden kann - nämlich so, wie wir unser eigenes alltägliches Handeln auch als selbstbestimmt erleben.

„Drogenabhängigkeit“ ist die Erklärung für ein Verhalten, das von den gültigen Normen abweicht. Es bedarf deshalb einer besonderen Erklärung, weil es nicht mehr nachvollziehbar ist. Doch ist eine Norm keine naturgegebene Variable, sondern wandelt sich im Laufe der Zeit und ist kulturell bedingt, d.h. in unterschiedlichen Zeiten und unterschiedlichen Gesellschaften jeweils anders.

Ab welchem Punkt pathologisiert wird, d.h. wann das Erklärungsmuster der Selbstbestimmtheit durch das der Abhängigkeit ausgewechselt wird, ist auch aus dieser Perspektive nicht vom Einzelnen vorgegeben, sondern davon, was wann normal oder abweichend ist.

Die Hauptarbeit liegt bei den Helfern, Beratern und Therapeuten: eine neue Sichtweise zu vermitteln. Dabei impliziert und setzt diese Sichtweise voraus, was bisher erst am

Ende der „Drogenhilfe“ und auch nur dann, wenn ein ganz bestimmtes Verhalten (Abstinenz) eingehalten worden ist, stand: Selbständigkeit und Autonomie, d.h. die Annahme, daß der Klient ohne Vorbedingungen an ein bestimmtes Verhalten in der Lage ist, seine eigenen Interessen wahrzunehmen und unter den ihm offen stehenden, ihm erkennbaren Handlungsalternativen die jeweils für ihn (subjektiv) beste auszuwählen. Und dies auch dann, wenn er selbst sich nicht als autonom erlebt.

Diese Haltung verlangt Toleranz und Akzeptanz gegenüber einem Verhalten, das für Außenstehende (Nicht-Konsumenten) bisher selbstzerstörerisch erscheint, weil sie für sich selbst keinerlei positiven Sinn darin sehen können. Vielleicht erscheint dies weniger verwegen, wenn man bedenkt, daß in unserer Gesellschaft jeder tagtäglich unzählige Kompromisse eingeht, die erhebliche Risiken im Hinblick auf Selbstzerstörung und Lebensverkürzung beinhalten, ohne daß irjemand auf die Idee käme, von schweren Krankheiten und fehlender Selbstverantwortung zu sprechen: Stichworte sind belastete Nahrungsmittel, Straßenverkehr, Atomkraftwerke oder Wettrüsten. In allen diesen Fällen gehen wir in Abwägung der Vor- und Nachteile eine Vielzahl von Risiken ein.

Ein Umdenken auch im Drogenbereich sollte möglich und könnte attraktiv sein: Der Gewinn für die bisherigen „Abhängigen“ ebenso wie für die Gesellschaft läge darin, daß sie sich wieder als aktiv handelnde, ihr Verhalten selbst verantwortende Subjekte erleben könnten. Sie wären nicht mehr angewiesen auf das Erklärungsmodell der Abhängigkeit, sondern könnten neue Handlungsmöglichkeiten für sich entdecken, ohne bereits unter dem Zwang zu stehen, sich tatsächlich auch anders (abstinent) verhalten zu müssen.

In den folgenden Kapiteln sollen zwei verschiedene Ansätze praktischer Drogenarbeit dargestellt werden, die als mögliche Konsequenzen der hier vorgestellten theoretischen Überlegungen zur Autonomie und Selbständigkeit von Drogenkonsumenten verstanden werden können.

Bei der „Akzeptierenden Drogenarbeit“ handelt es sich um einen in den letzten zehn Jahren entwickelten Ansatz, der als Antwort auf die unzureichenden Angebote der traditionellen Drogenhilfe und der daraus resultierenden Verelendung unter den Konsumenten illegaler Drogen entwickelt wurde und in der Bundesrepublik allmählich an Raum und Bedeutung gewinnt. „Drogenabhängigkeit“ wird dabei weitgehend nicht beachtet, im Vordergrund steht die Akzeptanz des Drogenkonsumenten und seines Lebensstils.

Der zweite Ansatz ist der der „Systemischen Beratung und Therapie“, entstanden aus der Familientherapie. Grundlegend ist, aufbauend auf der Epistemologie des Konstruktivismus, die Autonomie des Einzelnen und die Nicht-Verwendung von Krankheitskonzepten. Allerdings wurde dieser Beratungs- und Therapieansatz nur sehr zögernd auf die Arbeit mit sogenannten „Abhängigen“ angewendet. Grund war und ist vermutlich, daß die bestehenden Behandlungs-Konzepte zu dominierend waren, als daß man allzu leicht gewagt hätte, sich darüber hinwegzusetzen. Ziel ist es, diesen Ansatz als für den Drogenbereich interessant darzustellen - und umgekehrt, die Vertreter der Systemischen Beratung und Therapie für den Drogenbereich zu interessieren.

Die Rekonstruktion von Unabhängigkeit I: Akzeptierende Drogenarbeit

Wenn ich hungrig war, ging ich in einen Bäckerladen und sagte dem Manne oder der Frau, daß ich kein Geld hätte, dafür aber umso mehr Hunger, und ich bekam Brot. Niemand verkelte mir das Dasein mit der langweiligen Frage „Warum arbeiten Sie nicht, Sie sind doch ein starker gesunder Bursche?“

Das hätten sie als grobe Unhöflichkeit angesehen. Denn wenn ich nicht arbeitete, so mußte ich wohl meine guten Gründe dafür haben; und diese Gründe aus mir herauszuforschen, hielten sie für unanständig.

Bruno Traven, Das Totenschiff

Mit der *Akzeptierenden Drogenarbeit* wurde in den letzten Jahren ein *Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe* (Schuller/Stöver 1990) entwickelt. Die Konsumenten illegaler Drogen sollten und sollen, soweit dies unter den gegebenen strafrechtlichen und gesundheitspolitischen Bedingungen möglich ist, als gleichwertige Partner und Mitmenschen akzeptiert und nicht aufgrund ihrer Konsumgewohnheiten, auch wenn sie von denen des „normalen“ Bürgers abweichen, ausgegrenzt werden. Unabhängig von Abstinenzforderungen sollten auch diesen Menschen Unterstützung und Hilfe zu einem menschenwürdigen Leben angeboten werden. Anders als bei der traditionellen Drogen“hilfe“, die entscheidend mit dem Konzept der Erhöhung des Leidensdrucks, das wie ein Trichter wirken und in Richtung „freiwilliger“ Abstinenzbehandlung führen soll, arbeitet, soll der Handlungs- und damit auch der Entscheidungsspielraum der Konsumenten erweitert werden.

Akzeptierende Drogenarbeit ist, wie andere Versuche der Neuentwicklung von Konzepten in der Drogenhilfe auch, sicherlich zum Teil eine Reaktion auf die zunehmende Verelendung der Szene, die ab Ende der siebziger Jahre beobachtet werden konnte - bei einer gleichzeitigen Verringerung der Erreichbarkeit der Klienten aus dem illegalen Drogenbereich. Hier trifft sie sich mit anderen Ansätzen wie der „niedrigschwelligen“ (vgl. Pörksen/Schmidt 1988), der „nicht-bevormundenden“ (vgl. Krauss/Steffan 1985), der „klientenorientierten“, „offensiven“ oder „suchtbegleitenden“ Drogenhilfe (vgl. auch Schmidt 1991). Es ging darum, neue Formen der Arbeit zu finden, mit denen die Klienten besser als bisher erreicht werden konnten und durch die

sie nicht gleich von vornherein von einer Inanspruchnahme der Beratungs- und „Hilfs-“Angebote abgeschreckt wurden.

Dennoch gab und gibt es erhebliche Unterschiede. So heißt „Suchtbegleitung“ für den einen „zu den Abhängigen während ihrer aktiven Phase als Konsumenten zu stehen - ohne jeden moralischen oder juristischen Druck, aber andererseits mit einer so unmißverständlichen Haltung gegen Drogenmißbrauch, daß das ungesunde Verhalten nicht verstärkt wird und schon gar nicht die Hand zum Konsum (verschriebener) oder illegaler Drogen gereicht wird“ (Heckmann 1987, S. 128), wie auch für Pörksen/Schmidt (1988) „niedrigschwellig“ keineswegs die Abgabe steriler Spritzen oder die Befürwortung von Substitution bedeutet. „Nichtbevormundende“ Drogenarbeit hingegen versteht sich nach Krauss (1985), der noch vorsichtig formuliert, „eher in einer tolerierenden Haltung gegenüber dem Konsum von Drogen“ (Krauss 1985, S. 17), wobei sie sich auf eine individuelle Hilfe beschränkt: „Ihr Anspruch ist nicht, zur Auflösung des *gesellschaftlichen* Drogenproblems beizutragen, sie arbeitet nur an *individuellen* Drogenproblemen“ (ebd., Hervorh. im Original).

Demgegenüber bekennt sich die Akzeptierende Drogenarbeit, gewissermaßen als die am weitesten gehende Variante alternativer Entwürfe zur Drogenhilfe, noch am deutlichsten nicht nur zur Akzeptierung eines persönlichen Lebensstils, der auch Drogenkonsum beinhalten kann, sondern auch zur politischen Ebene der Drogenprobleme. Mit dem Aufstellen von Spritzenautomaten, als Beispiel, einerseits und den über die praktische Arbeit hinausgehenden Forderungen nach notwendigen gesellschaftspolitischen Veränderungen andererseits ging und geht es Akzeptierender Drogenarbeit darum, eine grundsätzliche Wende sowohl in der Drogenpolitik zu fordern als auch in der Sozialarbeit mit Drogenkonsumenten bereits durchzusetzen (vgl. Herwig-Lempp 1987d, Stöver/Herwig-Lempp 1988).

Es sei angemerkt, daß dieser Ansatz mittlerweile auch in der Sozialarbeit mit rechtsradikalen Jugendcliquen entsprechend dem hier vorgetragenen Verständnis von Akzeptanz angewandt und weiterentwickelt wird: „Akzeptierende Jugendarbeit zielt letztlich darauf, Jugendliche mit besonders geringen Chancen und Möglichkeiten zu gesellschaftlicher Integration bei ihrer Überlebenssuche, bei ihrer Suche nach Wegen und Möglichkeiten gelingender Lebensbewältigung und befriedigender Lebensgestaltung zu begleiten und zu unterstützen. Soweit dabei an Probleme angesetzt wird, geht es um die Probleme dieser Jugendlichen, nicht um die Probleme, die sie anderen bereiten. Ihr Auftrag ist also nicht - trotz aller entsprechenden politischen und pädagogischen Aufrufe dazu - gesellschaftspolitische und soziale Auswirkungen von

Selbstbehauptungs- und Überlebensversuchen Jugendlicher abzubauen und abzuwehren“ (Heim et al. 1992, S. 72).

Prämissen Akzeptierender Drogenarbeit

Akzeptierende Drogenarbeit schert aus dem Konsens traditioneller Drogenhilfe aus, die von der absoluten Notwendigkeit von Abstinenz als oberstem Ziel ausgeht. Ihr liegen Prämissen zugrunde, die herkömmliche Ansichten grundsätzlich in Frage stellen:

- Drogengebraucher haben auch dann, wenn sie immer wieder oder „ständig“ Drogen konsumieren, ein Recht auf ein Leben unter menschenwürdigen Bedingungen. Sie müssen sich dieses Recht nicht erst durch ein angepaßtes und abstinentes Verhalten erwerben.
- Drogenkonsumenten handeln für sich selbst verantwortlich, sie sind in der Lage, alle sie betreffenden Fragen selbst zu entscheiden. Freiwilligkeit in Bezug auf Beratung, Therapie und Unterstützungsangebote sind eine unabdingbare Grundvoraussetzung.
- Konsumverhalten, das in Hinblick auf die Art der Droge, die Form, Dosis oder Häufigkeit ihres Konsums nach außen nicht nachvollziehbar oder verstehbar ist, kann dennoch als Ausdruck einer persönlichen Entscheidung und eines eigenen Lebensstils begriffen und akzeptiert werden: Angenommen wird, daß die Drogengebraucher ihre guten Gründe dafür haben, warum sie Drogen konsumieren.
- Mitarbeiter in der Drogenarbeit, -beratung und -therapie können weder wissen noch brauchen sie zu wissen, was für ihre Klienten „gut“, sinnvoll und „richtig“ ist. Diese sind in der Lage, selbst darüber zu entscheiden.

Dies sind die Grundannahmen Akzeptierender Drogenarbeit, die dem Umgang mit den Klienten zugrundeliegen. Sie setzen das mündige Gegenüber voraus.

Überraschenderweise liegt darüberhinaus kein Konzept für die Beratung der Klienten vor. Es scheint sogar, als ob bewußt auf ein Beratungskonzept verzichtet wird. Was Daansen für die Amsterdamer Drogenhilfe-Ansätze beobachtet, kann auch für bundesdeutsche Verhältnisse festgestellt werden: „Vorrangiges Ziel dieser Art der Hilfe ist die medizinische und soziale Hilfe, psychologische Hilfe wird abgelehnt“ (Daansen 1987, S. 250). Zu groß wird offenbar die Gefahr gesehen, doch wieder in die Nähe herkömmlicher Drogenberatung zu geraten, deren eigentliches Ziel nicht die

Unterstützung des Drogenkonsumenten ist, sondern das Bemühen, ihn vom Konsum weg und wieder auf den rechten Weg zu führen, ihn unter Kontrolle zu bekommen und steuern zu können.

Ein Ergebnis vorliegender Arbeit könnte es sein, daß die Akzeptierende Drogenarbeit in dem später vorgestellten Konzept der Systemischen Beratung einen Ansatz findet, mit dem sie den Umgang mit ihren Klienten nicht nur „professionalisieren“ kann, sondern mit dem sie die Autonomie ihrer Klienten sowohl gewahrt sieht als auch sie in der Wahrnehmung dieser Autonomie noch bestärken kann.

Formen Akzeptierender Drogenarbeit

In der den Konsum von Heroin, Kokain, Medikamenten und anderen Stoffen akzeptierenden Drogenarbeit kommt in der Form der Angebote zum Ausdruck, daß eine Abkehr von Abstinenz als vordringlichem Ziel erfolgt. Es geht darum, in den alltäglichen, (über-)lebensnotwendigen Situationen (Essen, Gesundheitsvorsorge, Aufenthalt, Wohnen) Hilfe zur Selbsthilfe zu geben und Sozialintegrationsprozesse zu fördern, ohne diese Unterstützung den Betroffenen aufzuzwingen. Die Drogenproblematik soll entdramatisiert werden, an Bedeutung verlieren, im günstigsten Fall allmählich in den Hintergrund treten. Der zunehmenden gesundheitlichen und sozialen Gefährdung soll Einhalt geboten werden, nicht dem Drogenkonsum.

Bereits durch diese Vernachlässigung der Bedeutung des Konsums an sich wird die scheinbare Absolutheit „richtigen“ und „falschen“ Umgangs mit Drogen relativiert. Wie bei anderen menschlichen Verhaltensweisen wird davon ausgegangen, daß der Konsum von Heroin und anderen Stoffen subjektiv Sinn macht und innerhalb der jeweiligen Lebenswelt eine besondere Funktion erfüllt.

Ein Überblick, wenn auch eine vielleicht nicht vollständige Liste von Formen und Methoden akzeptierender Drogenarbeit, wie sie in den letzten Jahren gefordert und entwickelt wurden (vgl. u.a. Herwig-Lempp/Stöver 1988, Schuller/Stöver 1990, Böllinger/Stöver 1992) soll hier gegeben werden:

(1) „Streetwork“, d.h. eine Beratung, in der die Sozialarbeiter den Klienten entgegenkommen, sie auf der Straße, an ihrem Ort aufsuchen - ohne sich aufzudrängen oder darauf zu bestehen, die Klienten „mitzunehmen“. Ziel sind die Kontaktaufnahme zu ansonsten unerreichbaren Drogenkonsumenten und die Vermittlung von Hilfsangeboten.

(2) Einrichtung von „Kontaktläden“, d.h. Räumen, in denen sich Drogenkonsumenten aufhalten und treffen können, in denen soziale Kontakte möglich sind, wo sie sich aufwärmen können, von sich aus das Gespräch mit dem Professionellen suchen können, wo möglichst wenig Bedingungen (Beratungszwang, Nüchternheit) verlangt werden.

Beide Formen sind als direkte Antwort auf das „Versagen“ der traditionellen Drogenberatungsstellen zu verstehen, die mit ihrer Komm-Struktur und ihren oft strikten Hausregeln, nach denen nur diejenigen, die nüchtern und beratungswillig waren, sich aufhalten durften, während soziale Kontakte unter den Klienten eher lästig und unerwünscht waren. Es galt sowohl, selbst Beziehung herzustellen zu den Klienten, indem auf Vorbedingungen und Forderungen an ein bestimmtes Verhalten verzichtet wurde, als auch ihnen im wörtlichen Sinn (neben der Straße, Toiletten und Kinderspielplätzen, kurz: der *Scene*, mehr) Raum für soziale Kontakte zu ermöglichen.

(3) Gesundheitsprävention: Obwohl aufgrund anderer Infektionskrankheiten schon immer problematisch, wurde es im Zusammenhang mit der Verbreitung des Hiv zunehmend aktueller, Gesundheitsschutz durch die Verwendung sauberer Nadeln zu propagieren und überhaupt zu ermöglichen. Sterile Einwegspritzen und -kanülen wurden kostenlos verteilt oder im Umtausch gegen gebrauchte ausgegeben, verbunden mit Aufklärung über die Gefahr der Ansteckung bei *needle-sharing*. Ergänzend wurden Automaten aufgestellt, um Versorgung insbesondere auch nachts, am Wochenende und für nicht der Szene angehörende Konsumenten, die sich in der Apotheke oder beim Spritzenumtausch nicht „*outen*“ wollten, zu ermöglichen.

(4) Vermittlung von Substitutionsbehandlungen für Drogenkonsumenten bzw. Vertreten der Forderung nach der Einrichtung von Methadonprogrammen (vgl. Bossong/Stöver 1992).

(5) Unter „Gesundheitsprävention“ ist ebenfalls die Arbeit mit drogenkonsumierenden Prostituierten wie auch Freiern mit dem Ziel der Information und Aufklärung über Ansteckungsschutz zu verstehen, einschließlich der Unterstützung von Selbsthilfe-Ansätzen und der Einrichtung von besonderen Ruheräumen für Prostituierte (vgl. Michaelis 1990).

(6) Einrichtung von Sprechstunden oder Stellen der ambulanten Wundversorgung, insbesondere kleinerer Verletzungen, aber auch von Abszessen.

Insbesondere die Abgabe und der Austausch von Spritzen war ein heftig diskutiertes, von den Drogenbeauftragten ebenso wie von den herkömmlichen

Drogenberatungsstellen als eine Form von „Komplizenschaft mit der Sucht“ radikal abgelehntes Angebot: „Das ist ähnlich, wie wenn man einem Alkoholiker einen Satz Likörgläser schenkt und sagt, er solle nicht mit anderen aus einer Flasche trinken“ (Heckmann, zit. n. Schuller/Stöver 1988a, S. 15). Entsprechend schwer war für Drogenkonsumenten lange Zeit auch der Zugang zu Spritzen. Obwohl eigentlich eine frei verkäufliche Ware, gaben Apotheken lange Zeit keine Spritzen ab. Im März 1987 wies der Bundesverband Deutscher Apothekerverbände seine Mitglieder ausdrücklich darauf hin, daß der Verkauf der Spritzen auch an Drogenkonsumenten zulässig ist. Und erst im gleichen Monat hatten auch die Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder ihre bisherige Position revidiert und erklärt, daß die Abgabe von Einwegspritzen nicht der Ausbreitung des Drogenkonsums Vorschub leistet und als vertretbar angesehen werden kann. Dennoch blieben bspw. bei der Stadt Stuttgart bereits angeschaffte Automaten lange Zeit im Keller, weil der Widerstand gegen die Abgabe steriler Spritzen allein im Rahmen der Aids-Prävention als zu fragwürdig angesehen wurde.

(7) Einrichtung von „Druckräumen“ oder „Frei-Räumen“, in denen Gelegenheit besteht zum ungestörten Aufhalten und Injizieren, wobei die Versorgung mit sterilem Spritzbesteck, mit Ascorbinsäure und mit Desinfektionsmitteln ebenso gesichert werden kann wie im Notfall u.U. eine schnelle erste Hilfe bei bspw. durch falsche Einschätzung der Zusammensetzung verursachter Überdosis oder anderen gesundheitlichen Notfällen. Dies als Ergänzung zum Angebot der Kontaktläden (vgl. Herwig-Lempp et al. 1993).

(8) Demonstrative Untersuchung von Heroinproben als Verbraucherinformation und zur Reduktion des kriminalisierungsbedingten Risikos mit dem Ziel, eine Veröffentlichung der Routineergebnisse der Polizei zu erreichen.

(9) Angebote in den Bereichen Ernährung, Schlafen und Wohnen, d.h. der Befriedigung existentieller Bedürfnisse. Hierunter fallen Angebote für warmes Essen ebenso wie Aufbau von Wohnprojekten (Übergangswohnen, Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen für Aids-Kranke) für Drogenkonsumenten, wo ohne besonderen Clean-Anspruch eine Möglichkeit zum Ausstieg aus der Lebenssituation „Straße“ angeboten wird, oder reinen Übernachtungsangeboten (*sleep-in*).

(10) Vermittlung oder Einrichtung von Entzugsmöglichkeiten, die nicht an eine nachfolgende Therapie gekoppelt und nicht unbedingt auf Medikamentenunterstützung verzichten bzw. die überhaupt ambulant angeboten werden (vgl. auch Ramloch-Sohl 1989).

(11) Bereitstellung von Rechtsberatung und Unterstützung bei Verhandlungen mit Ämtern etc., Zusammenarbeit und gegenseitige Information mit Anwälten.

(12) Freizeit- und Bildungsangebote, interessenorientierte Arbeitsgruppen, Knastarbeit, erlebnisorientierte Freizeitangebote, Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

(13) Öffentlichkeitsarbeit, die auf eine Veränderung des Bildes des typischen Drogenabhängigen abzielt und neue Wahrnehmungen ermöglicht.

Wandel in der Drogenhilfe

Akzeptierende Drogenarbeit ist eine Antwort auf die zunehmend beobachtete Verelendung der Klienten. Sie wurden von der Drogenhilfe nicht mehr erreicht. Immer weniger der potentiellen Klienten gingen überhaupt in die angebotene Beratung. Eine Therapie wurde immer seltener begonnen. Die Klienten blieben aus, die Schwellen der Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen waren zu hoch.

Gleichzeitig ging es den Klienten immer schlechter. Die Infektionen und Krankheiten erhöhten sich, ihre Ernährung ließ immer mehr zu wünschen übrig. Dies hing nicht zuletzt auch mit der Wohnungssituation zusammen. Ihr durchschnittlicher Gesundheitszustand wurde immer schlechter. Dies galt insbesondere auch, wenn auch nicht ausschließlich, für die Zunahme der Ansteckungen mit Hiv ab Anfang bis Mitte der Achtzigerjahre.

Diese Verschlechterung war ursprünglich nicht ungewollt. Wie bereits geschildert, setzt das Konzept des Leidensdrucks eben auf eine zunehmende Verschlechterung der Lebensbedingungen der Klienten, um schließlich (im Idealfall) dadurch den Druck so zu verstärken, daß sie sich gezwungen sehen, die allein in Form von Beratung zu Entzug und Abstinenz-Therapie angebotene Hilfe wahrzunehmen.

Offensichtlich nicht bedacht worden war, daß dieses Konzept nicht zwingend wirksam werden mußte, daß die Menschen, die dahinter stehen, auch anders reagieren konnten: Sie sahen offensichtlich keine Möglichkeit und keinen Anreiz mehr, ihr Leben in die Hand nehmen und grundlegend verändern zu können, sie begannen zu resignieren und ließen sich zunehmend fallen. Die Verelendung nahm nur noch zu. Beobachtet wurde in diesem Zusammenhang auch eine vermehrte Nichtbeachtung der mit der Verbreitung des Hiv zunehmend notwendigen und allseits geforderten Berücksichtigung hygienischer Vorsichtsmaßnahmen bei der Benutzung von Spritzen.

