

Das Phänomen der sogenannten Neuen Süchte

erschienen in: Neue Praxis 1/ 1987, S. 54-64
(die Seiteneinteilung entspricht dem Originalbeitrag)

“Ich glaube, daß es Anorexia nervosa nicht gibt; die Mediziner haben sie ausgeheckt, um endlich eine Erklärung zu haben, warum immer mehr Menschen- hauptsächlich Frauen - ihren Zorn durch die Verweigerung der Nahrungsaufnahme zum Ausdruck bringen.”

Karen Margolis, S. B.

1. Etablierung der “Neuen Süchte”

In den letzten Jahren wurde eine ganze Reihe bis dahin unbekannter Varianten von Drogenabhängigkeit “entdeckt”: von der *Eßsucht*- die man mittlerweile auch als “gestörtes Eßverhalten” bezeichnet und selbst wiederum in vier verschiedene Abhängigkeitsformen untergliedert^{1*} -über die *Spielsucht* bis hin zur *Arbeitssucht* und neuerdings sogar einer *Sexsucht*². Darüber hinaus kann man davon ausgehen, daß in Zukunft weitere Varianten von Abhängigkeit gefunden werden, und sich damit auch die Aufgabenfelder professioneller Drogenhilfe stetig ausdehnen.

Gemeinsam ist diesen neuen Formen von Drogenabhängigkeit, daß sie nicht im Zusammenhang mit dem Konsum bestimmter Drogen stehen. Während bei der klassischen Vorstellung von Drogenabhängigkeit eine spezielle Substanz zumindest eine Mit-Ursache für die Abhängigkeit darstellt, fehlt für die “neuen Süchte” eine solche stoffliche Droge. So spricht man allen Ernstes von “nichtstoffgebundener Drogenabhängigkeit” und “süchtigem Verhalten”.

Zumindest für die Varianten der Eßsucht sowie für die Spielsucht läßt sich beobachten, daß sie mittlerweile einen festen Platz innerhalb der bundesdeutschen Drogenproblematik einnehmen und Bestandteil unserer gesellschaftlichen Wirklichkeit geworden sind (Sex- und Arbeitssucht sind noch im Kommen). Die Medien berichten zunehmend häufiger über sie, und die Zahl der Rat-, Hilfe- und Therapiesuchenden steigt. Selbsthilfegruppen - teilweise nach dem Vorbild der Anonymen Alkoholiker - findet man bereits in vielen Orten, und nach Aufrufen, sich wissenschaftlichen Forschungsvorhaben zur Verfügung zu stellen, melden sich stetig mehr “Süchtige”. Drogenberatungsstellen richten sich auf den neuen Bedarf ein, Therapieeinrichtungen erweitern ihr Angebot und Fachverbände bieten Fortbildungsveranstaltungen für die professionellen Drogenhelfer an. Es werden bereits Fragen der Kostenübernahme bei Therapien durch die Krankenkasse sowie der Schuldzurechnungsfähigkeit bei juristischen Delikten diskutiert. Die Literatur zum Thema schwillt an, angefangen von Aufklärungsbroschüren bis hin zu theoretischen Klärungsversuchen, bei denen die Neuen Süchte in Einklang gebracht werden sollen mit den traditionellen Konzepten der Drogenabhängigkeit - was bisher nicht gelang³.

2. Existenz von Sucht oder Definition der Sucht

Überraschenderweise ist man sich im Expertenkreis dieser “Entdeckung” keineswegs so sicher, wie man angesichts der Selbstverständlichkeit, mit der sich die neuen Süchte etabliert haben, vermuten sollte. Erstaunt stellt man fest, daß es alles andere als klar ist, worum es sich bei diesen Neuen Süchten denn nun eigentlich handelt. Trotz erheblicher Bemühungen und Anstrengungen gelingt es nicht, die verschiedenen, einander teils völlig widersprechenden Auffassungen zusammenzubringen. Wie schon bei der herkömmlichen Drogenabhängigkeit können sich auch hier die Fachleute nicht auf eine “einheitliche Suchtheorie” einigen.

* Anmerkungen s. S. 63.

So findet etwas außerhalb des Blickfelds der Öffentlichkeit eine intensive Auseinandersetzung darüber statt, ob es diese Neuen Süchte überhaupt gibt, ob man zu Recht und sinnvollerweise bei bestimmten Formen von Spiel- und Eßverhalten von "Sucht" oder "Abhängigkeit"⁴ sprechen soll und kann, und ob eine Ausweitung dieser Begriffe über die traditionelle Bedeutung hinaus nicht mehr von Schaden als von Nutzen ist⁵.