Die traditionelle Drogenhilfe zeigte sich in dieser Situation nicht flexibel. Sie hielt mehr oder minder starr an ihren Konzepten fest.

Ansätze zum Umdenken gab es nur vereinzelt. So forderte Bschor bereits 1987 ein Umdenken im Hinblick auf das bundesdeutsche „Abstinenzparadigma“, wobei er ähnlich wie die Vertreter der Akzeptierenden Drogenarbeit argumentiert, indem er auf die Schnelligkeit der Ausbreitung des Hiv hinweist und feststellt, „daß mit den bisher in der Bundesrepublik üblichen Behandlungs- und Interventionsmethoden - drogenfreie stationäre Langzeittherapie, Untersuchungs- und Strafhaf, Zwangsunterbringung - nur ein relativ kleiner Teil der Risikopersonen von der Sucht befreit wird“ (Bschor 1987, S. 907). Bschor betont, daß entgegen der Auffassung der Gegner der Substitution ärztliches Tun nicht nur Behandeln zum Ziel habe, sondern gleichermaßen auch (soweit jeweils notwendig) u.a. die Verminderung von Schmerzen, die Besserung des Befindens, die Verlangsamung der Verschlimmerung einer möglicherweise unheilbaren Erkrankung, die Förderung sozialer Einbindung und auch die Verhinderung der Weiterverbreitung von Krankheiten.

Eine Besonderheit in der bundesdeutschen Drogenbehandlungsszene stellt auch vier Jahre nach ihrer Einführung noch das Angebot des niedrigschwelligen Drogenentzugs des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll in Hamburg dar (vgl. Behrendt et al. 1993). Diese Entzugsstation wird bewußt als Ausdruck einer teilweisen Umorientierung in der Drogenhilfe und mit Bezug auf die Akzeptierende Drogenarbeit betrieben. Behrendt et al. betonen, daß dies eine andere Sicht des Patienten verlange, da eine „zu heilende süchtige Persönlichkeit“ als Leitvorstellung im niedrigschwelligen Drogenentzug nur zu sehr begrenztem Erfolg führen könne.

„In unserem Verständnis von Abhängigkeit werden im Unterschied zu früherer Bevormundung die Anteile von Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit des Abhängigen ohne Illusionen über bestehende suchtspezifische Zwänge betont. Drogenkonsumenten können für sich selbst verantwortlich handeln“ (Behrendt et al. S. 123). Die einzig mögliche Herangehensweise sei, „mit dem Patienten die Antwort auf die Frage, was gut für ihn ist, sorgfältig zu erarbeiten und letztlich ihm die Entscheidung zu überlassen“ (ebd.).

Der Wandel in der Drogenhilfe orientierte sich immer auch mit an Vorbildern und Erfahrungen aus dem benachbarten Ausland. Bschor bezieht sich auf die Niederlande, wo die Abkehr vom Abstinenzparadigma neben anderem auch eine Einstellungsänderung der Bevölkerung zu Drogenabhängigen mit sich gebracht habe.

Diese würden nicht mehr in erster Linie als gefährliche Kriminelle, sondern vielmehr als behandlungswillige und -fähige Kranke eingeschätzt, was sie in der Tat auch seien, sofern ein geeignetes „Servicespektrum“ verfügbar sei (vgl. Bschor 1987, S. 909).

Aebersold zitiert aus einem offiziellen und in mehrere Sprachen übersetzten Papier des niederländischen Gesundheitsministeriums, in dem es heißt:

„Der Schwerpunkt der Drogenhilfe liegt daher heute nicht so sehr auf der Überwindung der physischen Abhängigkeit, als vielmehr auf der körperlichen Verfassung und den Lebensumständen des Drogenabhängigen. Dabei geht man zunächst davon aus, daß er nicht in der Lage ist, auf den Drogenkonsum zu verzichten. Die niederländische Regierung will also auch Menschen helfen, die nicht auf Drogen verzichten können. Zu dieser realistischen Drogenpolitik gibt es keine vernünftige Alternative. Ein Verzicht auf diese Hilfe würde die Risiken des Drogenkonsums für den einzelnen und die Gesellschaft nur erhöhen“ (zit. nach Aebersold 1986, S. 122).

Insbesondere die niederländischen, schweizerischen und dänischen Ansätze einer Verminderung der Repression durch Drogenpolitik und in der Drogenhilfe wurden und werden in der Bundesrepublik intensiv rezipiert, wie insbesondere die angeforderten Beiträge über die dortige Entwicklung in Sammelbänden (Schuller/Stöver 1990, Bossong/Stöver 1992), aber auch eigene Reisen und Erkundungen in Nachbarländer (vgl. u.a. Aids-Prophylaxe 1987, Schuller/Stöver 1988, Herwig-Lempp et al. 1993) belegen. Beim Blick über den Zaun erschien das Gras zuweilen vielleicht saftiger als es war und ist, die dortigen Zustände wurden, auch im Sinne eines Ansporns für das eigene Engagement, idealisiert. Trautmann (1990) merkt hierzu an, daß das Amsterdamer Modell der Methadonvergabe angesichts der bundesrepublikanischen Sicht zwar als beispielhaft niedrigschwellig und normalisierend erscheint, dies jedoch nur teilweise richtig sei, da aus niederländischer Perspektive in jüngerer Zeit eine stagnierende, in Teilbereichen möglicherweise rückläufige Entwicklung des liberalen Ansatzes beobachtet werden könne. Gründe dürften dabei vor allem darin zu suchen sein, daß „das Drogenproblem“ nicht schnell und umfassend „gelöst“ werden konnte.

Die Kritik an dem Ansatz der Akzeptierenden Drogenarbeit, mit der sich Steffan (1990) ausführlich auseinandersetzt, hebt insbesondere immer wieder darauf ab, daß der Versorgungscharakter und die Unverbindlichkeit des Angebots sowie die Aufmerksamkeit und Zuwendung für die Konsumenten allenfalls zu einer Verlängerung der Sucht führen würden. Dadurch würde der Anreiz, das Konsumverhalten zu ändern, verringert, die Unterstützung in bezug auf die Sicherung des Existenzminimums würde

als Bestätigung und Belohnung des Drogengebrauchs aufgefaßt, und die Notwendigkeit, von sich aus tätig zu werden und etwas ändern zu wollen, würde verhindert. Doch übersehen die Kritiker, daß bereits grundsätzlich das Recht, das Drogenkonsumverhalten der Mitmenschen aufgrund von (historisch) zufälligen Krankheitsdefinitionen beeinflussen und festlegen zu wollen, in Frage gestellt werden kann. Ziel ist nicht die Abstinenz, weshalb die Kritik hier zu kurz greift.

Zudem wird bei diesen Argumenten wiederum nicht berücksichtigt, daß die bisherigen Ansätze einer Drogenhilfe, deren einziges Ziel die absolute und möglichst sofortige Abstinenz und deren Strategie im wesentlichen die der Erhöhung des Leidensdruckes ist, den größten Teil der Konsumenten nicht mehr erreichte. „Nicht eine akzeptierend ausgerichtete Drogenarbeit, die sich mit problemlagenadäquaten Angeboten gezielt um die Unerreichten und Unversorgten bemüht, wirkt suchtvrlängernd, sondern eher ein Hilfssystem, das auf hohen Zugangsschwellen fußt“ (Steffan 1990, S. 54).

Wie Steffan ausführt, findet die Auseinandersetzung mit der Akzeptierenden Drogenarbeit weniger schriftlich in Form von Fachbeiträgen als vor allem im täglichen Konkurrenzkampf und Kleinkrieg statt. Hieraus ist auch ein weiteres Hauptargument der Gegner akzeptierender Ansätze zu verstehen, die durch sie eine Diskreditierung der traditionellen Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen bei den potentiellen Klienten als repressiv und ungeeignet befürchten. Zudem entstehe möglicherweise „in der Öffentlichkeit wie auch unter Abhängigen [der] Eindruck, es gäbe tatsächlich eine Alternative zur jetzigen Praxis der Drogenarbeit“ (Bleicher, zit. nach Steffan 1990, S. 59). Tatsächlich werden Alternativen entwickelt, doch auch wenn man von der Richtigkeit und höheren moralischen Wertigkeit des eigenen Ansatzes überzeugt zu sein scheint (Steffan spricht, möglicherweise berechtigt, von „bisweilen fast schon missionarischem Übereifer“, 1990, S. 53), wird Akzeptierende Drogenarbeit nicht als eine die traditionellen Beratungs-, Entzugs- und Therapie-Angebote ausschließende, sondern sie lediglich ergänzende, aber notwendig ebenfalls zur Verfügung stehende Hilfe gefordert und verstanden. Es wird wiederholt darauf hingewiesen, daß die *unterschiedlichsten* Hilfs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen sollten, um den verschiedenen Menschen mit ihren verschiedenen Vorstellungen und Wünschen gerecht werden zu können.

Allerdings wird damit das Leidensdruck-Modell in Frage gestellt und die daraus folgende Strategie verhindert oder doch erschwert. Die traditionelle Drogenhilfe ist zu sehr der Vorstellung vom Modell des Trichters, in den der Drogenkonsument gleichsam geraten soll, bis ihm kein Ausweg mehr bleibt und er buchstäblich *von der Not*

gedrungen Entzug und erfolgreiche Therapie durchlaufen muß, verhaftet, als daß sie erkennen könnte, daß dieses Modell häufig gar nicht funktioniert - und als daß sie begreifen könnte, daß es noch ein anderes Menschenbild geben könnte als ein mechanistisches.

Akzeptierende Drogenarbeit in der Bundesrepublik Deutschland verfolgt in dieser Situation mehrere Absichten und Ziele, auf unterschiedlichen Ebenen:

Zum einen geht es darum, den Drogenkonsumenten zu helfen, einen gewissen menschenwürdigen Mindeststandard an Lebensqualität zu erreichen und zu erhalten.

Darüberhinaus aber will man - und hier sieht man sich in bewußtem Widerspruch zum Beratungsmodell des Leidensdrucks - die Klienten dabei unterstützen, ihre Handlungsfreiheit zu erhöhen, d.h. ihnen auch mittelfristig noch Chancen und Möglichkeiten erkennbar werden zu lassen, daß es sich lohnt, noch einmal etwas für ihr Leben zu unternehmen, es zu wagen, etwas verändern zu wollen.

Und schließlich geht es immer auch darum, die Grundlagen dieser in den Augen der Akzeptierenden Drogenarbeit verfehlten Drogenhilfe zu verändern, d.h. auch auf der politischen Ebene etwas zu bewegen. Ziel war und ist es, Anstöße zum Umdenken zu geben und andere dazu zu bringen, ihr Konzept zu überdenken.

Drogenpolitik

Die Verelendung der Drogenszene, die mangelnden Perspektiven für die Gebraucher illegaler Drogen, die zunehmende Verbreitung der Hiv-Ansteckung - all dies wurde immer auch als Ausdruck und Ergebnis einer verfehlten Drogenpolitik gesehen.

Die Kritik orientiert sich an der Kriminalisierung und strafrechtlichen Verfolgung der Szene. Diese wurde und wird weiterhin begründet mit einer Unterscheidung legaler und illegaler Drogen, die sich mit inzwischen nicht mehr haltbaren Annahmen und Behauptungen über die Wirkungen und die Gefährlichkeit bestimmter Drogen wie Heroin, Kokain und Marihuana beziehen. Die Grundgefahr, wird nach wie vor behauptet, geht von der Droge selbst aus, sie sei es, die Wirkungen wie (lebenslange) Abhängigkeit, gesundheitlichen Verfall, fehlende soziale Beziehungen etc. hervorrufe. Demgegenüber halten Kritiker immer wieder dagegen, daß die Wirkungen nicht in der Droge selbst liegen.

„Bei Heroin und Methadon sind - im Gegensatz zum Alkohol und zum Nikotin - keine tiefergehenden körperlichen Nebenfolgen bekanntgeworden - von der Abhängigkeit als solcher und den damit verbundenen Entzugserscheinungen abgesehen“ (Quensel 1982, S. 156). Erst Illegalisierung und Kriminalisierung bringen „Junkies“ hervor, wie wir sie heute auf der Szene sehen. Sie bringen Schwarzmarkt, horrenden Preise, die Notwendigkeit diese zu finanzieren und damit Kriminalität, Prostitution und die Erschwerung sozialer Kontakte mit sich. Und vor allem die Verunreinigung des Stoffes, die Unsicherheit über seine Zusammensetzung, die damit verbundene Gefahr der Überdosierung (und des daraus möglicherweise folgenden ungewollten „goldenen Schusses“), die gesundheitlichen Gefahren. Die Kriminalisierung ist der Versuch, den Drogenmarkt durch Verknappung „auszutrocknen“. Doch dies gelang bisher nicht und wird wohl auch weiterhin nicht gelingen. Stattdessen erschwert es den Drogengebern die Erhaltung des Lebensstandards - was wiederum dem Konzept der traditionellen Drogenberatung entgegenkommt.

Akzeptierende Drogenarbeit verknüpfte die praktische Arbeit auf der *individuellen* Ebene - anders als die „nichtbevormundende“ Drogenarbeit - von Anfang an immer mit einem politischen Engagement, das sich auf die *gesellschaftliche* Ebene bezieht: Man versucht, Einfluß zu nehmen, um die Grundlagen und Bedingungen der Drogenarbeit ebenfalls zu verändern. Deutlich wird diese Zweigleisigkeit bspw. auch an dem Namen, den sich der Bremer Verein, 1986 von Absolventen und Studenten der Universität Bremen gemeinsam mit Betroffenen der Bremer Drogenszene gegründet, gegeben hat: „Arbeitskreis Kommunale Drogenpolitik/Verein für Akzeptierende Drogenarbeit.“

Nur eine Verknüpfung von Drogenpolitik und Drogenarbeit verspricht Aussicht darauf, eine Veränderung der gesellschaftlichen Reaktion gegenüber Drogenkonsumenten sowie eine Verbesserung ihrer Lebensbedingungen zu erreichen. Auf der politischen Ebene wurde ein Forderungskatalog mit einer Reihe von Punkten, verschiedenste Bereiche im Rahmen ihrer jeweiligen Entscheidungsfreiheit betreffend, gestellt:

- An die Politik: Gesetze zu schaffen, die langfristig eine Entkriminalisierung bewirken und auf Dauer eine Befreiung vom „Beschaffungsstreß“, der zu Krisensituationen und *needle-sharing* führt, mit sich bringen, wobei über eine alleinige Entkriminalisierung hinaus auch Möglichkeiten von Substitution gefordert wurden. Diese zumindest sind heute, 1993, partiell, wenn auch noch nicht für alle gleichermaßen zugänglich, eingerichtet und im weiteren Aufbau: „Die Diskussion über die Methadon-Substitution ist heute eine andere als noch vor drei oder vier

Jahren. Wurüber - mit Recht - gestritten wird, ist das ‚Wie‘ der Substitutionsbehandlung“ (Bossong/Stöver 1992, S. 12).

- An die Polizei: Eine Einstellung ihrer Razzien unter Drogenkonsumenten und auf der Szene (und in diesem Zusammenhang die Nichtbeschlagnehmung gebrauchter Spritzen als Beweismittel), die Tolerierung von „Frei-Räumen“ in Szene-Nähe, in denen Konsumenten unter sterilen Bedingungen und in Ruhe ungestört konsumieren können, anstatt sich in Hauseingängen, auf Kinderspielplätzen oder auf Toiletten schnell einen „Schuß“ setzen zu müssen, sowie eine Veröffentlichung von Untersuchungsergebnissen über die Zusammensetzung von auf dem Markt befindlichen Drogen im Sinne eines Verbraucherschutzes.
- An die Richter: Reduktion von Gefängnisstrafen, Aussetzen von Haftstrafen zur Bewährung (nach § 56 Stgb), um Raum zu gewinnen für Beratung und Therapie, Verzicht auf die „Verhängung“ von Therapie unter Androhung von Strafe.
- Im Strafvollzug: Zurverfügungstellung von sterilen Einwegspritzen in Automaten (ebenso wie Kondome), Einrichtung von Methadon-Substitutionsprogrammen für Drogenabhängige, Aufhebung von Diskriminierungen der einsitzenden Drogenkonsumenten im Strafvollzugsalltag (Urinkontrollen, Urlaubs- und Vollzugsbeschränkungen, Ausschluß vom offenen Vollzug).
- Im Angebotsbereich Entzug, Beratung, Therapie: Programme zur Förderung und Verbreitung niederschwelliger und akzeptierender Formen der Drogenhilfe, Loslösung vom Abstinenzparadigma, Abkehr vom „Trichter-Prinzip“ und der „Therapeutischen Kette“, an die die Konsumenten gelegt werden sollen, hin zur Vielfalt unterschiedlicher Angebote, Einrichtung von medikamentengestützten („weichen“) und nicht an eine nachfolgende Therapie gekoppelten Entzugsmöglichkeiten, Entwicklung ambulanter Entzugs- und Therapieangebote als Alternativen und Ergänzungen zu den Langzeiteinrichtungen.

Darüberhinaus geht es darum, die gesellschaftliche Ausgrenzung der Drogenkonsumenten, wie sie durch die Kriminalisierung angestrebt, erreicht und damit auch bspw. für Medizin und Sozialarbeit fast zwangsläufig mit vorgegeben wird, allmählich aufzuheben und die für diesen Personenkreis notwendigen Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten in andere, bestehende Maßnahmen der Sozialarbeit zu integrieren oder exemplarisch als ein Stück notwendiger Normalisierung einzurichten. Bisher wird der Ausgrenzungsprozeß durch eine Spezialisierung und Aussonderung der Drogenkonsumenten ebenso wie der Drogenhilfe-Angebote eher gefördert - etwa auch

dadurch, daß die Sozialhilfe bei vielen Sozialämtern an Drogenkonsumenten bei besonderen Stellen ausgegeben wird.

Es wird konsequent noch einen Schritt weitergegangen und die Frage nach der Gestaltung der *Drogenkultur* gestellt, d.h. danach, wie in der Gesellschaft grundsätzlich ein anderer Umgang mit Drogen gefunden werden kann, der nicht auf Ausgrenzung und Prohibition beruht.

Josuttis (1981) beschreibt fünf Formen des sozial anerkannten und gesetzlich geregelten Umgangs mit Drogen, die er als eine „Politik der Abwehr“ beschreibt, wobei er die Problematik des unterschiedlichen Umgangs mit unterschiedlichen Stoffen betont:

- die (teilweise) Freigabe einzelner Stoffe wie Alkohol und Tabak,
- die Warnung vor Drogenkonsum als Prävention,
- die Heilung mit Hilfe von Drogen,
- die Rettung aus der Drogensucht, und
- die Einschränkung und Bestrafung des Handels mit Drogen.

Eine alternative Drogenpolitik, auch wenn sie gegenwärtig noch nicht abzusehen sei, „dürfte im Ziel mit der Politik der Abwehr einig sein. Es gilt zu verhindern, daß Menschen, die mit Hilfe von Drogen zur Ich-Findung gelangen möchten, eben dadurch einen Ich-Verlust erfahren. Die bisherige Drogenpolitik hat dieses Ziel aber nicht erreicht und mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln auch nicht erreichen können“ (Josuttis 1981, S. 1287).

Drogenkonsum lediglich mit Verboten und Einschränkungen des Marktes zu begegnen, bringt mit sich, daß ein wesentlicher Teil menschlichen Lebens ausgegrenzt wird. Eine gesellschaftliche Auseinandersetzung über die nun verbotenen Drogen wird so verhindert - eine Auseinandersetzung, die auch das Lernen um einen vernünftigen Umgang damit einschließt. Hier wird im Auge behalten, was im Grunde bereits weit über die Akzeptierende Drogenarbeit selbst hinausreicht.

Marzahn greift Josuttis' „Unbeholfene Überlegungen zu einer alternativen Drogenpolitik“ auf und entwirft Perspektiven für die gesellschaftliche Integration des Drogengebrauchs auch der illegalen Drogen: „Das bedeutet, soziale Verständigung zu ermöglichen über Lebensziele und Lebensformen. Das bedeutet auch, soziale Orte und

Situationen zu schaffen, an denen Drogengebrauch gewissermaßen gefahrlos möglich ist, das heißt frei von den heutigen Markt- und Verfolgungsgefahren und eingebunden in stützende Rituale und Gebräuche“ (Marzahn 1982, S. 42).

Dies ist eine wesentlich weitergreifende Perspektive als die bloße Entkriminalisierung und Freigabe der bisher illegalen Stoffe, die, für sich genommen, lediglich zunächst eine ebenso „schrakenlose Vermarktung“ (ebd.) zur Folge haben würde, wie die bisher schon legalen Stoffe Alkohol, Medikamente und Tabak.

Das (utopische?) Ziel dahinter ist es, gesellschaftliche Bedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, für alle Stoffe erkennen zu können, „daß und wie mit Drogen nicht problematisch, sondern in gemeiner, autonomer und kundiger Form umgegangen werden kann. *Gemein* ist dieser Umgang, weil Drogenkultur ihrem Wesen nach nicht solipsistisch ist, sondern ein soziales Ereignis, das alle Beteiligten angeht und von allen ausgeht und bei welchem der Einzelne fest eingebettet ist in eine vertraute und verlässliche Gemeinschaft. *Autonom* ist dieser Umgang, weil er weder durch Verbote noch durch Anheimfallen fremdbestimmt erfolgt, sondern sich nach erfahrungsgeleiteten, selbstgesetzten Regeln richtet. *Kundig* ist dieser Umgang, weil er auf einem Wissen um die Lust und Last der Drogen beruht. Krankheit und Tod können sie bringen, aber auch den Weg öffnen, der herausführt aus unserer normalen Wirklichkeit, aus unseren sozialen Rollen, aus unserer Alltagsidentität ...“ (Marzahn 1983, S. 128).

Der Begriff der „Abhängigkeit“

Vordringlichstes Ziel Akzeptierender Drogenarbeit ist nicht die Abstinenz, ist *nicht* die Therapie der Klienten. Drogenkonsumenten, auch wenn sie als „Abhängige“ bezeichnet werden, haben ein Recht auf ein menschenwürdiges Leben, selbst wenn sie ihren Drogenkonsum momentan nicht aufgeben wollen. Immer wieder wird betont, daß zwischen Abhängigkeit einerseits und Verelendung andererseits zu unterscheiden ist. „Abhängigkeit führt nicht notwendig zur Verelendung, das beweisen etwa die klassischen Morphinisten oder die Schickeria-Kokainisten“ (Aebersold 1986, S. 121)

Dies heißt nicht, daß man die Konsumenten nicht dabei unterstützt, wenn sie ihren Konsum beenden wollen. Akzeptierende Drogenarbeit versucht jedoch, bestimmte notwendige gesundheitliche und soziale Existenzgrundbedingungen einzurichten oder zu vermitteln, die erst ein menschenwürdiges Leben ermöglichen. (Auch dann, wenn

man die Klienten dazu bringen wollte, daß sie von selbst bereit sind, den Konsum sein zu lassen, muß man über Bedingungen verfügen, die es dem Klienten wert zu sein scheinen, sein Verhalten zu ändern).

Zur Menschenwürde gehört eindeutig die Freiheit, sich selbst zu entscheiden, ob und welche Drogen man konsumieren will. Akzeptierende Drogenarbeit setzt voraus, daß das Gegenüber diese Freiheit erhält und die Unterstützung nicht von einem bestimmten Wohlverhalten (Abstinenz) abhängig gemacht wird.

Die Frage der Abhängigkeit wird in der Akzeptierenden Drogenarbeit eher peripher, auf jeden Fall nicht als entscheidend betrachtet. Gleichzeitig wird der Begriff (und damit das dahinterstehende Konzept) der „Abhängigkeit“ bzw. „Sucht“ nicht ganz verworfen, wohl aber eingeschränkt.

Bekannt sind den Vertretern der Akzeptierenden Drogenarbeit, ohne daß sie sie teilen, auch die vielfältigen Erklärungsansätze für das als Ausdruck von Abhängigkeit bezeichnete Verhalten, die Grundlage und theoretischer Hintergrund der traditionellen Drogenhilfe sind und im Kern von einer „Persönlichkeitsstörung“ ausgehen.

Demgegenüber wird festgestellt, daß „Abhängigkeit nicht per se - weder subjektiv noch objektiv - eine Störung der Persönlichkeit darstellen muß: Mit einer ganzen Reihe von Abhängigkeiten leben wir überwiegend unbeschwert. Wenn wir einen weiten Drogenbegriff zugrunde legen, dann ist Drogenabhängigkeit ein Alltagsverhalten, jedenfalls ein Normalverhalten und keine Abweichung als solche“ (Stöver 1990, S. 20).

Akzeptierende Drogenarbeit faßt Heroinkonsum weder als Krankheit auf, also z.B. als Ausdruck tieferliegender Persönlichkeitsstörungen, einer Charaktermorbidity, der Existenz einer Suchtstruktur oder anderer Defekte oder Unregelmäßigkeiten, noch prinzipiell als psychosoziales Problem, etwa als falsch gelerntes Verhalten, Ausdruck entfremdeter Lebens- und Arbeitsbedingungen. Sie nimmt sie zunächst als eine eigenständige Entscheidung für eine bestimmte Droge und einen bestimmten Lebensstil. Dabei wird davon ausgegangen, daß auch fortgesetzter Opiatkonsum nicht zwangsläufig mit Kontrollverlust oder Verlust eigener Entscheidungsfähigkeit gleichzusetzen ist. Wobei festzuhalten bleibt, daß diese Entscheidung nur insoweit auch tatsächlich eine freie Entscheidung bleibt, als der Ausstieg bzw. die Chance zu Veränderungen als potentiell möglich erlebt werden und zumindest die Bedingungen dafür gegeben sind.

Darüberhinaus ist die Nicht-Fokussierung von Abhängigkeit im Umgang und der Arbeit mit dem Drogenkonsumenten durchaus auch beabsichtigt und begründet: „Indem nicht mehr seine Abhängigkeit als sein zentrales (Lebens-)Problem thematisiert wird, wird es ihm mit einer veränderten Bedeutungsgebung ermöglicht, veränderte Interaktionsmuster zu finden und auch sich selbst wieder entscheidungsfähig zu erleben“ (Stöver 1990, S. 22). Voraussetzung ist, daß die Helfer tatsächlich in der Lage sind (und es sich nicht nur um einen „Trick“ handelt), ihm sein Recht auf freie Entscheidung zuzugestehen. Dann wird er sich als autonom erleben können und so unter Umständen seinen Drogenkonsum als von ihm selbst kontrolliert erleben, ihn dabei vielleicht nicht einmal verringern, sondern evtl. sogar steigern - aber dann mit dem Gefühl, sich besser unter Kontrolle zu haben und Herr über sich selbst zu sein. Abstinenz kann zwar, aber sie muß nicht am Ende stehen.

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, daß das Konzept von Drogenabhängigkeit (und damit letztlich auch ihre Existenz, ihr Vorhandensein) in der Akzeptierenden Drogenarbeit zwar nicht in Frage gestellt wird, jedoch erheblich an Bedeutung verliert, bis hin zur Vernachlässigung. Entscheidender orientiert man sich an den immer auch vorhandenen Ressourcen des Drogengebrauchers, an den ihm verbleibenden Entscheidungsspielräumen, die im wesentlichen eher von außen, den gegenwärtigen Rahmenbedingungen, als aus der „Abhängigkeit“ kommen. Dementsprechend bezieht sich die durch Akzeptierende Drogenarbeit angestrebte Rekonstruktion von Unabhängigkeit nicht auf die Krankheit Abhängigkeit, sondern auf die Schaffung von Bedingungen, in denen dieser Faktor keine wesentliche Bedeutung mehr hat.

Rekonstruktion von Unabhängigkeit II: Der systemische Ansatz

„Und die Sache mit dem Sich-Verlieben“, sagte Wally zu Angel, „ist die, daß du niemanden zwingen kannst. Es ist ganz natürlich, daß du willst, daß jemand, den du liebst, tut, was du willst oder was, wie du glaubst, gut wäre für den anderen. Du darfst dich bei Leuten, die du liebst, genauso wenig einmischen, wie du dich bei Leuten einmischen darfst, die du nicht einmal kennst. Und das ist schwer“, fügte er hinzu, „denn oft ist dir danach zumute, dich einzumischen - du willst derjenige sein, der die Pläne macht.“

John Irving, Gottes Werk und Teufels Beitrag

„Ich finde es wundervoll“, sagte Bea [...], „daß es so komplex ist. Ich möchte nicht so ohne weiteres verstanden werden.“

John Updike, Ehepaare

Mit dem systemischen Ansatz eröffnen sich Perspektiven für den Umgang mit den Klienten selbst, um ihnen in der Beratung oder Therapie über die in der Akzeptierenden Drogenarbeit angestrebte medizinisch-soziale Versorgung, der Sicherung von Grundbedürfnissen und damit dem Offenhalten von Lebensperspektiven hinaus Unterstützung bei der Re-Konstruktion von Un-Abhängigkeit zu entwickeln.

Wenn das Ziel herkömmlicher Drogentherapie der selbständige, autonome Mensch ist, der in eigenverantwortlicher Weise mit Drogen umzugehen weiß, so ist dies bereits der Ausgangspunkt der Systemischen Therapie, die Voraussetzung und Grundannahme - allerdings wird sie bedingungslos vorausgesetzt und nicht in Abhängigkeit vom Erreichen oder Aufrechterhalten eines ganz bestimmten Verhaltens (Abstinenz) gestellt.

Entwicklung

Den systemischen Ansatz gibt es nicht. „Systemische Therapie“ ist ein weitverbreiteter Begriff, der in der Regel zunächst vor allem darauf bezogen ist, daß man es mit einer Gruppe von Menschen (einem „System“) zu tun hat. *Familie* wird dann synonym gesetzt mit *System*.

Darin spiegelt sich wider, daß der systemische Ansatz eine Weiterentwicklung der Familientherapie ist bzw. sich als eine Variante daraus entwickelt hat. Hatte sich

Psychotherapie bisher nur mit dem Individuum befaßt und seinen innerpsychischen Vorgängen, die unmittelbar nur ihm selbst zugänglich sind, so wurde mit der Entwicklung der Familientherapie in den fünfziger und sechziger Jahren das Feld durch den Blick auf die Familie erweitert: Nun konnten Interaktionen zwischen Familienmitgliedern beobachtet, analysiert, auf das Verhalten der Einzelnen bezogen und damit auch dem Zugriff der Therapeuten durch Interventionen besser erschlossen werden.

Guntern verglich diese Veränderung mit dem Paradigmenwechsel vom ptolemäischen zum kopernikanischen Weltbild und bezeichnete sie als *Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie* (Guntern 1980). Das bislang gültige Paradigma bezeichnete er als reduktionistisch: monokausal, monofaktoriell und eindimensional. Demgegenüber verwerfe das systemische Paradigma solchen Reduktionismus und ersetze ihn durch multi-konditionelle, multi-faktorielle und multi-dimensionale Ansätze: „Pathologisches Verhalten wird somit erklärt als die Folge eines spezifisch strukturierten, transaktionellen Feldes, in dem sich genetische Faktoren [...], dauernde Lernprozesse und die transaktionellen Muster (Kommunikationspatterns) zwischen den Individuen eines Humansystems (z.B. Paar, Familie, Dorf) sowie zwischen dem Humansystem und seiner ökologischen Umwelt zu einem ganz bestimmten Konstellationsmuster verweben, das schließlich pathologisches Verhalten auslöst“ (Guntern 1980, S. 4).

Grundlegend blieb dabei weiterhin die Vorstellung, daß es um Krankheit und Gesundheit, um die „Reparatur einer Abweichung“ geht: Die Schizophrenie des Kindes wird - so eine der bekanntesten, richtungsweisenden und später doch auch revidierten Aussagen - durch die double-bind-Kommunikation der Mutter verursacht (vgl. Bateson et al. 1969). Dabei ist unhinterfragt sowohl die Existenz der Krankheit selbst als auch ihre direkte linear-kausale Verursachung, die den Grund nun nicht mehr in Vererbung oder psychischer Disposition sieht, sondern die „Schuld“ der Mutter gibt.

Der systemische Ansatz entstand hieraus durch Verlegung des Schwerpunkts des Interesses auf die Beziehungen unter den Mitgliedern der Familie und die Regeln ihres Zusammenlebens. Der Gedanke der zirkulären Kausalität wurde aufgegriffen und in der therapeutischen Praxis durch „zirkuläres Fragen“ experimentell umgesetzt: Die Familienmitglieder wurden über ihre Annahmen hinsichtlich der Unterschiede und Beziehungen zwischen den anderen Familienmitgliedern befragt sowie über ihre Annahmen über die Annahmen der anderen. Die Suche nach der linearen Verursachung des Verhaltens der Familienmitglieder (und damit der Frage der „Schuld“) wurde eingestellt und so ein gemeinsames Kommunizieren auf der Meta-Ebene ermöglicht,

was wiederum den Familienmitgliedern neue Erfahrungen, neue Ansichten und neue Handlungsspielräume eröffnete.

Verstärkt war man an Fragen der Regelung von Systemen interessiert und fand Anregung in der Kybernetik und der Informationstheorie. Dabei spielte dann zunehmend auch wieder die Frage des Beobachters eine Rolle, der nicht unbeteiligt ist am Verhalten eines Systems: Denn er ist es, der das System durch seine Beobachtung erst entstehen läßt. Ein System existiert nicht per se: Es wird von jemandem zusammengestellt und von jemandem aus seiner Umgebung herausgehoben (*existere*, lat., bedeutet „heraustreten, zum Vorschein kommen“).

Der Begriff „systemisch“ erinnert hierbei (über den Bezug zum Begriff der Systeme hinaus) an die Beteiligung der Subjekte bei der Konstruktion der Wirklichkeit. Er erinnert, daß es sich bei Beschreibungen und Erklärungen immer um etwas handelt, das von jemandem gegeben wird und gesehen wird.

Rotthaus (1990, S. 33f) schlägt als mögliches Unterscheidungsmerkmal für verschiedene Strömungen der Familien- bzw. Systemischen Therapie vor, sie jeweils dem „Kontrollmodell“ oder dem „Autonomiemodell“ zuzuordnen (vgl. auch Dinslage 1987).

Demnach sehen die Vertreter der Therapierichtungen, die dem Modell der Kontrolle oder Fremdsteuerung nahestehen, familiäre Probleme als Ausdruck von Fehlern, Störungen oder Defiziten des Systems Familie. Diese sind funktional in dem Sinn, als sie eine unzureichende Entwicklung oder Organisation des Systems im Sinne einer Gleichgewichtsregulierung auszugleichen versuchen. Vorausgesetzt wird, daß es so etwas wie einen „Normalzustand“ gibt, den die Familie wieder zu erreichen hat. Der Therapeut hat die Aufgabe, die fehlgelaufenen Entwicklungsprozesse auszugleichen und die Familie anzuleiten und zu lehren, sich wieder richtig zu verhalten. Da es sich um eine Input-Output-Vorstellung handelt, ist es Aufgabe des Therapeuten, die richtigen „Instruktionen“ zu geben, um den Normzustand wieder zu erreichen.

Die Vertreter des Autonomiemodells sind hingegen der Überzeugung, daß es sich bei Systemen (seien es einzelne Menschen oder Gruppen) um „autopoietische“ (Maturana/Varela 1984) Gebilde handelt, d.h. sich selbst erzeugende Systeme, in die von außen nicht gezielt eingegriffen werden kann und die damit nicht steuerbar sind. Weder Art noch Zeitpunkt von Veränderungen können von außen instruiert werden. Aufgabe der Therapeuten ist es, möglichst günstige Bedingungen für mögliche

Veränderungen zu schaffen, d.h. die Handlungsfreiheit des Systems zu erhöhen. Die Entscheidung für die Veränderung aber verbleibt beim System.

Wesentliche Bedeutung in der Entwicklung der Theorie der Systemischen Therapie kommt hierbei den Biologen Maturana und Varela mit ihrem Modell der *Autopoiese* (*autos* = selbst, *poiein* = machen, schaffen) zu, das besagt, daß das Gemeinsame aller lebenden Systeme sei, daß sie sich ständig selbst erzeugen. Sie sind damit zugleich Erzeuger und Erzeugnis. Sie sind autonom in dem Sinn, als sie ihre Ziele selbst festlegen.

Während diese „autopoietische Organisationsstruktur“ bei allen Lebewesen identisch ist, unterscheiden sie sich in ihrer Struktur, die sich aus den Bestandteilen und deren Beziehungen zueinander jeweils individuell und aktuell selbst definiert. Diese Strukturen verändert das System, doch sind sie nicht gezielt von außen zu beeinflussen. Es lassen sich lediglich Strukturveränderungen auslösen, ohne jedoch festlegen zu können, in welche Richtung sie gehen. Das System bestimmt letztlich selbst seine Entwicklung.

„Es ist nicht möglich, in ein Lebewesen wie in einen Computer [...] Informationen einzugeben und festzulegen. Vielmehr bedingt die Strukturtermination, daß eine instruktive Interaktion mit einem Lebewesen unmöglich ist. Das bedeutet beispielsweise für die Erziehung: Die erzieherische Intervention bestimmt nicht, was das Kind lernt; es ist vielmehr die Struktur des Kindes, die das Schicksal der erzieherischen Intervention determiniert. Der Erzieher kann also nicht einseitig das Verhalten des Kindes bestimmen. Entsprechendes gilt selbstverständlich für Therapie“ (Rotthaus 1990, S. 36).

Hingewiesen sei darauf, daß „systemische“ Beratung oder Therapie in diesem Sinn sich heutzutage keinesfalls mehr ausschließlich an Familien richtet, sondern sich mittlerweile ganz selbstverständlich auch an Einzelne (vgl. Weiss/Weiss-Härtel 1991: *Familietherapie ohne Familie*, und: Weber/Simon 1987), an Organisationen und Betriebe (vgl. Schmitz et al. 1992 zu Systemischem Denken und Handeln im Management) und an Sportteams (vgl. Grau et al. 1987) wendet sowie auch zur Beratung im psychosozialen Bereich selbst in Form systemischer Supervision (vgl. Retzer 1990 und Hargens 1993) entwickelt wurde. Die Beratung wird, auch wenn sie nur mit einem Einzelnen zu tun hat, immer in Betracht ziehen, daß bei der Aufrechterhaltung eines Systems mehrere beteiligt sind, und daß zur Lösung eines Problems oder für Veränderungen immer mehrere notwendig sind, zwischen denen das

Problem behandelt, das Verhalten geändert wird, was auch entsprechende Rückwirkungen hat.

Schließlich geht es hier nicht um die „richtige“ Definition von systemisch und systemischer Therapie, sondern um die Darstellung eines bestimmten Beratungsansatzes. Konkret beziehe ich mich, wenn ich von „systemisch“ spreche, auf Ansätze, wie sie, u.a. ausgehend vom *Mailänder Team* um Mara Selvini Palazzoli, vor allem von der Heidelberger Gruppe um Fritz B. Simon und Gunthard Weber, von Steve De Shazer und Insoo Kim Berg in Milwaukee, von Jürgen Hargens in Meyn, Wilhelm Rotthaus in Viersen und Kurt Ludewig in Hamburg dargestellt und (weiter-)entwickelt wurden und werden.

Auf die Verwendung der Begriffe „Beratung“ und „Therapie“ sei an dieser Stelle noch kurz eingegangen: Beide werden von den Vertretern des systemischen „Ansatzes“, nicht selten synonym, verwendet. Ursprünglich wurde dieses Konzept im Rahmen von Therapie entwickelt. Zum einen wurde aber die Erfahrung gemacht, daß dieser Ansatz nicht nur für den im engeren Sinne therapeutischen Bereich sinn- und nutzvoll war, sondern sich auch auf andere Felder außerhalb der Psychotherapie, insbesondere in der Sozialarbeit, übertragen ließ. Dort bot es sich von vorneherein eher an, von „Beratung“ zu sprechen.

Zum anderen wird der Begriff der Therapie nach wie vor in erster Linie mit dem medizinischen Modell verknüpft. Um die Unterschiede hinsichtlich der Vorstellungen von Defekt/Störung/Krankheit und Wieder-Instandsetzen/Heilung zu traditionellen Vorstellungen von Therapie hervorzuheben und in Erinnerung zu rufen, wird häufig auf „Beratung“ zurückgegriffen. Dies ist auch der Grund, warum in dieser Arbeit die Begriffe „Ansatz“ und „Beratung“ bevorzugt verwendet werden.

Grundsätze systemischer Beratung

Im folgenden sollen die Grundlagen systemischer Beratung in ihren Grund-Annahmen zusammengefaßt werden:

Autonomie und Eigensinn werden den Klienten unterstellt. Sie selbst sind es, die festlegen, was sie im Rahmen der ihnen erkennbaren und zur Verfügung stehenden Möglichkeiten wollen, was für sie gut und richtig ist. Sie sind dazu in der Lage und ihnen wird das Recht dazu zugestanden.

Der Begriff „eigensinnig“ wird meist abwertend auf widerspenstige Kinder angewandt, doch bedeutet es nichts anderes, als daß der oder die Betreffende seinen eigenen Willen hat und „seinen Kopf durchsetzen“ will, auch bzw. gerade dann, wenn dies nicht mit den Interessen der anderen übereinstimmt. Aus systemischer Sicht sind Lebewesen „so geschaffen, daß sie *immer* das tun, was sie wollen. Sie tun aber nicht immer das, was sie *sagen*, sie möchten es tun, oder was andere denken, sie sollten es tun“ (Efran et al. 1989, S. 10).

Es handelt sich hierbei um eine Prämisse, eine Grundvoraussetzung: Jeder Mensch ist eigensinnig, selbständig, autonom. Sein Verhalten macht Sinn und ist sinnvoll - wenn nicht für mich, so doch für ihn selbst und aus seiner Sicht.

Klienten sind in ihrer Autonomie nicht beschädigt und beschädigbar. Es kann nicht in die Klienten eingegriffen und ihre Autonomie beschädigt werden. Instruktive Interaktion ist nicht möglich.

Daß Menschen dennoch nicht alle Wahlmöglichkeiten unbegrenzt offen stehen, ist unbestritten. Einschränkungen finden statt durch „die Wirklichkeit“.

Bevor man nun aber unterteilt nach „innerer“ und „äußerer“, nach „weicher“ und „harter“, nach „subjektiver“ und „objektiver“ Wirklichkeit, ist aus systemischer Sicht angenommen: Diese Wirklichkeit ist nicht „hart“ und unveränderbar. Das, was wir als Wirklichkeit erleben, ist unsere Konstruktion, ist unsere Auffassung von Wirklichkeit.

Diese Ausgangsannahmen werden grundsätzlich auf jeden Klienten rücksichtslos angewandt - „rücksichtslos“ weil ohne Rücksicht auf traditionelle psychotherapeutische, medizinische oder sozialwissenschaftliche Konzepte: Was dort als krankhaftes, weil abweichendes Verhalten beschrieben, definiert und behandelt wird, gilt unter systemischen Therapeuten und Beratern auf jeden Fall nicht als „verrückt“ und „unsinnig“: Das Verhalten des Klienten ist das beste unter den aus seiner Perspektive erkennbaren und möglichen Verhaltensalternativen.

Verzichtet wird auf Krankheitskonzepte. Denn auch bei ihnen handelt es sich um zur Wirklichkeit verfestigte Konstruktionen. Wird die Diagnose einer bestimmten Krankheit als Erklärung für ein Verhalten herangezogen, so ist ein wesentlicher Effekt, daß alle Beteiligten von Verantwortung und Schuld freigesprochen werden: Ursache ist einfach die Krankheit. Doch geht damit einher, daß diese Beteiligten selbst hilflos sind, daß sie die Kompetenz für eine Wiederherstellung an Experten abgeben (müssen).

Diagnosen dienen dazu, bestimmte Handlungsabläufe festzulegen und zu vereinheitlichen. Sie versuchen, unwesentlich erscheinende Unterschiede auszuklammern, um für Therapeuten Handlungsanweisungen zu erhalten. Sie haben jedoch den Nachteil, daß in der Regel Schwierigkeiten bei der Festlegung auf eine bestimmte Definition bestehen, man also nicht sicher sein kann, daß jeder dasselbe meint, wenn man davon spricht.

Man bedenke die Wirkung im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung, die solche nur scheinbar gesicherten Merksätze und Regeln haben können: „Schon nach dem ersten ‚Schuß‘ ist man unweigerlich heroinabhängig“, „einmal Alkoholiker, immer Alkoholiker“, „nach dem ersten Glas Bier kannst du wieder von vorne anfangen“ oder „ohne Langzeittherapie ist dir nicht zu helfen“.

„Individuelle ‚Eigenschaften‘ werden als Zuschreibungen und Verdinglichungen verstanden, die aus individuellem Verhalten, das in einem speziellen interaktionellen Kontext gezeigt wird, abstrahiert worden sind. Sie haben nicht nur stigmatisierenden Charakter und helfen dabei, den Betreffenden auszugrenzen, sondern tragen möglicherweise entscheidend dazu bei, daß bestimmte Verhaltens- oder Konsummuster aufrechterhalten werden. Es gilt, sie [...] wieder in Verhaltensdimensionen zurückzuübersetzen und in einen interaktionellen Kontext zu stellen“ (Weber/Simon 1987, S. 195). Als solche Eigenschaften können „Krankheiten“ wie Sucht und Abhängigkeit ebenso betrachtet werden wie auch bestimmte Verhaltensmuster, die sich darauf beziehen.

Aufgabe systemischer Beratung ist es, die Klienten zu neuen Perspektiven, zu einem anderen Erleben der „Wirklichkeit“ anzuregen bzw. die Klienten in ihrer Sicht (behutsam) zu „verstören“ (Ludewig 1987), ihre eingefahrenen (und dadurch zum „Problem“ gewordenen) Auffassungen zu „verflüssigen“ (Simon/Weber 1988). Wenn man Therapie und Beratung als einen Prozeß versteht, in dem die Klienten gemeinsam mit den Beratern eine neue Wirklichkeit konstruieren, die wiederum neue Verhaltensoptionen und Interaktionsmuster ermöglichen soll, so verhindert ein Konzept von Wirklichkeit, das unterstellt, diese sei unveränderbar, neue Perspektiven.

In Anlehnung an ein Zitat Batesons geht es darum, den Klienten „Unterschiede, die einen Unterschied machen“ erleben zu lassen, in seinem Verhalten, in seinem Denken und Fühlen, in seinem Weltbild. Dies zu ermöglichen, ist Aufgabe des Therapeuten oder Beraters. „Systemische Therapie ist dann effektiv, respektvoll und schön zu

nennen, wenn sie dazu anregt, für alle Beteiligten stets neue, konstruktive Möglichkeiten zu eröffnen“ (Eberling 1989, S. 26).

Ausgangspunkt ist immer das Leiden der Klienten - und zwar so, wie sie es benennen. Sie definieren das Problem, legen fest, in welchem Bereich es liegt und gelöst werden soll, und wann es gelöst ist. Systemische Berater legen sehr viel Wert darauf zu achten, daß sie nicht Probleme und Themenkreise beraten, die der Klient gar nicht behandelt haben will. D.h. die Klienten selbst bestimmen, worum es geht. Es werden keine Probleme in die Klienten hineindefiniert. Der Therapeut *weiß nicht*, was nun, hinter dem „vorgeblichen“, das *wirkliche* Problem des Klienten ist.

Der Berater weiß nicht und kann nicht wissen, was für den Klienten gut ist. Er kennt nicht die Lösung des Problems. Der Ausgang der Therapie oder der Beratung ist offen. Er versucht nicht, den Klienten irgendwohin zu zerren und zu ziehen, wo er ihn hinhaben will. Er verlangt nicht ein bestimmtes, von ihm selbst für richtig und gut befundenes Verhalten als Zeichen der erreichten Lösung und des Therapieerfolgs.

Selbstverständlich ist, daß keine Zwangsbehandlung stattfindet, daß die Klienten freiwillig kommen - und wieder gehen können, wenn sie wollen.

Nicht angestrebt wird eine bestimmte Lösung. Die Klienten haben selbst zu entscheiden, was sie mit ihren neuen Erfahrungen machen. Der Therapeut hat lediglich die Aufgabe, neue Wege sichtbar zu machen und als denkbare Alternativen ins Spiel zu bringen.

„Lösungen“ können sowohl Veränderungen („Wir haben herausgefunden, wie wir manchen Streit umgehen können“) eines Verhaltens als auch veränderte Sichtweisen und Bewertungen sein („Wir streiten uns zwar immer noch, aber es macht uns nicht mehr so viel aus: Denn erstens wissen wir jetzt, daß das in diesem Umfang eigentlich normal ist, und dann ist uns klar, daß der Preis für ein streitfreies Zusammenleben zu hoch ist“).

Nicht immer muß unmittelbar eine Veränderung erreicht werden, oft lassen sich durch eine andere, „lockerere“ Einstellung gegenüber scheinbar unverrückbaren Tatsachen Verbesserungen erreichen. Wird das Problem nicht mehr so drastisch gesehen, verliert es erstmal an Gewicht und Bedeutung, läßt es sich auch leichter angehen, löst sich u.U. dann auch „von selbst“.

Die Achtung der Autonomie des Klienten und die Anerkennung seines Rechts auf Eigensinn bringt es mit sich, daß das Konzept des „Widerstands“ überflüssig wird und verschwindet. Dieser vor allem in der Psychoanalyse entwickelte und dort an zentraler Stelle stehende Begriff wird durch das Konzept der „Kooperation“ ersetzt: „Jede Familie, Einzelperson oder Paar zeigt eine einzigartige Weise des Kooperierens, und die Aufgabe des Therapeuten besteht zuerst darin, sich selber diese spezifische Weise, die die Familie zeigt, zu beschreiben und dann mit dieser zu kooperieren und auf diese Weise Änderungen zu fördern“ (De Shazer 1990, S. 77).

Aus zweierlei Gründen erübrigt sich das Konzept des Widerstands. Zum einen, wenn ich davon ausgehe, daß - wenn der Klient mich nicht versteht, meine Gedanken nicht nachvollziehen kann oder Vorschläge nicht aufgreifen will - meine Ideen einfach nicht „gepaßt“ haben und es meine Aufgabe ist, andere zu finden, um ihm gerecht zu werden: „Für mich ist Widerstand der Ausdruck eines Gefühls meines Gegenübers, daß ich ihn oder seinen Standpunkt noch nicht verstanden habe, oder das Ergebnis einer Kommunikation, in der ich von meinem Gegenüber nicht oder mißverstanden worden bin“ (Horn-Wagner 1992, S. 90).

Zum anderen kommt der Klient bei einer solchen „partnerschaftlichen“ Haltung des Beraters, der ihn ernst nimmt und nicht bekämpft oder mit Gewalt in eine Richtung zu bringen versucht, nicht in die Situation, daß er sich wehren müßte: Weil ihm das Recht, selbst zu bestimmen, was mit ihm gemacht wird und wohin es geht, von vorneherein zugestanden wird.

Möglich ist dies, wie gesagt, weil das Ziel nicht die Veränderung selbst ist, sondern nur das Angebot, die Möglichkeit zur Veränderung: Die Wahl wird dem Klienten überlassen. Dabei kann die Bereitschaft, den Klienten selbst die Wahl zu lassen, d.h. ihnen eben auch zu erlauben, so zu bleiben, wie sie sind, gleichzeitig als ein grundlegendes Mittel wie auch als Voraussetzung dafür verstanden werden, den Klienten einen größeren Spielraum an Perspektiven zu eröffnen. Die Beobachtung in der systemischen Therapie zeigt, „daß es einfacher ist, sich zu ändern, wenn es einem erlaubt ist, der zu sein, der man ist“ (Efran et al. 1992, S. 112). Ähnliches stellt im übrigen Beisser für den gestalttherapeutischen Ansatz fest, wenn er behauptet, daß nach dessen Vorstellungen „der Wandel stattfindet, wenn man derjenige wird, der man ist, nicht aber, wenn man versucht, derjenige zu werden, der man nicht ist“ (zit. nach Weeks/L'Abate 1985, S. 11).

Der Klient ist für sich selbst verantwortlich. Er hat selbst zu entscheiden und zu bewerten, was gut für ihn ist. Diese Verantwortung kann ihm nicht abgenommen werden, d.h. auch, man braucht sie ihm nicht abnehmen zu wollen, und sie wird ihm auch nicht abgesprochen.

Rotthaus (1990, S. 57f) betont, daß der systemische Ansatz u.a. eben auch bedeute, sich von der Vorstellung zu verabschieden, daß der Berater oder Therapeut für den Beratungs- bzw. Therapieprozeß die alleinige oder Hauptverantwortung trage. Die Verantwortung des Beraters beschränke sich lediglich auf sich selbst und sein eigenes Handeln während der Beratung/Therapie, nicht aber für seinen Klienten und nicht dafür, wie dieser sich im Einzelfall und im Allgemeinen zu handeln und zu leben entscheide.

Der Berater ist damit „lediglich“ Experte für die Systemische Beratung, während der Klient Experte in bezug auf alle Fragen, die ihn betreffen, ist und bleibt. Beachtet man dies, läßt sich eine Konfusion der Verantwortungsbereiche vermeiden, was möglicherweise selbst wieder zum Erfolg der Beratung entscheidend beiträgt.

Elemente der Systemischen Beratung

Im Folgenden sollen einige Vorgehensweisen und Methoden aus der Systemischen Beratung dargestellt werden. Es kommt dabei wiederum nicht auf Vollständigkeit an, sondern auf Eindrücke, Anregungen und Ideen davon, wie die dargestellten Grundsätze Systemischer Beratung sich in die Praxis übersetzen lassen, welche Folgerungen sie für das Beratungsgespräch haben.

Ziel ist es, hier darzustellen, wie sich die aufgeführten Grundannahmen in Methoden niederschlagen können und mit welchen Vorgehensweisen angestrebt wird, gemeinsam mit den Klienten eingefahrene Sichtweisen zu lockern, neue Geschichten zu erfinden, neue Wirklichkeitsoptionen zu konstruieren, und neue Handlungsperspektiven zu entwerfen. Allerdings können die Methoden nur vor dem Hintergrund der Grundannahmen verstanden werden, sie setzen oben dargelegte Grundsätze voraus.

Fünf Aspekte spielen dabei eine entscheidende Rolle. Es geht darum

- einen Auftrag des Klienten zu erhalten, in dem dieser selbst bestimmt und festlegt, was das Ziel der Beratung sein soll,

- Situationen, Vorstellungen, Sichtweisen („Probleme“) miteinander in Beziehung zu setzen,
- die Klienten erkennen und erleben zu lassen, daß sie selbst es sind, die handeln,
- vorhandene, bisher erprobte Lösungsstrategien zu erkennen und auszubauen,
- Anregungen zu geben, um neue Handlungsstrategien zu entwickeln und auszuprobieren.

Die Form, in der die Beratung stattfindet, ist das Gespräch, d.h. die Beratung findet als „Konversation“ statt, als ein Gespräch zwischen autonomen, erwachsenen Partnern, bei der sich die Expertenschaft des Beraters nur auf die Kompetenz bezieht, Gespräche so zu organisieren, daß sie möglichst viele Veränderungen ermöglichen, nicht aber erzwingen.

Fragen

Das Fragen nimmt in Beratung und Therapie bei jedem Ansatz eine große Rolle ein: zum Zwecke der Informationsgewinnung für den Berater. Traditionell geht man davon aus, daß der Berater über möglichst viele und möglichst genaue Informationen verfügen muß, um die bestmöglichen Interventionen in Form von Ratschlägen und Anweisungen geben zu können. Wesentlich für sein Handeln ist dann nicht nur sein Expertenwissen, sondern auch das Wissen über den jeweiligen Fall.

Auch im systemischen Ansatz spielt das Fragen eine wesentliche Rolle. Allerdings steht hier weniger die Informationsgewinnung im Vordergrund, zumal aus systemischer Perspektive „die Wirklichkeit“ nicht existiert und es weder als sinnvoll noch als nützlich angesehen wird, die „Wahrheit“ oder „objektive Tatbestände“ zu explorieren. Nicht (allein) dem Berater sollen die Antworten dienen, sondern die Klienten selbst sollen aus den Antworten, die sie geben, neue Einsichten oder doch Sichtweisen gewinnen können.

Eine Form des Fragens, die von Systemikern entwickelt wurde (vgl. Boscolo et al. 1990, Penn 1983) und die eine zentrale Stelle einnimmt, ist das *Zirkuläre (Be-)Fragen*: Bei ihm wurde zunächst in Familiensitzungen nicht die Person selbst befragt, sondern sie wurde darüber befragt, was sie denke, was ein anderes Familienmitglied auf eine bestimmte Frage antworten würde:

„Wenn ich Ihren Mann fragen würde, ...“, „Angenommen, ich hätte Ihre Tochter dazu befragt, was hätte sie geantwortet ...“, „Welche Meinung hat Ihr Bruder möglicherweise dazu...“, „Was denkt Ihr Sohn, welche Meinung Ihre Frau darüber hat“ (Ansicht eines Dritten über einen Vierten).

Ursprünglich wurde vor allem betont, daß das zirkuläre Fragen Informationen auf doppelter Ebene enthält: der Inhalts- und der Beziehungsebene. Doch erschöpft sich diese Form des Fragens ihrem Sinn nach, wie gesagt, nicht in der Erhebung von Informationen. Durch die Art der gestellten Fragen wird betont, daß es sich um Beziehungen zwischen Menschen handelt. Es kann deutlich werden, daß „ein Problem“ nicht einfach für sich allein existiert, sondern daß es Menschen sind, die zum einen dieses Problem „haben“, und die zum anderen diesem Problem unterschiedliche Bedeutung beimessen, es vielleicht unterschiedlich gewichten und sogar möglicherweise ganz verschiedene Probleme sehen. So befremdlich diese Fragen zunächst scheinen, so erfolgreich erweisen sie sich im Laufe der Beratung, und auch Klienten, die zunächst zögern, gehen später interessiert und teilweise sogar gespannt, was kommt, darauf ein. Diese Fragen erheben nicht einfach Wissen (und laden damit ein zur x-ten Wiederholung der bekannten Sichtweisen), sondern verlangen, statt der eigenen plötzlich die Sichtweise eines anderen Menschen wahrzunehmen oder zu erspüren, sich damit auseinanderzusetzen - und bringen allein bereits dadurch neue Sichtweisen ins Spiel. Sie regen darüberhinaus zu Gesprächen unter den Klienten an.

Zirkuläre Fragen lassen sich an jeder Stelle des Beratungsprozesses einsetzen, wobei es natürlich nicht darauf ankommt, unbedingt zirkuläre Fragen zu verwenden. Sie sind jedoch dabei behilflich, vermeintlich starre Verhaltens- und Erklärungsmuster aufzuweichen. Ähnliches gilt für Fragen oder Beschreibungen, die mit „Angenommen, ...“ oder „Falls es so wäre, daß ...“ eingeleitet werden. Auch in der Arbeit mit Einzelklienten kann diese Frageform verwendet und dadurch betont werden, daß auch sie nicht allein leben:

„Aus der Sicht Ihrer Schwester: Wen stört es mehr, daß Sie illegale Drogen konsumieren: Ihren Vater oder Ihre Mutter?“ „Was denken Sie, was Ihre Freundin sagen würde, wenn ich sie fragen würde, ob Sie ‚immer gleich‘ trinken oder ob es Unterschiede gibt?“

Da es in der systemischen Beratung um die Interessen, Wünsche und Ziele der Klienten geht, stehen am Anfang und, da sich Ziele und Interessen verändern können, auch im Laufe der Beratung immer wieder *Fragen nach dem Auftrag* für die Beratung im

Vordergrund: „Was ist das Problem?“ - was sich jedoch nicht in dieser Frage erschöpft. Es wird weitergefragt, wer noch an dem Problem beteiligt ist, wer am meisten darum besorgt ist, wie die anderen „das Problem“ beschreiben würden, wer am meisten an einer Lösung interessiert wäre, was die kleinstmögliche, akzeptable Veränderung wäre. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch der Zuweisungsweg, d.h. welche Rolle andere beim Zustandekommen der Beratung spielen (kommt derjenige freiwillig oder auf Druck, ist eine Veränderung möglicherweise gar nicht im Interesse des Klienten).

Kommen Klienten nur aufgrund äußeren Druckes, so wird man gemeinsam verhandeln (notfalls auch zur Klärung nochmals mit der Stelle, die eine Beratung zu erzwingen versucht), welche äußeren Bedingungen erfüllt werden sollen - und ob der Klient möglicherweise darüberhinaus die (erzwungene) Beratung in irgendeiner Weise dennoch für sich nutzen möchte oder nicht. Berg (1992) unterscheidet zwischen „BesucherInnen“, „Klagenden“ und „KundInnen“ um unterschiedliche Grade des Interesses an Veränderung der Klienten beschreiben zu können - und damit unterschiedliche Möglichkeiten zur Zusammenarbeit.

Weitere Gruppen von *Fragen* sind solche *nach Unterschieden* im Verhalten, im Erleben, im Wahrnehmen. Niemand verhält sich immer gleich, niemand ist immer in gleicher Weise betrunken, bekifft, stoned - oder auch nur in gleicher Weise „süchtig“ nach seiner Droge. Diese Beobachtungen kann der Klient an sich selbst machen, oder er kann sie mittelbar über seine Mitmenschen erfahren - und sei es nur, indem er sich überlegt, was andere wohl an ihm für Beobachtungen machen würden: *„Angenommen, Ihr Partner könnte an Ihnen unterschiedlich starkes Verlangen nach Drogen beobachten, je nach Tagen, Situationen oder Personen, die dabei sind: Was würde er uns berichten?“*

Gleiches gilt für Einstellungen und Erwartungen: *„Wer aus Ihrer Familie rechnet am meisten damit, daß Sie Ihr Leben wieder meistern werden, auch ohne Ihr Konsumverhalten zu verändern?“* *„Worin würden sich die Ratschläge Ihrer verschiedenen Freunde an Sie unterscheiden, wenn wir sie um solche bitten würden?“* Durch solche Fragen lassen sich nicht nur (für die Klienten oft überraschend) neue Beobachtungen entwickeln, sondern unter Umständen lassen sich auch allein schon durch solche Fragen wieder differenziertere Bilder der Angehörigen, Kollegen und Freunde einerseits und des „Abhängigen“ (dem „identifizierten Klienten“) andererseits entwickeln. Fronten werden aufgeweicht, Denk- und Beziehungsmuster können verflüssigt werden.

In die gleiche Richtung gehen auch die *Fragen nach Stärken und Ressourcen*, also die Fragen nach dem, was eigentlich gut läuft, womit der Klient und/oder seine Umwelt zufrieden ist, was keine Probleme bereitet - danach also, was ihm gelingt. Auch hier können die verschiedenen Sichtweisen der unterschiedlichen Beteiligten in aller Ausführlichkeit vergegenwärtigt werden. Die Fragen selbst verblüffen meist - sind der Grund für die Beratung doch Probleme und nicht das, was ohnehin gut läuft. Allerdings hat man zuweilen angesichts des scheinbar alles überwältigenden Problems vergessen, daß keineswegs alles schlecht läuft. Das Wissen darum kann ebenso Bedeutung erhalten wie die Stärken und Kompetenzen des Klienten: Dies kann wichtig werden als Anreiz und als Perspektive dafür, daß tatsächlich Veränderungen auf der Grundlage dieser Ressourcen möglich sind. Und auch, wenn ein Verhalten zwangsläufig immer gleich zu sein scheint, kann man doch auch gezielt nach *Ausnahmen* fragen. Schließlich sind auch die *bisherigen Lösungsversuche* zu explorieren und dabei insbesondere zu erkunden, inwieweit sie nicht fehlgeschlagen sind, sondern (teilweise) erfolgreich waren.

In eine ähnliche Richtung (im Hinblick auf Stärken und Fähigkeiten der Klienten) gehen auch die sog. *Coping- oder Bewältigungsfragen*: „*Wie schaffen Sie es nur, all dies durchzustehen? Wie können Sie das alles nur aushalten? Woher nehmen Sie die Energie, die Hoffnung und den Mut, angesichts dieser augenscheinlichen Hoffnungslosigkeit noch weiterzuleben?*“ Was hier auf dem Papier eher nach einer einschmeichelnden Form der Mitleidsäußerung klingt, wird, sofern diese Fragen nicht nur rhetorisch gemeint sind, eine wesentliche Stütze sein bei dem Versuch, weitere Ressourcen (d.h. Kenntnisse, Fähigkeiten und Stärken des Klienten, sein Leben zu meistern) zu erschließen, sie in Zukunft aktiv einzusetzen und Mut und Energie für Veränderungsversuche zu gewinnen.

Eine sehr elegante Art, Phantasien über die Zeit nach der Lösung des Problems zu wecken und damit auch Vorstellungen über konkrete Veränderungen zu entwickeln, ist die von Berg und De Shazer entwickelte „Wunderfrage“: „*Angenommen, über Nacht geschähe ein Wunder und Ihre Probleme wären gelöst. Woran würden Sie am nächsten Morgen erkennen, daß dies Wunder eingetreten ist? Beschreiben Sie, inwieweit sich Ihr Verhalten geändert hätte*“ (vgl. Berg 1992, S. 92ff, De Shazer 1992, S. 130ff) - wobei man der Beantwortung dieser Frage viel Raum einräumen und sie so ausführlich und weitreichend wie möglich von den Klienten gestalten läßt. Im Anschluß daran kann überlegt werden, wo bereits jetzt Ansätze dieser Veränderungen erkennbar sind, die verstärkt werden können. Weiter läßt sich gemeinsam mit den Klienten überlegen, wo sie möglicherweise bereits jetzt, gewissermaßen im Vorgriff auf eine erfolgte Lösung, einige Bestandteile des dann zu erwartenden Verhaltens umsetzen können.

Eine Variation dieser Frage, mit der ebenfalls eine Fokusverschiebung vom Problem auf die Lösungsvorstellung beabsichtigt ist, stellt die von Hargens und Dieckmann entwickelte „Lösungsfrage“ dar: *„Ich könnte mir vorstellen, daß Sie, wenn Sie Ihr Problem hier beschreiben würden, eine Überschrift, einen Titel, dafür finden könnten – also eine Überschrift für das Problem ... Mich würde jetzt interessieren, welche Überschrift Sie ihrer Lösung geben würden.“* (Hargens & Dieckmann 1994, S. 10). Auch hier kommt gleichzeitig zum Ausdruck, daß der Klient als Kunden, d.h. als der für das Ergebnis Kundige verstanden wird.

Wesentliche Bedeutung bekommt in der Systemischen Beratung aber auch das einfache „Nach-Fragen“ nach den Bedeutungen und Bewertungen, die sich für jeden auf unterschiedliche Weise mit bestimmten Begriffen verbinden, die aber nicht für alle gleich sein müssen. Insbesondere bei standardisierten Diagnosen, die gleichsam wie Etiketten vergeben werden, muß nachgefragt werden, was wer mit welchem Begriff verbindet: *„Was meint Ihr Kollege damit, wenn er Sie als ‚drogenabhängig‘ bezeichnet, was ist sein Verständnis von ‚Drogenabhängigkeit‘?“* *„Was meinen Sie, wenn Sie sagen, Sie sind ‚nicht süchtig‘?“* Zu schnell geht man davon aus, daß man schon weiß, was der andere meint: Dies ist die - gewünschte - Funktion eines Etiketts. Dieses Etikett bzw. die damit verbundenen Bedeutungen auf- bzw. abzulösen und ein spezifisches Verhalten dahinter gemeinsam zu rekonstruieren, das nicht mehr eindeutig ist, sondern aus vielen verschiedenen Facetten besteht, aus Regeln und Mustern, aber auch aus Ausnahmen und Unregelmäßigkeiten, die möglicherweise zu neuen Mustern zusammengewebt werden könnten, wird erst dann möglich, wenn die Bedeutung der Worte selbst Gegenstand der Konversation wird.

Umdeutungen

Wie bereits anhand der Fragen dargestellt, sind *Umdeutungen* ein wesentliches Mittel im systemischen Beratungsprozeß. Sie sind implizit in den Fragestellungen bereits enthalten. Doch auch soweit sie ausdrücklich eingesetzt und verwendet werden, handelt es sich hierbei nicht um Deutungen von Symptomen oder um „bessere“ Beschreibungen der Klienten durch Experten im Sinne eines „Herausfindens“, sondern um mehr oder minder explizite Vorschläge für neue Sichtweisen und Interpretationsmöglichkeiten alter, scheinbar gesicherter „Tatbestände“.

Diese Umdeutungen lassen sich zunächst natürlich auch von den Klienten selbst erfragen, ebenso wie sich auch der Vorschlag zur zukünftigen Einbeziehung dieser neuen Interpretation in Frageform kleiden läßt: *„Welche positiven Auswirkungen könnte*

man - sofern man wollte - aus Ihrem Verhalten bemerken?“ „Wer hat etwas davon (und was), daß Sie so viel trinken?“

Darüberhinaus können aber gegenüber den bisherigen neue, alternative Sichtweisen auch explizit vorgeschlagen und in das Gespräch eingeführt werden: *„Möglicherweise haben Sie Ihre guten Gründe dafür, daß Sie sich so verhalten. Diese Gründe könnten sein ...“*

Entscheidend für die systemische Gesprächsführung ist, daß es sich nicht um eine „Erklärung“ des Beraters handelt, die von ihm als Experten kommt und dadurch Gültigkeit bekommt, sondern daß sie von ihm vorgeschlagen wird als eine von mehreren Möglichkeiten, die Sachlage zu betrachten. So wird der Berater seine Sichtweise immer mit Respekt vor dem Klienten vorbringen und sie ihm lediglich vorschlagen - wobei er sich nicht auf eine Variante beschränken wird, sondern möglicherweise im Gespräch mit dem Klienten versuchen wird, gemeinsam eine „Interpretationspalette“ zu entwickeln: Menschliches Verhalten ist zu komplex, als daß es sich einfach beschreiben und erklären ließe. Dies macht möglich und erlaubt auch, daß viele verschiedene Interpretationen konstruiert werden können. Entscheidend wird sein, welche davon es dem Klienten möglich machen werden, für sich Handlungsfreiheit zu erlangen.

Es läßt sich sowohl Verhalten selbst umdeuten, indem man es in einen anderen Kontext stellt - wenn man es bspw. im Zusammenhang von Familie, Arbeitsplatz, Freunden, Drogenszene sieht anstatt es als individuelle Erscheinung und Problematik des Einzelnen aufzufassen - als auch die Wirkung und die Auswirkungen dieses Verhaltens.

„Umdeutungen dieser Art - impliziert in Fragen und Kommentaren - machen oft das Verdienstvolle, bisher nicht Gesehene in der Symptomatik erfahrbar, sie implizieren aber auch, daß es bisher nur um den Preis der Krankheit oder anderer Einschränkungen zu erlangen war. Aufgabe des systemischen Therapeuten kann in diesem Fall sein, auf nicht-wertende Art und Weise Vor- und Nachteile aufzuzeigen und alternative Ideen einzuführen, die Auswege aus der oft starren Entweder-Oder-Logik ermöglichen“ (Eberling 1989, S. 29).

Experimente

Eine dritte Gruppe von Vorgehensweisen in der Systemischen Beratung umfaßt schließlich alles, was unter dem Begriff der „Interventionen“ oder „Aufgaben“

zusammengefaßt wird. Da aber einerseits unter Interventionen auch Fragen, Anregungen, Umdeutungen, Ratschläge, selbst Körperbewegungen und -haltungen der Berater verstanden werden können (zumindest soweit sie bewußt eingesetzt werden), da sie Einfluß auf den Beratungsprozeß haben, und andererseits der Begriff Aufgaben suggerieren könnte, daß es sich um Pflichttätigkeiten handelt, sei hier von Experimenten oder Übungen die Rede.

Tatsächlich handelt es sich hierbei um Vorschläge der Berater an die Klienten, zwischen den Sitzungen kleine Experimente zu veranstalten und zu sehen, ob sie neue Beobachtungen, neue Verhaltensweisen bei anderen und ein neues Erleben für die Klienten ermöglichen. Die Entwicklung dieser Experimente kann auch gemeinsam mit den Klienten erfolgen, indem überlegt wird, welche Aufgabe für den Klienten machbar ist.

Am einfachsten erscheinen dabei die sogenannten Beobachtungsaufgaben:

„Konsumieren Sie Ihre Drogen genau so wie bisher (bemühen Sie sich, nichts anders zu machen!), aber beobachten Sie sich selbst und andere dabei genau.“ Oder *„Verändern Sie eine verabredete Kleinigkeit in Ihrem Verhalten und beobachten Sie, ob sich für Sie selbst oder andere dadurch irgendetwas verändert.“* *„Konsumieren Sie genau so viel, wie Sie wollen - und kontrollieren Sie sich dabei immer, daß Sie sich ausschließlich an Ihrem Willen orientieren (der von Moment zu Moment wechseln kann).“* *„Beobachten Sie, ob andere Sie beobachten, wenn Sie dies oder das tun.“* Der Sinn liegt nicht in der Beobachtung selbst, es geht auch nicht etwa darum, nun bewußt zu konsumieren. Vielmehr soll der Klient in die Lage geraten, aufgrund der Beobachtungen neue Interpretationsmuster entwickeln zu können.

Aus den Fragen nach den Ausnahmen und aus der Wunderfrage lassen sich Verhaltensexperimente ableiten: *„Versuchen Sie einmal, eine bestimmte Ausnahmesituation bewußt herbeizuführen.“* *„Versuchen Sie einmal, so zu tun, als ob das Wunder eingetreten ist, und verhalten Sie sich so, als ob eine Fee über Nacht Ihr Problem gelöst hätte.“* Diese Aufgaben lassen sich einschränken auf bestimmte Teilaspekte oder einige wenige Verhaltensweisen, ebenso wie auf eine beschränkte Anzahl (*„Versuchen Sie dies Experiment zweimal bis zur nächsten Sitzung“*) oder eine Einschränkung, indem es nur an bestimmten Wochentagen durchgeführt wird.

Ein weiteres Experiment kann sein: *„Tun Sie mehr von dem, was bisher für Sie gut war,“* wobei im einzelnen besprochen werden wird, worin dies Verhalten besteht. Es

wird dabei unterstellt, daß der Klient weiß, was für ihn gut ist, und daß er sich dementsprechend verhalten kann.

Übungen, die insbesondere auf die Fähigkeit der Selbstkontrolle abzielen, können die nicht ganz zutreffenderweise häufig als paradox bezeichneten Handlungsaufforderungen sein: *„Konsumieren Sie immer etwas mehr oder etwas häufiger als sie eigentlich wollen.“* Oder auch: *„Lassen Sie in einer bestimmten Situation eine Münze entscheiden, wie Sie sich verhalten wollen.“*

Dieses Experiment widerspricht der Erwartung des Klienten insofern, als er der Auffassung ist, er habe über ein bestimmtes Verhalten keine Kontrolle, weil er es nicht unterlassen kann. Indem er aufgefordert wird, dieses Verhalten, statt es zu unterlassen, es versuchsweise noch zu verstärken, wird unterstellt und ihm die Erfahrung ermöglicht, daß er doch Einfluß nehmen kann. Als „paradox“ im eigentlichen Sinne lassen sich solche und ähnliche Übungen jedoch nur dann bezeichnen, wenn sie als letztendliches Ziel doch die Unterlassung des Verhaltens anstreben. Da dieses Ziel bei der systemischen Vorgehensweise jedoch nicht angestrebt wird, ist die Übung nur insofern paradox, als sie bereits unterstellt, daß der Klient das Verhalten zumindest so unter Kontrolle hat, daß er es noch verstärken kann.

In keinem Fall wird man den Klienten dazu bringen wollen, doch noch ein ganz bestimmtes Verhalten an den Tag zu legen. Es geht auch nicht darum, ihn auszutricksen und es ihm nach dem Motto „Siehst du, du kannst es doch!“ zu zeigen. So soll auch nicht auf diese Weise die Einübung eines bestimmten Verhaltens stattfinden, sondern sollen lediglich neue Verhaltensoptionen als für den Klienten in Reichweite liegend erkennbar werden. Dies klingt einfach, ist es aber für die Klienten nicht, sonst wollten sie keine Beratung: Man wird immer betonen, daß es sich für den Klienten um etwas Schwieriges, um harte Arbeit also handelt.

Daß es nicht darum geht, vom Klienten besonders viel und schnell zu verlangen, machen auch die *Coping-Übungen* deutlich, bei denen es darum geht, daß der Klient sich nicht überfordert oder etwas von sich verlangt, von dem er schon vorher überzeugt ist, es nicht zu schaffen: *„Tun Sie sich etwas Gutes - belohnen Sie sich für eine Anstrengung mit etwas, was Ihnen gut tut.“* *„Bevor Sie sich überfordern - erlauben Sie sich einen ‚Rückfall‘.“* *„Nehmen Sie nicht zu viele Schritte auf einmal. Gönnen Sie sich eine Pause. Tanken Sie Kraft. Gehen Sie zwischendrin auch einen Schritt zurück.“*

Wesentlicher Sinn dieser Experimente, die auf bestimmte Verhaltensweisen abzielen, besteht darin, das Gefühl für Kontrolle wiederzuerhalten und die Erlaubnis zu haben,

verschiedene Verhaltensweisen auszuprobieren, ohne, falls sie gelingen, deswegen gleich darauf festgelegt zu werden. Ziel ist es, den Klienten selbst als denjenigen, der handelt, erkennbar werden zu lassen - und sei es beim Einplanen und Durchführen eines „Rückfalls“ oder als derjenige, der die Münze wirft, die „für ihn“ entscheidet.

Wenn umgekehrt die Durchführung des Experiments nicht oder nicht in dem vorgeschlagenen Umfang ausgeführt wird, ist dies nicht dem Klienten anzulasten: Möglicherweise war es zu umfangreich angesetzt, vielleicht konnte der Berater den Sinn nicht gut genug vermitteln, vielleicht war es auch nicht notwendig, weil das Ergebnis schon vorher erreicht wurde oder inzwischen nicht mehr wünschenswert war, vielleicht gab es auch andere Gründe, warum es sich nicht durchführen ließ. Ein durchaus ebenso akzeptables Ergebnis wäre es, wenn der Klient, statt das Experiment genau nach Anweisung durchzuführen, auf andere, neue Ideen gekommen wäre, was er verändern kann. In jedem Fall ist dies kein Anlaß zum Tadel oder gar Ärger des Beraters über den Klienten, sondern allenfalls Thema im Gespräch, um möglicherweise ein geeigneteres oder passenderes Experiment zu entwickeln.

Kritik

Es gibt auch Kritik am systemischen Ansatz, allerdings ist diese - gemessen an seiner Verbreitung - eher vereinzelt. Der Grund hierfür dürfte u.a. darin liegen, daß Beratungs- und Therapieansätze aufgrund unterschiedlicher Vorannahmen nur schwer miteinander verglichen werden können. Die Ansätze werden vor allem in den jeweiligen Schulen gepflegt und weiterentwickelt werden, treten jedoch eher selten in einen produktiven Diskurs miteinander. Eine weitere Schwierigkeit ist sicherlich, daß es nicht das eine, seit Jahren oder Jahrzehnten bestehende Institut gibt, das verbindliche Richtlinien dafür, was unter „Systemischer Therapie“ zu verstehen ist, aufstellt, sondern eine Vielzahl von Gruppen und Einzeltherapeuten, die eifrig mit der Einführung und dem Ausprobieren neuer Ideen beschäftigt sind, so daß das Feld sich ständig auf verschiedensten Ebenen und in die verschiedensten Richtungen weiterentwickelt. Dies führt auch dazu, daß eine Reihe von Kritikpunkten (zu Recht oder zu Unrecht) mit dem Einwurf, es handele sich um „Schnee von gestern“ (vgl. Ludewig 1988), abgewehrt wird. Ausführlich geht Schiepek (1991, S. 343-383) auf die kritischen Vorhaltungen gegenüber dem systemischen Ansatz ein. Hier soll nur auf drei grundsätzlichere Kritikpunkte Bezug genommen werden.

Der erste betrifft das Argument, systemische Ansätze wären nicht grundsätzlich neu, sondern würden ältere theoretische und praktische Konzepte lediglich aufgreifen. Dies braucht nicht bestritten zu werden, tatsächlich wird man Vorläufer, Gedanken und auch Vorgehensweisen finden, die bereits vor der systemischen Beratung existierten. Teilweise werden sie neu aufgegriffen, teilweise wieder neu gefunden und teilweise auch neu zusammengesetzt worden sein. Das Argument greift insofern nicht, als es den Vertretern dieses Ansatzes nicht um Originalität geht, zumindest nicht in historischer Hinsicht (wohingegen Originalität in der Konkurrenz mit den Kollegen sicherlich ein gewünschtes Kriterium ist).

Die zweite Linie der Kritik scheint mir gewichtiger zu sein. Insbesondere im Hinblick darauf, daß sich der systemische Ansatz aus der Familientherapie entwickelt hat, wurde wiederholt der „Verlust des Individuums“ (Schiepek 1991, S. 354) kritisiert. Der Einzelne gehe verloren einerseits durch die Betrachtung als Teil der Familie oder des größeren Systems, in dem er gesehen werde, und zum anderen dadurch, daß auf Beziehungen und die Kommunikation zwischen den Mitgliedern der Systeme ein Großteil der Aufmerksamkeit gerichtet sei. Mit Blick auf Familientherapien allgemein und damit auch auf die Frühzeit des systemischen Ansatzes stellt Epstein fest: „Erklärungen in Begriffen familialer ‚Systeme‘ liefen meist einfach darauf hinaus, individuelle Pathologien durch familiäre zu ersetzen“ (1991, S. 29).

In der Auseinandersetzung mit Selvini et al. (1985) hält Treacher ihnen vor, daß sie glauben, „daß es das Familienspiel ist, das in der Therapie angesprochen werden muß. Familienmitglieder sind keine wirklichen Individuen, denen man sich als Menschen zuwendet, sie sind bloße Teilnehmer/innen am Spiel“ (Treacher 1987, S. 173). Dem individuellen Erleben der Klienten werde keine oder zuwenig Bedeutung beigemessen. Dies mag in Ansätzen vor allem für die Anfänge teilweise zutreffen, auch wenn ich mich der Vermutung Schliepeks anschließe, daß diese Kritik sich offenbar nur auf die Schriften (vor allem des Mailänder Teams) bezieht, ohne Kenntnis der praktischen Umsetzung (die mittels Video-Aufnahmen von Therapiegesprächen durchaus möglich ist, da die Demonstration der eigenen Arbeit in dieser Form in systemischen Kreisen durchaus verbreitet ist). Sieht man Aufzeichnungen oder erlebt man systemische Therapeuten live, darunter durchaus auch Boscolo oder Cecchin, Mitglieder des damaligen, von Treacher kritisierten Mailänder Teams, so erkennt man sehr wohl, daß sie den einzelnen Familienmitgliedern Respekt entgegenbringen und sie sehr ernst nehmen. Eine Seite ist immer das Konzept (und seine schriftliche Ausarbeitung), die andere, wie es umgesetzt wird. Sofern man sich nicht mehr an Maßstäben der Gesundheit und Krankheit orientiert, die unabhängig von den Klienten von den

Therapeuten angelegt werden, sondern an den Aufträgen, Interessen und Zielen der Klienten, bleibt zudem nicht viel anderes übrig, als sie als Individuen mit eigenen Maßstäben, Wünschen und Zielen wahrzunehmen.

Der dritte Einwand betrifft den entpolitisierenden Rückzug auf die Familie. Ebenso wie das Individuum würden die gesellschaftspolitischen Bedingungen aus den Augen verloren. „Wird Familientherapie so auch für Angehörige sozialer Unterschichten und Randgruppen als indiziert erachtet, kann sie sich nur schwer der Gefahr entziehen, die materiellen Problemursachen (wie Geldmangel, Arbeitsstreß, Wohnungsprobleme) einer nur psychologischen Interpretation zuzuführen oder sie schlechterdings zu ignorieren“ (Körner/Zygowski 1988, S. 45).

Epstein, selbst systemischer Berater, Therapeut und Supervisor, weist darauf hin, daß eine wichtige Vorbedingung jeder Beratung und Therapie ist, daß die Berater und Therapeuten die ihnen von den Klienten vorgelegten Probleme auch für solche halten, die zweckmäßigerweise durch Beratung/Therapie zu lösen sind. „Wird die Aufgabe professionellen Handelns in der Lösung individuell und familial definierter Abweichung vermittels Therapie gesehen, so bleiben komplexe, übergreifende gesellschaftliche Kontexte aus dem therapeutischen Diskurs ausgeblendet. Die ungewollte Schwangerschaft einer Vierzehnjährigen wird dann zur Familienkrise, die es therapeutisch zu behandeln gilt, während Entscheidungen eines Verfassungsgerichts über die Grenzen der Rechte von Frauen der politischen Sphäre zugeordnet und außerhalb professioneller Verantwortung angesiedelt werden“ (Epstein 1991, S. 38).

Diese Einwendungen sind auch aus meiner Sicht zutreffend. Dort, wo ein bestimmtes Beratungsangebot besteht, bietet es dadurch eine bestimmte Interpunktion der Wirklichkeit an und strukturiert sie damit zugleich auch. Werden Hilfen für Familien und Individuen angeboten, so suggerieren diese, daß die Probleme auf individueller oder familialer Ebene liegen und dort lösbar sind. Dabei hätte gerade der systemische Ansatz, merkt Schiepek, der diese Kritik aufnimmt, an, „die Mittel dazu, eine selbst- und gesellschaftskritische Haltung einzunehmen, die bisher nur in Ansätzen erkennbar ist“ (Schiepek 1991, S. 358). Auch dies mag zutreffen und wünschenswert sein, solange es die *Haltung* betrifft. Bedenklich würde es m.E. jedoch, wenn Systemiker nun versuchen würden, ihren Ansatz zu einem möglichst raumgreifenden, auch für gesellschaftliche Probleme relevanten Behandlungsansatz zu machen. Dies würde möglicherweise erst den angesprochenen „Verlust der Individuen“ bedeuten.

Denn die Stärke systemischer Beratung und Therapie liegt eindeutig darin, daß sie ausschließlich bei den Aufträgen ansetzt, die die Berater von ihren Klienten erhalten. Sie begrenzt dadurch ihre Zuständigkeit, was sich auch als „Bescheidenheit“ verstehen läßt, als Verzicht darauf, *alles* lösen zu wollen. Zugleich wird dadurch die Erreichbarkeit des Ziels operationabel - es läßt sich feststellen, ob das zu Beginn ausformulierte Ziel der Beratung erreicht worden ist. Dieses Ziel besteht in der Handlungsfähigkeit der Klienten, sich innerhalb der gegebenen Bedingungen bestmöglich zurechtzufinden. Daß diese Bedingungen nicht endgültig und absolut gegeben sind, daß es möglich sein kann, sich für ihre Veränderung zu engagieren, daß die verschiedenen Möglichkeiten des Engagements dazu gemeinsam erörtert werden - all dies kann und wird, je nach Standpunkt, Engagement und Temperament des Beraters, auch in die Beratung einbezogen werden.

Eher als Vorteil denn als Nachteil erscheint es mir jedoch, wenn sich Systemiker nicht als Generalisten betrachten, die auf „allen Hochzeiten tanzen“ wollen, sondern sich als eines von vielen verschiedenen Dienstleistungsangeboten verstehen. Die Gefahr, sich als Anwalt und nicht mehr als Berater zu verstehen und die Interessen der Klienten an deren Stelle wahrnehmen und („natürlich viel besser“) vertreten zu wollen, ist groß. Die Erfahrung gerade auch mit dem systemischen Beratungsansatz zeigt, daß Menschen, die sich selbst in zunächst vielleicht nur ganz wenigen Teilbereichen als selbständig, kompetent und „wirkungsvoll“ erleben konnten, durch die Beratung sehr schnell u.a. an Selbstbewußtsein gewonnen haben. Sie konnten dadurch auch außerhalb von Therapie und Familie ihre Interessen formulieren und versuchen, sie umzusetzen (wobei ihre Vorstellungen und Interessen natürlich häufig nicht unbedingt mit denen der Berater übereinstimmen).

Die Übertragung auf den Drogenbereich

Der systemische Ansatz ist erfolgreich und breitet sich schnell aus. Die Zahl der Publikationen nimmt rasant zu, die Fortbildungsinstitute schießen aus dem Boden. Ein Grund dürfte darin liegen, daß sich der systemische Ansatz auch dem gesamten sozialpädagogischen Feld erschließt, ein weiterer in dem „heilen“ Menschenbild, das ihm zugrundeliegt: in der Entscheidungs- und Verhaltensfreiheit anstelle einer Determiniertheit, die vorausgesetzt wird und damit erstmals im therapeutisch-beraterischen Bereich den Klienten als Partner ernstzunehmen verspricht.

Erstaunlich, daß der systemische Ansatz, der doch im Bereich der Psychiatrie und dort bezogen auf „die Schizophrenie“ gängige Konzepte geradezu mutig in Frage zu stellen bereit war, im Bereich des Themas Sucht und Abhängigkeit nur sehr zögerlich vorankommt. „Systemische“ Konzepte beziehen sich dann in der Regel meist nur auf die Tatsache, daß mit Familienangehörigen gearbeitet wird, orientieren sich aber im übrigen an den traditionellen Abhängigkeitskonzepten und den daraus abgeleiteten Behandlungsformen (vgl. bspw. Stanton/Todd 1982).

Bestehende klinische Settings (stationäre Langzeittherapien) scheinen es ambulanten, auf kurze und seltene, zudem in völliger Freiwilligkeit vereinbarte Beratungstermine angelegten Beratungskonzepten schwer zu machen, sich durchzusetzen. Diese allein wirken offenbar für sich schon paradox und kontraindiziert (natürlich auch kontraindiziert gegenüber dem Belegungsinteresse der Einrichtung), ohne daß damit die bspw. von den Mailändern entwickelten „paradoxen Verschreibungen“ als eine Möglichkeit des therapeutischen Handelns schon angesprochen wurde.

Erste ernstzunehmende, konsequent systemische Ansätze finden sich u.a. bei Schmidt (1988), Efran et al. (1988), Eberling (1989), Osterhold/Molter (1992) und Berg/Miller (1993). Zu sehr scheint man sich ansonsten zu fürchten, das Abstinenzgebot mißachten zu müssen. Die Vorstellung, den drogenkonsumierenden Klienten sollte tatsächlich selbst überlassen bleiben, wie sie sich für oder gegen Drogenkonsum entscheiden, scheint für die meisten Systemiker dann doch zu weit zu gehen.

Im Folgenden soll zusammenfassend anhand einiger Punkte nochmal dargestellt werden, was die Anwendung dieser Denk- und Handlungsweisen für den professionellen Umgang mit Drogenkonsumenten bedeutet und welche Unterschiede und neuen Möglichkeiten sich ergeben könnten.

Dem Klienten wird im systemischen Beratungsprozeß das Recht zugestanden, so zu sein, wie er ist, d.h. auch seine Probleme in der Art und Weise darzustellen, wie er es tut und er es für richtig hält. Nicht immer mag seine Beschreibung mit der Sichtweise der Helfer übereinstimmen. So wird er vielleicht seine Trinkmuster als Ausdruck und Folge der familiären Schwierigkeiten beschreiben oder aber ganz „ableugnen“ und „bestreiten“, während für den traditionellen Berater der Alkoholkonsum unübersehbar ist und möglicherweise als eine der entscheidenden Ursachen betrachtet wird. Es ist nicht notwendig, daß der Berater auf der Richtigkeit und Wahrheit seiner Sichtweise besteht und sie in den Vordergrund stellt, womöglich sogar verlangt, daß sie vom Klienten anerkannt wird.

Es läßt sich mit den Klienten in ihrer Sicht der Dinge kooperieren. Aus systemischer Sicht gibt es keine „tieferliegenden“ Probleme oder „wahren“ Ursachen. Auch Veränderungen in scheinbar unwichtigen Nebensachen können weitere Veränderungen bewirken. Man kann immer dort anfangen, wo die Klienten bereit und willens sind, mitzuarbeiten. Wenn man sich, wie im traditionellen Ansatz, immer gleich auf das vermeintliche Hauptproblem „Sucht“ stürzt und dann, wie das Kaninchen vor der Schlange, gebannt darauf starrt, d.h. sich davon auch nicht mehr abbringen läßt, hat das den entscheidenden Nachteil, daß man schon im Voraus zu wissen meint, wie Kontakt und Beratung verlaufen werden, nämlich langwierig, unerfreulich und womöglich nicht unbedingt erfolgreich.

Ein weiterer, daraus folgender Punkt ist: Der systemische Berater wird sich selbst ebenso wie seinen Klienten Zeit lassen. Gerade als „schwer“ eingestufte Probleme werden schon seit längerer Zeit bestehen. Kurzfristig dann eine Lösung anzustreben, ist besonders wenig sinnvoll. Verzichtet der Berater darauf, beim Klienten ein bestimmtes Verhalten, das er möglicherweise für gut und richtig hält, unbedingt erreichen zu wollen, so entsteht sowohl für den Berater als auch für den Klienten ein größerer „Spielraum“. Dabei ist auch Zeit ein wesentliches Gestaltungsmittel. Je schneller etwas erreicht werden soll, desto mehr fühlt man sich unter Druck, desto weniger hat man Raum zum Phantasieren und fühlt sich frei genug zum Generieren neuer Ideen und neuer Verhaltensweisen, zum Ausprobieren.

Ein weiterer Punkt ist, daß keine zwingende Notwendigkeit besteht, auf „das Problem“ zu starren. Man muß sich nicht zwangsläufig nur auf die Defizite, die Fehler, Mängel und Schwierigkeiten seiner Klienten stürzen. Man kann stattdessen „die Ressourcen der Klienten berücksichtigen“, d.h. nach ihren Stärken, nach ihren erfolgreichen Versuchen, etwas zu verändern, nach Ausnahmen in der scheinbaren Ausweglosigkeit fragen.

Denn kein Problem besteht ständig in der gleichen Intensität, kein Alkoholiker trinkt *immer* gleichviel, keine Familie leidet *immer* gleich stark unter dem Drogenkonsum des Sohnes. Man tendiert dazu, mit den Klienten ausschließlich über Probleme, ihre möglichen Ursachen und wünschenswerten Lösungen zu sprechen. Was weiß man selbst von und mit der Familie darüber, wie oft und wie lange das Problem *nicht* besteht? Oft kann man ohne große Mühe herausfinden, daß der Vater in bestimmten Situationen gar nicht das Verlangen hat zu trinken. Diese Situationen sind u.U. allen in der Familie zwar bekannt, werden aber vom Eindruck der Übermacht des Alkoholkonsums gar nicht mehr wahrgenommen. Solange der Berater von solchen Ausnahmen nichts weiß, kann er sie auch nicht für den Beratungsprozeß nutzen - etwa

indem er der Familie oder dem Klienten vorschlägt, diese Situationen bewußt häufiger herbeizuführen.

Die „(als Drogenkonsumenten) identifizierten Klienten“ oder ihre Angehörigen werden von den Beratern leicht als Versager betrachtet: Wenn sie nicht - so der unausgesprochene Kontext der Beratungssituation - schon lange vergeblich mit ihren Problemen gekämpft hätten, bräuchten sie keine Hilfe von außen. Familie und Helfer vergessen zu leicht, daß die Klienten meist selbst schon erhebliche Anstrengungen unternommen haben. Nach diesen Versuchen läßt sich gezielt forschen.

Die Klienten können gelobt werden und die Anerkennung des Beraters erhalten für ihr Bemühen und ihre Anstrengungen, Veränderungen zu erreichen, auch dann, wenn es bisher nichts oder nur wenig geholfen zu haben scheint. Dies hilft sowohl Beratern als auch Klienten, vorhandene Fähigkeiten und Stärken wiederzuentdecken und auch einzusetzen.

Durch einen Wegfall des Zeitdrucks und den Verzicht auf den Anspruch, sofort das Hauptproblem lösen zu wollen, lassen sich mit den Klienten kleine Schritte vereinbaren, die als Übungen oder Experimente formuliert werden. Sie haben den Vorteil, daß sie, wenn sie einverständlich entwickelt werden, leicht erreichbar sind und damit auch Erfolge ermöglichen. Beispiel kann sein, daß man mit einem Vater überlegt, wie er sich einmal mit seinen Kindern einen schönen Nachmittag machen kann. Unter dem Anspruch eines Experiments eingeführte minimale Veränderungen haben zudem den Vorteil, daß sie nicht entscheidend in das System eingreifen. Wer kann vorhersagen, was in einer Familie passiert, in der der Vater die Auflage erhält, innerhalb von vier Wochen abstinent zu werden und eine Therapie zu beginnen, da andernfalls seine Kinder aus der Familie herausgenommen werden müßten? Aus systemischer Sicht regt der Berater lieber zu kleineren Veränderungen an.

Dabei brauchen die großen Ziele und Ansprüche, für die man zwar einerseits die Anstrengungen einer Beratung und Therapie in Kauf genommen hat, die aber andererseits zuweilen (und gerade beim Vorgehen in kleinen Schritten) so unerreichbar weit weg zu sein scheinen, nicht vergessen zu werden. Nicht nur, aber auch ausgehend von der *Wunderfrage* können Berater und Klienten gemeinsam über die Zukunft phantasieren. Warum sollte man „immer nur über die Wahrscheinlichkeit der Hölle reden und nicht auch einmal mit dem Paradies drohen?“ (Eberling 1989, S. 40).

Umgekehrt läßt sich mit den Klienten nicht nur in die rosige Zukunft schauen, man kann sich mit ihnen auch besprechen, was sie tun müßten, um ihre Lage zu

verschlechtern. Dies scheint paradox: Warum sollte man seine Lage noch verschlimmern wollen? Doch können diese und andere, in ähnliche Richtungen zielende Fragen und auch Aufgaben dazu beitragen, allmählich wieder ein Gefühl der Kontrolle über die eigene Situation zu entwickeln.

Die grundlegende Erfahrung der Klienten ist (wobei ihnen diese Selbstsicht von der traditionellen Drogenhilfe, aber häufig auch von Angehörigen und Umwelt, abverlangt wird): „Ich habe die Situation nicht mehr im Griff, nicht ich bin es, der entscheidet, das Problem oder die Sucht hat mich überwältigt.“ Aus systemischer Sicht geht man davon aus, daß jedes Subjekt autonom ist und seine Situation selbst im Griff hat, es aber u.U. anders erlebt. Da ist es manchmal leichter, sich diese Kontrolle dadurch deutlich zu machen, indem realisiert wird, daß man die Situation - wenn schon nicht besser, so doch - zumindest noch schlimmer machen kann als sie ist. Ein Beispiel wäre: *„Mal angenommen, sie wollten Ihren Alkoholkonsum am Wochenende noch steigern: Was müßten Sie vorher alles unternehmen, wie könnten Sie die Stimmung zu Hause so verändern, daß Ihnen das gelingt?“*. Eine ähnliche Frage läßt sich auch an den Partner oder die Kinder stellen: *„Wie müßtest du dich verhalten, um zu erreichen, daß dein Vater mehr trinkt als sonst?“*

Stagnationen und Rückschläge können im Voraus eingeplant und zugelassen werden. Kein Beratungsprozeß verläuft geradlinig, oft genug gibt es für Klienten und Berater Punkte, an denen sie glauben, „jetzt stehen wir wieder am Anfang, alles war umsonst“. Im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenproblemen sind es natürlich, wenn auch nicht nur, die gefürchteten „Rückfälle“ aus der Abstinenz in alte Konsummuster. Diese Rückfälle zu verhindern ist normalerweise oberstes Ziel, weil sie „alles Erreichte wieder zunichte machen“. Das Vertrackte an ihnen ist nur, daß sie fast unvermeidlich sind. Warum aber sie dann nicht entdramatisieren, sie etwas selbstverständlicher nehmen, in die eigenen Planungen miteinbeziehen und sie im Gespräch mit dem Klienten bereits vorwegnehmen? Ihre Bedeutung verringert sich dadurch, und damit auch ihre negativen Auswirkungen auf den gesamten Beratungsprozeß.

Simon/Weber machen den Vorschlag, statt von einem „Rückfall“ von einem „Vorfall“ zu sprechen und dies mit neuen Bedeutungen zu verknüpfen. Niemand würde bei positiv bewerteten Ereignissen oder Verhaltensweisen von einem Rückfall sprechen, wie anhand ihrer Beispiele einsichtig wird: „Ein harmloser Rückfall ins morgendliche Erwachen, ein ganz schlimmer Rückfall ins Weihnachten-Feiern, ins Gute-Klassenarbeiten-Schreiben, ins Sich-Wohlfühlen“ (Simon/Weber 1992, S. 93). Mit Rückfall sind nach ihrer Aufstellung die Vorstellungen verbunden,

- es handle sich um Ausbrüche einer zugrundeliegenden langwierigen Krankheit,
- es handle sich um die gleichen oder ganz ähnliche Verhaltensweisen wie zuvor,
- die davon Betroffenen seien lediglich passive Opfer einer stärkeren Macht und hätten selbst keinen Einfluß auf das Geschehen, und
- es handle sich hierbei um ungünstige, negative Zeichen (vgl. ebd.).

Demgegenüber lassen sich in einer Konversation über mögliche oder tatsächlich stattgefundene „Vorfälle“ neue Bedeutungsmuster entwickeln. Dabei wird immer impliziert, daß alle Beteiligten Einfluß darauf haben oder gewinnen können, ob das Verhalten in ähnlicher Weise noch einmal gezeigt, d.h. gewählt wird. Dabei wird unterstellt, daß die Klienten das Verhalten auch ausfallen lassen können. Es werden gemeinsam mit den Klienten möglichst viele Unähnlichkeiten zwischen diesen Vorfällen erfragt und gemeinsam konstruiert. „Vor allem wenn die als ‚Rückfall‘ bezeichneten Verhaltensweisen nach langen Zeitintervallen wieder auftreten, setzen wir stillschweigend voraus, daß es sich um völlig unterschiedliche und neue Ereignisse handelt, die nicht miteinander in Beziehung stehen“ (Simon/Weber 1992, S. 99). Unter Umständen wird den Klienten das Experiment vorgeschlagen, gegenüber ihrer Umwelt so zu tun, als ob ein „Rückfall“ geschehe, und dabei die Reaktionen der Umwelt genau zu beobachten. Eine weitere Anregung ist, im Falle eines „Rück-“Falles gemeinsam mit den Klienten nach möglichst vielen *Unterschieden* zum vorhergehenden Mal zu schauen, um es eben nicht als „Rückfall“ mit all seinen negativen Implikationen zu erleben.

Ein entscheidender Unterschied zur traditionellen Drogenberatung und Therapie ist, daß die Berater ihre Klienten nicht kontrollieren. Nicht die Berater sind verantwortlich für das Verhalten der Klienten, sondern diese selbst. Zweifel wie: „Ist sie wirklich noch ‚trocken‘ oder trinkt sie womöglich schon wieder und lügt mich an?“ können dadurch vermieden werden. Mißtrauen ist Folge des Versuchs, die Klienten kontrollieren zu wollen. Verzichtet man darauf, behandelt man sein Gegenüber wie einen erwachsenen Menschen, der selbst zu wissen hat, was er tut (ohne ihm übel zu nehmen, wenn er tatsächlich seinen eigenen Weg geht), erübrigt sich jedes Mißtrauen. Selbstverständlich wird ihnen das Recht zugestanden, selbst zu bestimmen, was sie dem Berater mitteilen und was nicht. Dies wird Grundlage der Beratung sein. Auch wenn es nicht ganz der von den Klienten erlebten Wahrheit entspricht, auch wenn sie nicht ganz „ehrlich“ sind, haben allenfalls - wenn überhaupt - sie selbst den Nachteil davon, nicht der Berater. Er wird es bevorzugen, darauf zu verzichten, Mißtrauen zu entwickeln und in seinen

Klienten hinterhältige, lügende und ihn ständig austricksen wollende kleine Monster zu sehen, die ihm nur das Leben schwer machen.

Schließlich wird es, zumindest in bestimmten Feldern der Sozialarbeit, u.U. Situationen geben, in denen man trotz allen systemischen Denkens nicht auf Kontrolle der Klienten verzichten mag oder kann und nicht in der Lage ist, den Klienten alle Entscheidungen völlig zu überlassen. Dies kann insbesondere der institutionelle Kontext einer Drogenberatungsstelle oder einer Therapieeinrichtung sein. Die Entscheidungs- und Verantwortlichkeitsstrukturen sollten, aus systemischer Sicht, dann so offen wie möglich angesprochen und dargelegt werden, damit möglichst früh allen unmißverständlich deutlich ist, wann und unter welchen Bedingungen wer welche Entscheidungen und Konsequenzen zu treffen hat. Dies gilt insbesondere dann, wenn Klienten aufgrund von äußerem Druck oder unter Auflagen in der Beratung sind.

Wo liegen die Besonderheiten der systemischen Umgangsweise mit Drogen- und Alkoholkonsumenten im Gegensatz zu anderen systemisch ausgerichteten Beratungen?

Wenn man De Shazer, einen bekannten systemischen Kurzzeittherapeuten, fragt, ob er etwas zu seinem Konzept mit den besonderen Problemen bei Drogenabhängigkeit sagen kann, so antwortet er so, wie andere systemische Therapeuten oder Berater auch antworten würden: „Es gibt keine besonderen Probleme mit Drogenkonsumenten, ich arbeite mit ihnen wie mit anderen auch.“ Hier liegt vielleicht eine weitere wesentliche Besonderheit des systemischen Ansatzes: Er trifft keine Unterscheidung zwischen Abhängigkeitsproblemen und anderen Gründen, in Beratung zu kommen. Die Aufhebung gelingt deshalb so einfach, weil in *allen* Fällen die Klienten als eigensinnige, selbständige Wesen vorausgesetzt werden, unabhängig davon, mit was für einem Problem oder Leiden sie sich beraten lassen.

Der systemische Ansatz ist kein Wundermittel. Er will auch nicht die reine Lehre der einzig richtigen Therapie- und Beratungsform darstellen. Er bietet sich an als ein Werkzeug unter mehreren. Ob man aus einem Werkzeugkasten Hammer, Zange, Schraubendreher oder Bohrer nimmt, hängt davon ab, was man erreichen will und welches Werkzeug man in diesem Fall dann für das geeignetste hält. Nicht jeder wird sich für eine systemisch orientierte Vorgehensweise entscheiden, manch einem erscheint sie einfach zu leichtfertig, zu oberflächlich, zu optimistisch. Zudem kann eine systemische Beratung andere Angebote wie Drogenberatung, Entzugsklinik, ambulante und stationäre Therapien nicht völlig ersetzen. Jedoch bietet sie sich an als Ergänzung, auch und gerade als ein Beratungskonzept für den Ansatz der Akzeptierenden

Drogenarbeit. Er könnte es Mitarbeitern in der Akzeptierenden Drogenarbeit ermöglichen, bei *Bedarf*, d.h. sofern ihre Klienten dies wünschen, diesen über Versorgungsangebote hinaus auch Beratung anbieten zu können.

Der Hauptunterschied der systemischen gegenüber der traditionellen Vorgehensweise ist, daß sich der Druck verringert - für Klienten *und* Sozialarbeiter. Die Klienten fühlen sich nicht mehr gezwungen, sich unmittelbar und sofort ganz und gar ändern zu müssen. Und die Profis können einen Teil der Verantwortung, nämlich den, für das Verhalten ihrer Klienten durch ihre Interventionen verantwortlich zu sein, an die Klienten abgeben. Die Atmosphäre entspannt sich, es entsteht Raum für Veränderungen. Man geht kooperativ miteinander um und ist höflich, man respektiert und akzeptiert sich gegenseitig. Ganz selbstverständlich, daß man dann besser und effektiver miteinander arbeitet. *Ziel und Ergebnis* sind für mich dabei auch, daß Sozialarbeiter, Berater und Therapeuten wieder mehr Spaß an der Arbeit mit Drogenkonsumenten haben können.

Argumente für einen allmählichen Abschied von „Abhängigkeit“

Wir müssen an den freien Willen glauben. Wir haben keine Wahl.

Isaac Bashevis Singer

Zum Abschluß werden die Überlegungen nochmals zusammengefaßt, die dazu beitragen könnten, daß ein Wechsel vom Konzept der Abhängigkeit zum Erklärungs- und Handlungskonzept Autonomie erfolgt, und damit neben der „Verabschiedung“ vom Konzept auch einen Abschied vom Phänomen der Drogenabhängigkeit und der damit verbundenen Probleme bedeuten könnte. Dieser Wechsel muß nicht schnell und überraschend vor sich gehen. Da seine Legitimation nicht aus einer zwingenden Notwendigkeit aufgrund größerer Wahrheit und Wirklichkeitsnähe erfolgen würde, braucht er sich allein aufgrund von Wirksamkeit und Nützlichkeit durchsetzen. Er müßte also zunächst versuchsweise erfolgen, die neuen Erklärungs- und Handlungskonzepte müßten ausprobiert und auf ihre Brauchbarkeit hin getestet werden. Dies braucht seine Zeit.

Die Ausgangslage für die Beschäftigung mit dem Problem der Drogenabhängigkeit stellt sich seit Jahren relativ unverändert dar. Wir haben es mit einem erheblichen gesellschaftlichen und gesellschaftspolitischen Problem zu tun. Die größte Sprengkraft entfaltet es in bezug auf die illegalen Drogen, dort erhält es zumindest die meiste Aufmerksamkeit. Doch auch bei Alkohol, Medikamenten und Nikotin ist die Problematik bekannt.

Eine Lösung all der damit verbundenen Probleme, in erster Linie der Abhängigkeit, ihrer Vermeidung und Heilung, wird zwar intensiv gesucht, doch nicht gefunden. Vorausgesetzt wird, daß ein Verstehen der Zusammenhänge, d.h. Erkenntnis über Ursachen und Wirkungen Hauptbedingung für wirksame Prophylaxe und erfolgreiche Therapie sind. Statt einer einheitlichen Lösung sind jedoch mit zunehmender Forschung auch eine Vielzahl völlig unterschiedlicher Theorien und Konzepte entstanden - und ein merkwürdiger Umgang mit dieser Vielfalt.

Zum einen lassen sich heftigste Auseinandersetzungen erkennen, die Beteiligte und Außenstehende immer wieder zu Analogien mit dem bei Glaubenskriegen gezeigten Eifer bewegen. D. h. eine gewisse wissenschaftliche oder - bei Praktikern - professionelle Distanz zur eigenen Arbeit und den konzeptionellen Grundlagen ist nicht

mehr feststellbar. Die eigene Identität scheint untrennbar mit den der Arbeit und Forschung zugrundegelegten theoretischen Konzepten verwoben. Gegenwärtig ist dies bspw. immer noch in der bundesdeutschen Diskussion um Methadonabgabe an Heroinkonsumenten zu beobachten oder, ein weiteres Beispiel, beim Aufeinandertreffen von Alkoholismus-Experten, wenn es um die Frage der Möglichkeit des kontrollierten Trinkens für (ehemalige?) „Alkoholiker“ geht.

Mit „merkwürdigem Umgang“ ist aber auch der Versuch gemeint, dennoch eine Möglichkeit zu finden, die verschiedenen theoretischen Ansätze nebeneinander bestehen zu lassen. So gibt es das Meta-Konzept der „Torte“, wonach die unterschiedlichen Ansätze jeweils nur einen Aspekt der Gesamtproblematik Drogenabhängigkeit beschreiben. Doch läßt sich dies nur schwerlich anders verstehen als ein Versuch, sich trotz eklatanter Unterschiede und Widersprüche gegenseitig nicht ins Gehege zu kommen. Von einem wissenschaftlichen Anspruch her gesehen sind die verschiedenen Ansätze nicht miteinander „kompatibel“: Sie basieren auf unterschiedlichen Beschreibungen dessen, was jeweils unter „Drogenabhängigkeit“ verstanden wird, und beziehen sich explizit auf jeweils unterschiedliche Definitionen von „Drogenabhängigkeit“. Die Vermutung, alle (oder doch die meisten) Forscher oder auch Praktiker bezögen sich auf „dasselbe“ Phänomen und Problem, ist eine bei näherer Prüfung nicht aufrechtzuerhaltende Spekulation.

So sind, statt einer lang erwarteten und auch mit Geld und Engagement geförderten Lösung, immer neue Definitionen, Beschreibungen und damit auch Formen von „Drogenabhängigkeit“ entstanden. Eindrücklichstes Beispiel ist die Entdeckung von immer mehr „neuen Süchte“ (vgl. als besonders kuriose Beispiel Cerny und Cerny, die 1992 in einer angesehenen Fachzeitschrift über ihre Entdeckung der „Möhrensucht“ berichteten: *Can Carrots be Addictive? An Extraordinary Form of Drug Dependence*). Doch auch im Bereich der „klassischen Drogen“ werden mit zunehmender Forschung neue Abhängigkeitsformen und damit -probleme geschaffen. Hinzu kommen Forschungsergebnisse, die bisher felsenfest gültige „Tatsachen“ über verschiedenste Drogen und über Drogenabhängigkeit zumindest für einen Teil der Forscher und Praktiker zu „Mythen“ werden lassen - etwa den der Gefährlichkeit und Schädlichkeit von Heroin oder den der Unmöglichkeit, ohne Hilfe von außen ein als Ausdruck von Abhängigkeit diagnostiziertes Verhalten zu ändern.

Wir befinden uns in einer Marktwirtschaft - und nicht nur Drogen aller Art kommen auf den Markt, sondern auch Ideen, Theorien, Präventions- und Therapiekonzepte, sogar Patienten und Klienten werden „gehandelt“. Angebot und Nachfrage stehen in einem

Zusammenhang, und der Boom der „neuen Süchte“ ist auf Interesse gestoßen sowohl bei „neuen Abhängigen“ als auch bei Beratern, Therapeuten, Kliniken und nicht zuletzt Forschern und der Öffentlichkeit. Zu einer Zeit Mitte der achtziger Jahre, als in der Bundesrepublik zumindest der Zuwachs an Klienten im Rahmen der illegalen Drogen und für Alkohol stagnierte, griffen Kliniken wie Medien fast schon begeistert die Ausweitung der Diagnose „Abhängigkeit“ auf Verhaltensweisen, die nicht mit dem Konsum irgendwelcher Substanzen verbunden waren, auf.

Die Ausgangslage bestimmt sich für mich schließlich vor allem durch eine nach wie vor in der Beratungs- und Therapiepraxis vorherrschende Grundhaltung, die in sich widersprüchlich ist, sich auf Dauer als vergleichsweise wenig erfolgreich bei der Bewältigung der Probleme erweist und schließlich nicht selten explizit menschenverachtend, d.h. die Würde der Menschen nicht achtend, ist.

So ist Abhängigkeit wohl die einzige „Krankheit“, bei der im Konzept festgelegt ist, daß vom Patienten mit der Abstinenz bereits vor Beginn der Behandlung wesentliche Teile des Ergebnisses dieser Behandlung als Vorleistung erbracht werden müssen. Die Frage der „Schuld“ wird nie ganz ausgeschlossen, so daß der Aspekt der Notwendigkeit von Bestrafung immer auch enthalten ist und - im Vergleich mit anderen Krankheiten beispiellos - verhindert, daß für die „Kranken“ vorbehaltlos und umfassend Versorgung, Behandlung, Schmerzlinderung und Unterstützung in allen notwendigen Bereichen sichergestellt wird.

Das Konzept und damit auch die Praxis der Berater und Therapeuten oszilliert zwischen den beiden Polen der Behandlung und Bestrafung - und damit in der Auffassung der vorliegenden Problematik zwischen Krankheit einerseits und Charakterschwäche und deformierter Persönlichkeit andererseits. Ergebnis ist dadurch auch eine oft menschenunwürdige, die eigenen Klienten verachtende Praxis. Zwar sind sie „krank“, doch haben sie diese „Krankheit“ selbst verschuldet - und werden auch dafür verantwortlich gemacht, wenn das Therapiekonzept nicht so greift, wie man sich das vorgestellt hat.

Alle diese Aspekte führen aus meiner Sicht zu einer gewichtigen Konsequenz: Sie stellen die Art und Weise, wie in unserer Gesellschaft auf den verschiedensten Ebenen mit Drogen, ihrem Konsum und den sich daraus ergebenden vermeintlichen oder tatsächlichen Wirkungen umgegangen wird, wie darüber gedacht, geforscht und entschieden wird, grundsätzlich in Frage.

Historisch gesehen lassen sich verschiedene „Denkstile“ (Fleck) bzw. „Paradigmata“ (Kuhn) in bezug auf Drogen unterscheiden, wenn auch nicht klar voneinander trennen. Nach der Phase des unspektakulären, „normalen“ Drogengebrauchs kam die Zeit der Kriminalisierung, in der abweichendes Verhalten durch Bestrafung unter Kontrolle gebracht werden sollte. Allmählich gelang es Medizin, Psychologie und Sozialarbeit, der Justiz die Zuständigkeit hierfür zu einem großen Teil abzunehmen. Allerdings geraten sie mit ihrem Krankheitskonzept zunehmend mehr in Widersprüche, stoßen an Grenzen und sind vor allem nicht im gewünschten Sinn erfolgreich.

Auf verschiedenen Ebenen habe ich mich in der vorliegenden Arbeit mit dieser Praxis und dem ihr zugrundeliegenden Meta-Konzept auseinandergesetzt und neue Wege für den Umgang mit Drogenkonsumenten in Beratung und Therapie aufgezeigt. Ein grundsätzlicher Wechsel der Vorstellungen wird vorgeschlagen als Antwort auf die theoretischen und praktischen Anomalien, Widersprüche und die dadurch entstandenen und weiter entstehenden. Eine solche Änderung des Erklärens und Beschreibens im Zusammenhang mit Drogenkonsum könnte entsprechend ihrer Bedeutung und möglichen Auswirkungen durchaus als „Paradigmenwechsel“ bezeichnet werden. Im folgenden sollen nochmals die Argumente für einen solchen Wechsel zusammengefaßt werden, die nach a) epistemologischen, b) moralisch-ethischen und c) pragmatischen Aspekten unterschieden werden können.

a) epistemologisch

„Drogenabhängigkeit“ und „Sucht“ lassen sich nicht sehen, es sind keine wirklichen Dinge oder unserer Wahrnehmung unmittelbar zugängliche Phänomene. Sie werden immer nur mittelbar erschlossen anhand von Definitionen, die ein bestimmtes (physisches, psychisches, biochemisches, soziales oder einfach Konsum-) Verhalten beschreiben und als Drogenabhängigkeit und Sucht definieren. Diese Definitionen werden von Menschen erstellt, sie sind nicht objektiv im Sinne von „unabhängig von Menschen gültig“ und stellen eine, nach Watzlawick (1969, S. 57f), von Menschen durchgeführte „Interpunktion“ der Wirklichkeit dar. Sie soll Hilfe bieten dabei, bestimmte Probleme in den Griff zu bekommen, soll also pragmatisch sein.

Sie ist es nicht: Die Probleme wachsen noch - und wo sie stagnieren, hat dies wenig mit einem besseren Verständnis von Drogenabhängigkeit zu tun, sondern ist auf andere Faktoren zurückzuführen. Sucht als ein Verhalten wird erst sichtbar, wenn man eine bestimmte Definition voraussetzt und sie der eigenen Beobachtung zugrundelegt. Erst dann, wenn eine exakte Beschreibung dessen vorliegt, was beobachtet werden soll, läßt

es sich auch erkennen. In diesem Sinne ist „Drogenabhängigkeit“ ein Konstrukt bzw. eine Vielzahl von Konstrukten, wenn man berücksichtigt, daß es eine Vielzahl unterschiedlicher Konzepte - und damit auch eine Vielzahl von Beschreibungen und Definitionen - von „Drogenabhängigkeit“ gibt. Selbstverständlich gilt dies auch für andere Definitionen und theoretische Konstrukte.

Eine wiederholte Anwendung der Definitionen kann schließlich jedoch vergessen lassen, daß es erst die „selbstgemachte“ Definition war, die es einem ermöglichte, bestimmte „Dinge“ wie Drogenabhängigkeit oder „Tatsachen“ wie ein bestimmtes Muster von Konsumverhalten zu beobachten. So lange man damit bei der Bearbeitung der eigenen Vorhaben erfolgreich ist, ist dies unproblematisch. Zu Schwierigkeiten kommt es jedoch, sobald die bisherigen Konzepte nicht mehr erfolgreich greifen, man sie jedoch für „richtig“ und damit für unaufgebbar, d.h. nicht veränderbar hält. Prämissen werden nicht mehr als solche, sondern als unabweisbare Tatsachen behandelt. Dies führt zu Unflexibilität dessen, der diese Prämissen seinem Denken und Handeln zugrundelegt.

Die Kriterien für die Gültigkeit solcher Konstrukte liegen nicht in ihnen selbst bzw. in ihrer grundsätzlichen, „objektiven“ Annäherung an die Wirklichkeit. Es sind Menschen (also Subjekte), die beurteilen, ob und inwieweit für sie eine Übereinstimmung mit der Wirklichkeit besteht und *brauchbar* ist für ihr jeweiliges Vorhaben. Sie beurteilen und bewerten nach den für sie jeweils (subjektiv) wichtigen Kriterien.

Dies bedeutet, daß ein Konstrukt wie das der „Drogenabhängigkeit“ auch veränderbar ist und aufgegeben werden *darf*. Es muß und sollte nicht als unantastbare Wahrheit, die nicht in Frage gestellt werden darf, behandelt werden, nur weil es „schon immer“ unserer Wahrnehmung zugrunde lag und unsere Beobachtungen gelenkt hat. Dies heißt allerdings auch, daß kein Konstrukt per se falsch oder richtig, brauchbar oder unbrauchbar ist.

Die hieraus zu ziehende Schlußfolgerung ist, daß „Drogenabhängigkeit“ nicht als eine aus verschiedenen Gründen unbestreitbare „Grundtatsache“ angesehen zu werden braucht. Es ist aus epistemologischen Überlegungen heraus zulässig, sie als Ergebnis eines theoretischen Konstrukts anzusehen, damit „spielerisch“ umzugehen und - wenn notwendig, d.h. als für sinnvoll erachtet - durch andere Konstrukte zu ersetzen. Damit landet „die Wahrheit auf der Schlachtbank“, wie Dinslage (1988) mögliche Einwände und Klagen karikierend vorwegnimmt: Die Heilige Kuh der „Objektivität“ wurde geopfert.

b) moralisch-ethisch

Die bestehenden Konzepte von Drogenabhängigkeit implizieren, daß einige Menschen in ihrem Verhalten nicht autonom in dem Sinne sind, daß sie nicht mehr selbst entscheiden können, wie sie sich verhalten, obwohl ihnen unterschiedliche Verhaltensmöglichkeiten zur Verfügung stehen würden. Unter Berücksichtigung, daß diese Konzepte nicht Abbild der Wirklichkeit, sondern Konstrukte sind, bedeutet dies, daß damit Menschen die Autonomie abgesprochen wird - sie werden gewissermaßen per Definition entmündigt. Die Frage, ob sie als abhängige oder autonome Menschen betrachtet werden, entscheidet sich danach, welches Verhalten sie an den Tag legen und mit welcher Definition es übereinstimmt.

Hinzu kommt, daß die solchermaßen von außen, „aufgrund wissenschaftlicher Kriterien“ etikettierten Drogenkonsumenten diese Definitionen und Konzepte selbst übernehmen sollen (d.h. in der Terminologie der Berater und Therapeuten sollen sie „Krankheitseinsicht“ zeigen). Sie werden dann ihre Wirklichkeit selbst anhand dieser Einteilung in Abhängige und Nicht-Abhängige interpunktieren und, sofern ihr Verhalten mit der Definition für „abhängig“ übereinstimmt, darunter leiden.

Ein weiterer, ethisch relevanter Aspekt liegt darin, daß konsequent übersehen wird, wie mit dem Konzept der Drogenabhängigkeit unausweichlich bestimmte Wertsetzungen verknüpft sind. Vorstellungen wie „gesund“ und „natürlich“ werden implizit in einer bestimmten Weise besetzt, ohne daß noch erkennbar ist, daß es sich auch hier immer nur um (inter-)subjektive Vorstellungen davon handeln kann, was „gesund“ oder „natürlich“ ist. Das Verhalten der Drogenkonsumenten wird an diesen Werten und den damit verbundenen Inhalten gemessen. Sofern sie andere Bewertungen für sich selbst treffen - sei es, indem sie andere Vorstellungen von Gesundheit haben, oder sei es, daß sie Genuß, Rausch, Geselligkeit, Schwips, „Flucht vor Problemen“ einen anderen, größeren Stellenwert als bspw. dem, was andere unter Gesundheit verstehen, einräumen - wird ihnen das Recht dazu abgesprochen.

Ethisch problematisch am Konzept der Drogenabhängigkeit ist also sowohl, daß bestimmte Werte und Normen selbst um den Preis der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung übernommen werden müssen, als auch, daß Menschen mit dem Konzept der Drogenabhängigkeit per definitionem entmündigt werden - und sich selbst auch als entmündigt erleben.

c) pragmatisch

Das epistemologische Argument sollte zeigen, daß es erlaubt ist, andere Wege zu denken und zu gehen. Das ethische Argument stellte die Problematik dar, der wir uns aussetzen, wenn wir dem Konzept von Drogenabhängigkeit nachgehen und darauf unsere Praxis ausrichten. Das pragmatische Argument schließlich soll noch einmal festhalten, daß es sinnvoller sein könnte, das Konzept von Drogenabhängigkeit aufzugeben und stattdessen ein Autonomie-Modell der eigenen Beobachtung und sozialpädagogischen oder therapeutischen Praxis zugrunde zu legen.

Dieses Konzept der Autonomie, d. h. der „Drogenkonsumenten als Subjekte“, geht davon aus, daß das Verhalten der sogenannten „Abhängigen“ nicht mehr als sinnlos und damit krank, unnatürlich und behandlungsbedürftig eingestuft wird, sondern daß man voraussetzt, daß es aufgrund individueller Entscheidungen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ausgewählt wird, d.h. daß es Sinn macht für diese Person. Das Konzept impliziert weiterhin, daß dieser Sinn so akzeptiert werden kann und daß andere Verhaltensweisen als die, die wir selbst wählen, ebenfalls berechtigt sind.

Dieses Konzept wird sich in der Praxis an diejenigen wenden, die darunter leiden, daß sie glauben, keine (oder zu wenig) Wahlmöglichkeiten in bezug auf Drogenkonsum zu haben. Es hat die Handlungsorientierung, den Klienten die ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsalternativen erkennbar und damit auch zugänglich zu machen. Es beinhaltet nicht, daß die Klienten nach Abschluß der Beratung oder Therapie ein ganz bestimmtes Drogenkonsum-Verhalten zeigen.

Ob dieses Konzept als sinnvoll eingestuft wird, hängt davon ab, wer es mit welcher Zielsetzung anwenden will. Wir befinden uns im Drogenbereich auf einem Markt mit vielen unterschiedlichen Interessenten und Interessen. „Das Drogenproblem lösen“ zu wollen kann unter vielerlei Gesichtspunkten und unter den verschiedensten Prämissen, die von Beteiligten in unterschiedlichster Weise gesetzt werden, verstanden und definiert werden. Ein Sozialarbeiter in der Drogenarbeit hat zumindest nicht nur das Interesse, die Drogenprobleme seiner Klienten zu lösen, sondern möchte vermutlich auch einen möglichst attraktiven Arbeitsplatz, der ihm erhalten bleibt. Auch eine Klinik, sollte sie sehr erfolgreich arbeiten, hätte bald eine Interessenabwägung zwischen schneller, erfolgreicher Heilung und Betten-Belegung vorzunehmen. Sollte „das Drogenproblem“ tatsächlich (wie auch immer) gelöst werden, ginge unserer Gesellschaft nicht nur ein wichtiger Arbeitsmarkt (im Bereich ambulanter und stationärer Therapie, von Sozialarbeit, Polizei und Justiz, Forschung und Wissenschaft), sondern auch ein wesentliches Kristallisationsthema verloren, das weite Teile der

Gesellschaft gerade im „Kampf gegen Drogen“ und gegen die Konsumenten illegaler Drogen verbindet (Christie/Bruun, 1991, sprechen vom *nützlichen Feind*).

Nicht alle diese Interessen würden bei einem Wechsel des Erklärungs- und Handlungsansatzes im Umgang mit Drogenkonsumenten gleichermaßen berücksichtigt. Doch könnte es sich als sinnvoller in bezug auf die Leiden der Menschen, die bislang als „Drogenabhängige“ deklariert und behandelt werden, erweisen, wenn man das Konzept der Drogenabhängigkeit aufgibt und durch das Konzept der Autonomie ersetzt. Indem man voraussetzt, daß Menschen immer das tun, was sie wollen, nehmen wir Drogenkonsumenten ernst. Ihr Leiden besteht nun allenfalls darin, daß sie selbst keine andere Verhaltensmöglichkeiten als den Drogenkonsum sehen bzw. zu sehen glauben, und daß sie darunter leiden.

Nicht nur die Konsumenten hätten einen Gewinn. Es kann für die Gesellschaft auf Dauer ergiebiger sein, eine andere als die gegenwärtige Haltung im Umgang mit Drogenkonsumenten zu entwickeln. Es ist letztlich ökonomisch und sozial betrachtet „billiger“, auch Drogenkonsumenten, die ein abweichendes Konsumverhalten zeigen, dennoch als gleichberechtigte und gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft anzuerkennen und zu behandeln. Und es ist ergiebiger, sich gegenseitig als gleichberechtigte Partner anzuerkennen.

Warum (nur) „Argumente“ für einen allmählichen Abschied? Ich behaupte nicht, Drogenabhängigkeit sei tatsächlich („lediglich“) ein Erklärungsprinzip: Es läßt sich allerdings als ein solches betrachten. „Drogenabhängigkeit“ und „Autonomie“ sind Konzepte, die nebeneinander bestehen und für sich selbst keinen Wert beinhalten. Den Wert bekommen sie erst für diejenigen, die sich ihrer bedienen wollen.

Daß die Gegensätzlichkeit zwischen Abhängigkeit und Autonomie so diametral ist, was natürlich auch durch Re-Konstruktion der in bewußtem Gegensatz zur Abhängigkeit konzeptionierten Autonomie bedingt ist, bedeutet nicht, daß nur das eine oder das andere Konzept gedacht und umgesetzt werden kann (obwohl sie aufgrund ihrer entgegengesetzten Grundannahmen nicht in einer Theorie miteinander vereint werden können). In der Praxis wird man meistens auf Vermischungen treffen. Doch könnte es mit dem Konzept der Autonomie und dem Anspruch, es umzusetzen, gelingen, einen dritten Weg zwischen Bestrafung einerseits und Behandlung andererseits zu finden.

Ob und für wen welches Konzept mehr wert ist, kann hier nicht entschieden werden - ähnlich wie die Frage, ob es Drogenabhängigkeit „wirklich“ gibt oder nicht. Selbstverständlich ließe sich meine Arbeit auf die Behauptung „Sucht existiert nicht“

reduzieren. Dies wäre eine mögliche, aber unzutreffende Vereinfachung. Ziel war und ist es, die Vielfalt der Möglichkeiten anhand einer konstruierten Dichotomie zu entwickeln - und eine Ahnung davon aufkommen zu lassen, daß möglicherweise mit Hilfe des Konzepts der Autonomie bestimmte Ziele, soweit sie das Leiden der Klienten, aber auch das Leiden der Gesellschaft am Drogenkonsum einiger Menschen, betreffen, besser erreicht werden können.

Bislang geht man davon aus, daß Drogenkonsum und die in unserer Gesellschaft daraus entstehenden Probleme notwendigerweise einer Behandlung bedürfen, für die dann auch nur die Wahl zwischen den beiden Polen Strafe einerseits und (Zwangs-) Therapie andererseits bleibt. Mit dem Konzept der Autonomie könnte man ausbrechen aus diesem Double-bind, dem nicht nur die Konsumenten ausgeliefert werden sollen, sondern in den sich mittlerweile die Gesellschaft selbst verstrickt hat. Durch eine solche Rekonstruktion von Unabhängigkeit und Selbständigkeit könnte der Handlungsspielraum aller wesentlich erweitert und damit die Flexibilität im Umgang mit Problemen entscheidend vergrößert werden.

Literatur

- Aebersold, Peter, Drogenhilfe im Wandel, in: Drogalkohol 2/1986, S. 121-131
- Aids-Prophylaxe für Drogenkonsumenten in Bremen. Dokumentation, Hrsg. v. Arbeitskreis Kommunale Drogenpolitik/Verein für Akzeptierende Drogenarbeit e.V., Bremen 1987
- Arnemann, Christoph, Mythos oder Fortschritt? - Das Krankheitskonzept des Alkoholismus unter der Perspektive der neueren Rückfallforschung, in: Sucht 2/1992, S. 131-135
- Ashby, W. Ross, Einführung in die Kybernetik, Frankfurt 1974
- Bateson, Gregory, Geist und Natur, Frankfurt 1982
- Bateson, Gregory, Metalog: Was ist ein Instinkt? in: ders., Ökologie des Geistes, Frankfurt 1983, S. 73-96
- Bateson, Gregory, Don D. Jackson, John Haley & John W. Weakland, Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie, in: Schizophrenie und Familie, Frankfurt 1969, S. 11-43
- Becker, Howard S., Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens, Frankfurt 1981
- Behrendt, Klaus, Karin Bonorden-Kleij, Michael Krausz, Peter Degkwitz & Bernd Kellermann, Niedrigschwelliger Drogenentzug, in: Deutsches Ärzteblatt v. 29.1.1993, S. 122-126
- Berg, Insoo Kim, Familien-Zusammenhalt(en), Dortmund 1992
- Berg, Insoo Kim & Scott D. Miller, Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen, Heidelberg 1993
- Berger, Peter L. & Thomas Luckmann, Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt 1980

- Böllert, Karin & Hans-Uwe Otto (Hrsg.), Umgang mit Drogen. Sozialpädagogische Handlungs- und Interventionsstrategien, Bielefeld 1993
- Böllinger, Lorenz & Heino Stöver, Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Ein Leitfaden für Drogenberater, Drogenbenutzer, Ärzte, Juristen, Materialien zur Sozialarbeit und Sozialpolitik Bd. 12, 3., veränd. Auflage, Frankfurt 1992
- Boscolo, Luigi et al., Gespräch über Carl Auer, in: Gunthard Weber & Fritz B. Simon (Hrsg.), Carl Auer: Geist or Ghost, Heidelberg 1990
- Bossong, Horst, Verhör und Verheißung. Zur Phänomenologie der Drogentherapien, Bremen 1982 (Diplomarbeit)
- Bossong, Horst, Kaum ein Hauch von Hilfe. Zur Reichweite und Effizienz von Drogenhilfen, in Bossong, Marzahn & Scheerer 1983, S. 28-38
- Bossong, Horst, Christian Marzahn & Sebastian Scheerer (Hrsg.), Sucht und Ordnung, Frankfurt 1983
- Bossong, Horst & Heino Stöver (Hrsg.), Methadonbehandlung, Frankfurt 1992
- Bratfos, Ole, Er alkoholisme og narkomani sykdom? (Ist Alkoholismus und Drogenabhängigkeit eine Krankheit?), Tidsskr Nor Lægeforen Nr. 27/1980, S. 1614-1621
- Brunkhorst, Hauke, Sozialtherapie - Schuld - Strafe, in: Müller/Otto 1986, S. 17-27,
- Bschor, Friedrich, Zur Revision des Abstinenzparadigmas in der Behandlung Suchtkranker, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 23/112.Jg., 1987, S. 907-909
- Carroll, Lewis, Alice hinter den Spiegeln, Frankfurt 1957/75
- Cerny, Karel & Ludek Cerny, Can Carrots be Addictive? An Extraordinary Form of Drug Dependence, in: British Journal of Addiction 87/8, 1992, S. 1195-1197
- Chesterton, Gilbert Keith, Das geheimnis des Pater Brown, München 1972
- Nils Christie & Kettel Bruun, The Conceptual Framework, 28th International Congress on Alcohol and Alcoholism, September 15-20, 1968, Washington D.C.
- Christie, Nils & Kettel Bruun, Der nützliche Feind, Bielefeld 1991

- Cohen, Felix S., The Relativity of Philosophical Systems and the Method of Systematic Relativism, in: The Journal of Philosophy, Vol. 19, 1939, S. 57-72
- Coleman, James William, The Myth of Addiction, in: Journal of Drug Issues, Vol. 6, No 2, Spring 1976, S. 135-141
- Cortázar, Julio, Geschichten von den Cronopien und Famen, Frankfurt 1977
- Daansen, Peter J., Individuelle Hilfe und öffentlicher Schutz, in: Bewährungshilfe 3/1987, S. 248-253
- Deutsches Wörterbuch, Hrsg. von Jacob und Wilhelm Grimm, 33 Bände, Leipzig 1854-1971, Nachdruck München 1984
- Dinslage, Axel, Ein Systemier in Kontrolletland - Der systemische Ansatz als Herausforderung für die Drogentherapie, Impulsreferat auf dem Freiburger Drogensymposium 9.-11.2.1987
- Dinslage, Axel, Die Wahrheit auf der Schlachtbank, in: Zeitschrift für systemische Therapie, 6. Jg., 3/1988, S. 205-206
- Duden Etymologie, Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache, Mannheim 1963
- Duerr, Hans-Peter, Ni Dieu - ni mètre. Anarchistische Bemerkungen zur Bewußtseins- und Erkenntnistheorie, Frankfurt 1985
- Dürrenmatt, Friedrich, Justiz, Zürich 1985
- Eberling, Wolfgang, Problem Sucht, Suchtprobleme - Suche nach neuen Lösungen durch systemische Perspektiven, in: Fritz Buchholtz (Hrsg), Suchtarbeit: Utopien und Experimente, Freiburg i.Br. 1989, S. 25-41
- Efran, Jay S., Kerry P. Heffner & Robert J. Lukens, Alkoholismus als Auffassungssache. Struktur-Determinismus und Trinkprobleme, in: Zeitschrift für systemische Therapie, 6. Jg., 3/1988, 180-191, und in: Familiendynamik, 1/1989, S. 2-12
- Efran, Jay S., Michael D. Lukens & Robert J. Lukens, Sprache, Struktur und Wandel. Bedeutungsrahmen der Psychotherapie, Dortmund 1992

- Elias, Norbert, Zur Grundlegung einer Theorie sozialer Prozesse, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 6, 2/1977, S. 127-149
- Epstein, Eugene K., Die Abkoppelung familientherapeutischer Theorien von gesellschaftlichen Lebensbedingungen, in: Politische Psychologie Aktuell, 1-2/1991, S. 28-41
- Epstein, Margit Kellenbenz & Eugene K. Epstein, Codependence as Social Narrative, in: Readings, September 1990, S. 4-7
- Fekjær, Hans Olav, Alkoholismens Historie. Eller hva om vi aldri hadde funnet opp alkoholismen? (Die Geschichte des Alkoholismus. Oder was, wenn wir Alkoholismus nie erfunden hätten?), in: Tidsskrift om edruskapsspørsmål Nr. 3/1981, S. 4-17
- Feser, Herbert, Grundlagen der Drogenerziehung, in: Herbert Feser (Hrsg.), Drogenerziehung - Handbuch für pädagogische und soziale Berufe, Eltern, Studenten, Langenau-Albeck 1981, S. 12ff
- Feser, Herbert, Sozialpsychologische Beiträge zu einer Theorie von Mißbrauch und Abhängigkeit, in: Feuerlein 1986, S. 1-14
- Feuerlein, Wilhelm (Hrsg.), Theorie der Sucht, Berlin 1986
- Feuerlein, Wilhelm, Definition und Diagnose der Suchtkrankheiten, in: K. P. Kisker et al. (Hrsg.), Abhängigkeit und Sucht, 3., veränd. Auflage, Berlin 1987
- Feyerabend, Paul, Erkenntnis für freie Menschen, 2., veränd. Auflage, Frankfurt 1981
- Finlay, Donald G., Alcoholism is an Illness. Right? Wrong! in: David Robinson 1979, S. 56-62
- Fischer, Hans Rudi, Arnold Retzer und Jochen Schweitzer (Hrsg.), Das Ende der großen Entwürfe, Frankfurt 1992
- Flehtner, Hans-Joachim, Grundbegriffe der Kybernetik, München 1984
- Fleck, Ludwik, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache, Frankfurt 1980
- v. Foerster, Heinz, Das Konstruieren einer Wirklichkeit, in: Watzlawick 1985, S. 39-60

- v. Foerster, Heinz, Entdecken oder Erfinden. Wie läßt sich Verstehen verstehen? in: Einführung in den Konstruktivismus, München 1985a, S. 27-68
- Fohrbeck, Karla & Andreas Johannes Wiesand, Wir Eingeborenen, Reinbek 1983
- Frank, Jerome D., Die Heiler, München 1985
- Gekeler, Gerd, „Ich hab‘ s allein geschafft“ - Heroinabhängige heilen sich selbst, in: Psychologie heute 6/1983, S. 28ff
- Gester, Peter W., Warum der Rattenfänger von Hameln kein Systemiker war, in: Schmitz, Gester & Heitger 1992, S. 136-164
- v. Glasersfeld, Ernst, Einführung in den radikalen Konstruktivismus, in: Watzlawick 1985, S. 16-38
- v. Glasersfeld, Ernst, Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität, in: Einführung in den Konstruktivismus, München 1985a, S. 1-26
- v. Glasersfeld, Ernst, Das Ende einer großen Illusion, in: Fischer, Retzer & Schweitzer 1992, S. 85-98
- Gold, Steven R., Kognitiv-affektiv-pharmakologische Kontrolltheorie des Drogenmißbrauchs, in: Lettieri & Welz 1983, S. 28-32
- Grau, Uwe, Jens Möller & Johann I. Gunnarson, Zusammenarbeit von Trainern und Psychologen im Spitzensport - Entwicklung eines systemischen Beratungskonzepts, in: Jan-Peter Janssen, Wolfgang Schlicht & Hanno Strang (Hrsg.), Handlungskontrolle und soziale Prozesse im Sport, Köln 1987
- Guntern, Gottlieb, Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma, in: Familiendynamik 1/1980, S. 2-41
- Hargens, Jürgen, Der Mythos der Kontrollierbarkeit, in: Psychologie heute Juli 1987, S. 58-63
- Hargens, Jürgen, Super Vision, in: Socialmanagement 1/1993, S. 60-62
- Hargens, Jürgen & Stefanie Dieckmann, Von der Theorie zur Praxis und zurück, in: Familiendynamik 1/1994, S. 3-14

- Havemann-Reinecke, Ursula, Biologische Mechanismen der Sucht unter Berücksichtigung genetischer Aspekte, in Sucht 2/1992, S. 82-84
- Heckmann, Wolfgang, Ein Verbundsystem entsteht, in: Der Senator für Familie, Jugend und Sport Berlin (Hrsg.), Neuer Rundbrief Nr. 3-4/1979
- Heckmann, Wolfgang, Aids als Herausforderung der Sozialarbeit, in: Bewährungshilfe 34, 2/1987, S. 118-130
- Heil, Klaus D. & Hans Uwe Jaensch, Weniger Alkohol. Ein Programm zur Selbstkontrolle, Frankfurt 1978
- Heim, Gunda, Franz Josef Krafeld, Elke Lutzebäck, Gisela Schaar, Carola Storm, Wolfgang Welp, „Lieber ein Skinhead, als sonst nichts?“ - Grundsätze einer akzeptierenden Jugendarbeit in rechten Jugenddeliquen, in: dies. (Hrsg.), Akzeptierende Jugendarbeit mit rechten Jugenddeliquen, Bremen 1992, S. 61-80
- Herwig, Johannes, „Wie funktioniert das: Drogenerziehung“. Zum Umgang mit Kindern und Drogen, Bremen 1984 (unveröffentl. Diplomarbeit)
- Herwig-Lempp, Johannes, Drogenabhängigkeit als Erklärungsprinzip - Vorschlag zur Veränderung der Perspektiven, in: drogen-report 1/1987a, S. 12-15
- Herwig-Lempp, Johannes, Das Phänomen der sogenannten Neuen Süchte, in: Neue Praxis 1/1987b, S. 54-64
- Herwig-Lempp, Johannes, Soziale Systeme existieren. Stimmt's? Stimmt nicht! in: Delfin IX, 1987c, S. 5-10
- Herwig-Lempp, Johannes, Automaten, Aids-Prävention und Akzeptanz in der Drogenarbeit, in: vor-sicht Nov./Dez. 1987d, S. 6-13
- Herwig-Lempp, Johannes, Der systemische Ansatz im Suchtbereich, in: Zeitschrift für systemische Therapie, 6. Jg., 3/1988, S. 195-201
- Herwig-Lempp, Johannes & Heino Stöver, Grundlagen akzeptierender Drogenarbeit, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 11, 1988, Nr. 2/3, S. 51-64
- Herwig-Lempp, Johannes & Heino Stöver, Was heißt hier „Akzeptierende Drogenarbeit“? in: Alternative Kommunal Politik 1/1990, S. 53-56

- Herwig-Lempp, Johannes, Akzeptanz und systemisches Denken im Umgang mit Drogenkonsumenten, in: Sozialpädagogik 5/1991, S. 210-221
- Herwig-Lempp, Johannes, Klaus Schuller, Heino Stöver & Franz Trautmann, Entkriminalisierte Zonen: Frei-Räume für Drogenkonsumenten, in: Böllert/Otto, Bielefeld 1993, S. 76-96
- Herwig-Lempp, Johannes, Aus systemischem Blickwinkel: Unterstützung bei „nicht-stoffgebundenen Drogenabhängigkeiten“, in: Rainer Ningel & Wilma Funke (Hrsg.), Soziale Stützsysteme unter der Lupe, Göttingen 1994 (im Druck)
- Hohler, Franz, Die Geisterfahrer, in: Die Rückeroberung, Darmstadt 1982
- Horn-Wagner, Detlef, Team-Widerstand-Supervision-Verzweiflung, in: Heinz J. Kersting/Heidi Neumann-Wirsig, Supervision. Konstruktion von Wirklichkeiten, Aachen 1992, S. 81-118
- Irving, John, Gottes Werk und Teufels Beitrag, Zürich 1990
- Jacobi, Corinna, Mythen im Alkoholismuskonzept, in: Ernährungs-Umschau 8/1987 (Heft 34), S. 262-266
- Jellinek, Elvin Morton, The Disease Concept of Alcoholism, Highland Park N.J. 1960
- Josuttis, Manfred, Unbeholfene Überlegungen zu einer alternativen Drogenpolitik, in: Völger & v. Welck 1982, S. 1284-1292
- Kellermann, Bernd, Wandlungen der deutschsprachigen psychiatrischen Suchtdefinition, in: Der Nervenarzt Bd. 62, 1991, S. 436-439
- Knorr-Cetina, Karin, Die Fabrikation von Erkenntnis, Frankfurt 1984
- Körner, Wilhelm & Hans Zygowski, Im System gefangen, in: Psychologie heute 4/1988, S. 38-45
- Kramer, John C., From Demon to Ally - How Mythology has, and may yet, alter National Drug Policy, in: Journal of Drug Issues Vol. 6 (1976), Nr. 4, S. 390-406
- Krauß, Günter M., Was heißt denn da „nichtbevormundend“? Ziele und Stile der Drogenarbeit, in: Krauß/Steffan 1985, S. 13-22

- Krauß, Günter M. & Werner Steffan (Hrsg.), „... nichts mehr reindrücken“.
Drogenarbeit, die nicht bevormundet, Weinheim 1985
- Krogh, Per, Alkoholisme som sykdom - noen problemer og konsekvenser
(Alkoholismus als Krankheit - einige Probleme und Konsequenzen), in: Tidsskrift
for samfunnsforskning 1973, bd. 14, S. 231-239
- Kühling, Ludger, Die Therapeutische Gemeinschaft Schloß Börstingen. Systemische
Analyse einer Therapieeinrichtung, Tübingen 1992 (Manuskript)
- Kuhn, Thomas S., Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, 2., revid. Aufl.,
Frankfurt 1976
- Ladewig, Dieter, Psychiatrisches Krankheitsmodell der Sucht, in: Wiener Zeitschrift für
Suchtforschung, Jg. 10, Heft 3/4, 1987, S. 19-23
- LaMotte, Christabel, Der gläserne Sarg, in: Antonia Byatt, Besessen, Frankfurt und
Leipzig 1993, S. 78-89
- Latour, Bruno & Steve Woolgar, Laboratory Life. The Social Construction of Scientific
Facts, Beverly Hills 1979
- Lempp, Reinhart, Gerichtliche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bern 1983
- Lempp, Reinhart, Spielsucht. Lust, Zwang und schlechtes Gewissen, in: Neue Praxis
4/1987, S. 289-298
- Lettieri, Dan J., Mollie Sayers & Helen Wallenstein Pearson (Eds.), Theories on Drug
Abuse. Selected Contemporary Perspectives, NIDA Research Monograph 30,
Rockville Md. 1980
- Lettieri, Dan J. & Rainer Welz (Hrsg.), Drogenabhängigkeit. Ursachen und
Verlaufsformen, Weinheim 1983
- Levine, Harry G., Die Sozialgeschichte des Alkoholkonzeptes in Amerika, in: Wiener
Zeitschrift für Suchtgefahren, Jg. 10, 1987, Nr. 3/4, S. 3-7
- Lieb, Hans, Süchtig nach Suchtdiagnosen? Vom Nutzen eines erweiterten
Suchtbegriffes, in: Sucht 6/1991, S. 409-414

- Lindesmith, Alfred R., A Sociological Theory of Drug Addiction, in: American Journal of Sociology 1938, S. 593-613
- Ludewig, Kurt, 10 + 1 Leitsätze bzw. Leitfragen, in: Zeitschrift für systemische Therapie 3/1987, S. 178-191
- Ludewig, Kurt, Schnee von gestern, in: Psychologie heute 5/1988, S. 64-66
- Mann, Thomas, Joseph und seine Brüder, Frankfurt 1964
- Marzahn, Christian, Linke Pädagogik als Mäßigkeitsbewegung, in: Johannes Beck & Heiner Boehnke (Hrsg.), Jahrbuch für Lehrer 7, Reinbek 1982, S. 34-43
- Marzahn, Christian, Plädoyer für eine gemeine Drogenkultur, in: Johannes Beck et al., Das Recht auf Ungezogenheit, Reinbek 1983, S. 105-134
- Marzahn, Christian, Zur Möglichkeit der Selbsthilfe von Drogenabhängigen, in: Bossong, Marzahn & Scheerer 1983a, S. 118-125
- Marzahn, Christian, Verrucht oder verrückt? Deutungen im Widerstreit der Professionen, in: Neue Praxis 5/1989, S. 436-445
- Marzahn, Christian, Scheußliche Selbstgefälligkeit oder giftmordsüchtige Monomanie? Die Gesche Gottfried im Streit der Professionen, in: Criminalia. Bremer Strafjustiz 1810-1850 (Beiträge zur Sozialgeschichte Bremens, Heft 11), Bremen o.J., S. 195-243
- Maturana, Humberto R. & Francisco J. Varela, Der Baum der Erkenntnis, München 1987
- May, Eduard, Am Abgrund des Relativismus, Berlin 1941
- Melville, Hermann, Der Schreiber Bartleby, Stuttgart 1984
- Michaelis, Sabine, Akzeptierende Arbeit mit drogengebrauchenden Prostituierten, in: Schuller/Stöver 1990, S. 100-108
- Müller, Siegfried & Hans-Uwe Otto (Hrsg.), Damit Erziehung nicht zur Strafe wird, Bielefeld 1986
- Müller, Siegfried & Hans-Uwe Otto, Sozialarbeit im Souterrain der Justiz, in: Müller/Otto 1986, S. VII-XVII

- Nowlis, Helen, Drogen ohne Mythos, Bonn 1975
- Nüse, Ralf, Norbert Groeben, Burkhard Freitag & Margrit Schreier, Über die Erfindung/en des Radikalen Konstruktivismus, Weinheim 1991
- Orbach, Susie, Antidiätbuch, München 1978
- Orben, Bradford Richard, Drinking: Physical or Just Psychological, Carlisle Pa., 1990 (unveröffentl. Seminarpapier)
- Osterhold, Gisela & Haja Molter (Hrsg.), Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext, Heidelberg 1992
- Parssinen, Terry M. & Karen Kerner, Development of the Disease Model of Drug Addiction in Britain, 1870-1926, in: Medical History, 24/1980, S. 275-296
- Penn, Peggy, Zirkuläres Fragen, in: Familiendynamik 8, 1983, S. 198-220
- Petry, Jörg, Neue und alte Süchte. Ein Beitrag zur Begriffsbestimmung, in: suchtgefahren und sozialarbeit 4/1991, S. 180-185
- Pietschmann, Herbert, Das Ende des naturwissenschaftlichen Zeitalters, Frankfurt 1983
- Pirsig, Robert M., Zen und die Kunst ein Motorrad zu warten, Frankfurt 1976
- Pörksen, Thies & Frank Schmidt, Niedrigschwellige Angebote für Drogenabhängige, Bremen 1988 (Ms.)
- Poikolainen, Kari, Alcoholism: A Social Construct, in: Journal of Drug Issues, Fall 1982, S. 361-367
- Poincaré, Jules Henri, Wissenschaft und Hypothese, Leipzig 1914
- Quensel, Stephan, Drogenelend. Cannabis, Heroin, Methadon: Für eine neue Drogenpolitik, Frankfurt 1982
- Quensel, Stephan, Mit Drogen leben, Erlaubtes und Verbotenes, Frankfurt 1985
- Quensel, Stephan, Einige Fragen zur akzeptierenden Drogenarbeit, in: Schuller/Stöver 1990, S. 61-69

- Ramloch-Sohl, Martin, Entzugsbehandlung mit Akupunktur, in: Suchtgefahren Jg. 35, 1989, S. 202-206
- Retzer, Arnold, Systemische Supervision, in: Harald Pühl (Hrsg.), Handbuch der Supervision, Berlin 1990, S. 357-370
- Retzer, Arnold, Fritz B. Simon & Gunthard Weber, Von der Idee der „Krankheits“-Einsicht zur Auflösung der „Krankheits“-Idee. Präsentation auf dem Forum 24 der IGST, 6. bis 8.10.1989 in Heidelberg
- Robinson, David, The Alcoholicist's Addiction. Some Implications of having Lost Control over the Disease Concept of Alcoholism, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol Vol. 33/1972, S. 1028-1042
- Robinson, David (Ed.), Alcohol Problems. Reviews, Research and Recommendations, London 1979
- Rohan, William P., The Concept of Alcoholism: Assumptions and Issues, in: E. M. Pattison/E. Kaufman, Encyclopedic Handbook of Alcoholism, New York 1982, S. 31-39
- Room, Robin, Dependence and Society, in: British Journal of Addiction 80/1985, S. 133-139
- Rotthaus, Wilhelm, Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dortmund 1990
- Scheerer, Sebastian & Irmgard Vogt (Hrsg.), Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Frankfurt/New York 1989
- Schiepek, Günther, Systemtheorie der Klinischen Psychologie, Braunschweig 1991
- Schivelbusch, Wolfgang, Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. Eine Geschichte der Genußmittel, Frankfurt 1983
- Schmerl, Christiane, Drogenabhängigkeit, Opladen 1984
- Schmidt, Gunther, Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht, in: Joachim Körkel (Hrsg.), Der Rückfall der Suchtkranken, Berlin 1988, S. 173-213

- Schmidt, Torsten, Hochschwellig-niedrigschwellig-tiefstschwellig, in: Neue Praxis 5-6/1991, S. 415-427
- Schmitz, Christof, Peter W. Gester & Barbara Heitger, Managerie. 1. Jahrbuch Systemisches Denken und Handeln im Management, Heidelberg 1992
- Schneider, Peter, Paarungen, Berlin 1992
- Schneider, Ralf, Grundannahmen deutscher Suchttherapiekonzepte, in: Martin Heide/Thomas Klein/Hans Lieb (Hrsg.), Abhängigkeit zwischen biochemischem Programm und steuerbarem Verhalten, Bonn 1992
- Schneider, Werner, Zur Frage von Ausstiegchancen und Selbstheilung bei Opiatabhängigkeit, in: Suchtgefahren 1988, S. 472-490
- Schuller, Klaus & Heino Stöver, Drogenarbeit und Aids-Prävention in Dänemark, Berlin 1988
- Schuller, Klaus & Heino Stöver, Bremer Drogenarbeit, in: Suchtreport 4/1988a, S. 3-15
- Schuller, Klaus & Heino Stöver (Hrsg.), Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe, Freiburg 1990
- Selvini Palazzoli, Mara, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin & Giuliana Prata, Paradoxon und Gegenparadoxon, 4. Aufl., Stuttgart 1985
- Sextus Empiricus, Grundriß der pyrrhonischen Skepsis, Frankfurt 1985
- Shaw, Stan, A Critique of the Concept of the Alcohol Dependence Syndrome, in: British Journal of Addiction 74/1979, S. 339-348
- de Shazer, Steve, Noch einmal: Widerstand, in: Zeitschrift für systemische Therapie 2/1990, S. 76-80
- de Shazer, Steve, Das Spiel mit Unterschieden, Heidelberg 1992
- Simon, Fritz B., Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik, Berlin 1988
- Simon, Fritz B. & Gunthard Weber, Das Ding an sich. Wie man „Krankheit“ erweicht, verflüssigt, entdinglicht... in: Familiendynamik 1/1988, S. 57-61

- Simon, Fritz B. & Gunthard Weber, Vorfall oder Rückfall, in: Familiendynamik 1/1992, S. 93-99
- Simon, Fritz B. & Conecta-Autorengruppe, Radikale Marktwirtschaft, Heidelberg 1992
- Smale, Gerald G., Die sich selbst erfüllende Prophezeiung, Freiburg 1980
- Spode, Hasso, Das Paradigma der Trunksucht. Anmerkungen zu Genese und Struktur de Suchtbegriffs in der Moderne, in: Drogalkohol 3/1986, S. 178-191
- Stanton, M. Duncan & Thomas C. Todd, Grundsätze und Techniken für den Einbezug der Familie in die Behandlung von Drogenabhängigen, in: Familiendynamik 1982, S. 228-264
- Steffan, Werner, Anbiederung, Verwöhnung und Suchtverlängerung? Metakritische Überlegungen zur akzeptierenden Drogenarbeit, in: Schuller & Stöver 1990, S. 52-60
- Steier, Frederick & Kenwyn K. Smith, Organizations and second order cybernetics, o. O. 1985 (Ms.)
- Stöver, Heino, Akzeptierende Drogenarbeit - Entwicklungen, Bedingungen und Perspektiven, in: Schuller/Stöver 1990, S. 14-30
- Stöver, Heino & Johannes Herwig-Lempp, Die Notwendigkeit akzeptierender Drogenarbeit, in Sozialmagazin 9/1988, S. 38-49
- Szasz, Thomas S., Bad Habits are not Diseases, in: Robinson 1979, S. 74-78
- Szasz, Thomas S., Das Ritual der Drogen, Frankfurt 1980
- Szasz, Thomas S., Dialog über Drogen, in: Drogalkohol 1/1990, S. 55-66
- Täschner, Karl-Ludwig, Therapie bei Abhängigkeit von Rauschdrogen, in: Deutsches Ärzteblatt 85, Heft 23, 1988, S. 1707-1711
- Theimer, Walter, Was ist Wissenschaft? Tübingen 1985
- Topel, Helga, Biologische Aspekte der Alkoholkrankheit, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 8, 1985, S. 33 - 40

- Trautmann, Franz, Niedrigschwellige Methadonvergabe in den Niederlanden - Drogenarbeit, Drogenproblem und Normalisierung, in: Schuller/Stöver 1990, S. 150-159
- Trautmann, Franz, Perspektiven akzeptierender Drogenarbeit in den Niederlanden, in: Streetcorner 2/1992, S. 82-90
- Traven, B., Das Totenschiff, Hamburg 1969
- Treacher, Andy, Der Mailänder Ansatz - Eine erste Kritik, in: Zeitschrift für systemische Therapie 3/1987, S. 170-175
- Updike, John, Ehepaare, Reinbek 1982
- Völger, Gisela & Karin von Welck (Hrsg.), Rausch und Realität, Drogen im Kulturvergleich, Reinbek 1982
- Vogt, Irmgard & Sebastian Scheerer, Drogen und Drogenpolitik, in: Scheerer/Vogt 1989, S. 1-50
- Watts, Thomas D., The Uneasy Triumph of a Concept: The ‚Disease‘ Conception of Alcoholism, in: Journal of Drug Issues, Fall 1981, S. 451-460
- Watzlawick, Paul, Janet H. Beavin & Don D. Jackson, Menschliche Kommunikation, Bern 1969
- Watzlawick, Paul, Wie wirklich ist die Wirklichkeit? München 1978
- Watzlawick, Paul (Hrsg.), Die erfundene Wirklichkeit, München 1985
- Weber, Gunthard & Fritz B. Simon, Systemische Einzeltherapie, in: Zeitschrift für systemische Therapie 3/1987, S. 192-206
- Weeks, Gerald R. & Luciano L'Abate, Paradoxe Psychotherapie, Stuttgart 1985
- Weiss, Thomas & Gabriele Haertel-Weiss, Familientherapie ohne Familie, München 1991
- Weizenbaum, Joseph, Die Macht der Computer und die Ohnmacht der Vernunft, Frankfurt 1982

Welsch, Wolfgang, Topoi der Postmoderne, in: Fischer, Retzer und Schweitzer 1992, S. 35-55

Witkowski, Roman J., Rückfallalkoholismus: eine medizinsoziologische Analyse, Wiesbaden 1983

Zerbin-Rüdin, Edith, Kriminalität und Alkoholismus. Genetische Aspekte, in: Forensia 6/1985, S. 55-70

Literarische Quellen:

Carroll, Lewis, Alice hinter den Spiegeln, Frankfurt 1975

Chesterton, Gilbert Keith, Das Geheimnis des Pater Brown, München 1972

Cortázar, Julio, Geschichten von den Cronopien und Famen, Frankfurt 1977

Dürrenmatt, Friedrich, Justiz, Zürich 1985

Gernhardt, Robert, Eine Geschichte aus Frankreich, in: Die Blusen des Böhmen, Frankfurt 1977, S. 21-22

Hohler, Franz, Der Geisterfahrer, in: Die Rückeroberung, Darmstadt 1982

Irving, John, Gottes Werk und Teufels Beitrag, Zürich 1990

Mann, Thomas, Joseph und seine Brüder, Frankfurt 1964

LaMotte, Christabel, Der gläserne Sarg, in: Antonia Byatt, Besessen, Frankfurt und Leipzig 1993, S. 78-89

Melville, Hermann, Der Schreiber Bartleby, Stuttgart 1984

Schneider, Peter, Paarungen, Berlin 1992

Traven, B., Das Totenschiff, Hamburg 1969

Updike, John, Ehepaare, Reinbek 1982

Dank

Die vorliegende Arbeit war nur möglich durch die unterschiedlichste Unterstützung vieler Menschen:

Christian Marzahn und Stephan Quensel von der Universität Bremen haben mich dazu ermutigt, meine Ideen zu verfolgen und diese Arbeit zu beginnen, sie haben ihre Entstehung kritisch begleitet - und schließlich von mir erwartet, daß ich sie auch fertigstelle. Die Norwegische Regierung hat 1985/86 den Beginn mit einem einjährigen Stipendium gefördert, Bente und Per Henriksen auf Nesoddtangen bei Oslo haben mich in dieser Zeit in ihrer Familie aufgenommen. Bei Peter Gester und der Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie, Heidelberg, lernte und entwickelte ich die Grundzüge meines Beratungsansatzes. Im Verein „Akzeptierende Drogenarbeit/Verein für kommunale Drogenpolitik“ in Bremen konnte ich beginnen, meine Ideen in die Praxis umzusetzen. Heino Stöver war Partner in der Diskussion und Entwicklung unseres Konzepts der Akzeptierenden Drogenarbeit. Vorstand und MitarbeiterInnen des Sozialtherapeutischen Vereins Holzgerlingen e.V. ermöglichten mir eine Beurlaubung im Frühjahr 1993 und dadurch die Fertigstellung dieser Arbeit, unterstützt durch einen Werkvertrag der Universität Bremen. Lilo Büchner und Henriette Lempp haben das Manuskript immer wieder gelesen, korrigiert und kommentiert. Wolfram Sailer hat die englischen Zitate ins Deutsche übersetzt. Und schließlich waren Familie und FreundInnen über all die Jahre hinweg, teils freiwillig, teils ungewollt, Diskussions- und Gesprächspartner, Ermunterer und Förderer, Erdulder und Interessenten an mir und meinem „Lieblingsthema“. Hierfür danke ich allen herzlich.

Der Autor

Johannes Herwig-Lempp, Dipl.-Soz.päd., Dr. phil., Systemischer Berater, Supervisor und Fortbilder. Geboren 1957 in München. Studium Evang. Theologie, Pädagogik und Sozialpädagogik an der TU Berlin und der Universität Bremen. Leiter einer Einrichtung der Sozialpädagogischen Familienhilfe und einer Fortbildungsstelle. Mitglied des Werraländer Kreises, einer Gruppe sozialwissenschaftlich orientierter Praktiker/innen, die sich kritisch mit den herrschenden Suchttheorien und der bisherigen Drogenpolitik

sowie einer Verbesserung der bestehenden Unterstützungssysteme befassen. Lebt in Tübingen. (Stand 1993 – aktuelle Informationen unter www.herwig-lempp.de)

Über dieses Buch

Drogenabhängigkeit ist das Erklärungsmodell für ein bestimmtes, von der Norm abweichendes Verhalten im Umgang mit Alkohol, Heroin, Medikamenten und anderen Stoffen. Dieses Erklärungsmodell läßt sich, zunächst theoretisch, dekonstruieren, indem man es durch das Erklärungsmodell der Autonomie und Selbstbestimmung ersetzt. Folgt man diesem Modell, werden Drogenkonsumenten nicht mehr als willenlose Opfer ihrer Sucht, sondern als Subjekte verstanden. Man setzt lediglich voraus, daß auch Menschen mit stark abweichendem Konsumverhalten sich dabei sinnvoll verhalten.

Diese Sichtweise hat Folgen für die Praxis. Selbstbestimmung ist eine Frage der Zurechnungsfähigkeit: inwieweit bin zunächst ich fähig, dem anderen Selbstbestimmung zuzugestehen? Die „Rekonstruktion der Unabhängigkeit“ findet im Lebensalltag, im Dialog statt. Mit den Ansätzen der Akzeptierenden Drogenarbeit und der systemischen Beratung werden Handlungsmodelle entwickelt und ausführlich dargestellt, die neue Wege und Perspektiven in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Menschen eröffnen.

Das Buch richtet sich sowohl an SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen und PsychologInnen, die in speziellen Drogenberatungs- und Drogentherapieeinrichtungen arbeiten, als auch an BeraterInnen und TherapeutInnen, die mehr am Rande mit Problemen des Konsums von legalen und illegalen Drogen zu tun haben.