Im Eifer des Gefechts wird dabei von den an der Diskussion Beteiligten allerdings übersehen, daß es sich hier um zwei grundsätzlich verschiedene, einander ausschließende Fragen handelt, die unzulässigerweise miteinander vermengt werden. Tatsächlich hat man sich den Unterschied hinsichtlich des jeweils zugrundeliegenden Erkenntnisinteresses zu vergegenwärtigen und zu berücksichtigen, wenn man an einer ernsthaften Klärung nicht nur der Fragen, sondern auch des Problems der Neuen Süchte interessiert ist.

Entweder geht es darum, ob es diese Neuen Süchte wirklich gibt, d. h. ob unmäßiges Eß-, Spiel-, Arbeits- und Sexualverhalten Sucht ist oder nicht.

Oder aber man setzt sich darüber auseinander, ob es sinnvoll ist, den Suchtbegriff über den Konsum von Drogen hinaus auch auf andere Verhaltensweisen auszuweiten und ob es vernünftig ist, das Modell der Drogenabhängigkeit auch auf andere, neue Bereiche zu übertragen und anzuwenden. Beide Fragestellungen sind miteinander unvereinbar und müssen im Interesse einer wissenschaftlichen, methodisch korrekten Argumentation und Diskussion konsequent auseinandergehalten werden.

3. Ausweitung des Suchtbegriffs

"Die Kategorie 'magersüchtig' erlaubte es den anderen, meinen Geist, meine Gefühle, meine Wut und meine Ansichten zu ignorieren und sich statt dessen auf meinen schwindenden Körper zu konzentrieren."

Margolis, S. 9

Allerdings führt sich die erste der beiden Fragen - die nach der Existenz der Neuen Süchte offensichtlich bereits selbst ad absurdum, indem sie überhaupt zur Diskussion gestellt werden kann und muß. Als Gegenstand eines Meinungsbildungsprozesses ist diese "Existenz" somit allein davon abhängig, welche Überzeugungen sich im Laufe dieses Prozesses entwickeln und durchsetzen. Eine "Existenz" könnte dadurch aber weder entdeckt noch nachgewiesen werden, sie würde vielmehr durch diesen Prozeß erst festgelegt und produziert: günstigstenfalls könnte am Schluß der Auseinandersetzungen ein allgemeiner Konsens darüber entstehen, wie weit oder wie eng der Begriff der Abhängigkeit in Zukunft zu verstehen ist, und man würde sich über eine genaue Definition verständigen.

Erst aufgrund einer zuvor klar formulierten Definition des Suchtbegriffes läßt sich bestimmen, welches Verhalten als "süchtig" zu erkennen, zu begreifen und zu verstehen ist. Bevor diese Definition nicht gesetzt wird, läßt sich auch Sucht nicht auffinden, entdecken oder nachweisen. Sucht und Abhängigkeit lassen sich nicht "anfassen", sie sind nicht materiell und existieren in diesem Sinne nicht. "Sucht" ist ein Abstraktum, es stellt eine Erklärung dar, mit der sich ein bestimmtes, von der Norm abweichendes Verhalten beschreiben und verstehen läßt. "Sucht" ist ein theoretisches Konstrukt, ein "Erklärungsprinzip" (Bateson). 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"⁶. Die Erklärung "Sucht" setzt die Beschreibung und Definition des als Sucht zu definierenden Verhaltens voraus und enthält sie implizit. Diese Definition wird gesetzt und nicht "gefunden".

Nicht also die Existenz der Neuen Süchte hat zur Diskussion zu stehen, sondern die Frage, ob es nützlich wäre, die Definition von Sucht und Abhängigkeit zu erweitern und dadurch das Erklärungsmodell von Drogenabhängigkeit auf neue Verhaltensbereiche anzuwenden. Damit

wird die Diskussion von der "Wahrheits-" bzw. "Existenzfrage" hin zur Abwägung des Sinns und Nutzens der verschiedenen alternativen Erklärungsmodelle verschoben.

4. Sucht als Normabweichung

"Alle diese Symptome tauchen bei vielen Menschen in bestimmten Phasen ihres Lebens auf. Gibt man ihnen aber einen Namen und eine passende Behandlung, schiebt man damit die Kranke in eine Ecke, aus der sie ohne die Hilfe der Medizinmänner nicht mehr heraus kann. Der Stempel 'Magersucht' ist für Ärzte und Patienten eine praktische Sache."

Margolis, S. 48

Mit den Neuen Süchten erklärt man sich ein Verhalten, das "nicht normal" ist, d. h. das in auffälliger Weise von der gültigen Norm abweicht, von dem also, was in unserer Gesellschaft verbreitet und normal ist und deshalb auch als gesund, natürlich und richtig aufgefaßt wird. Die potentiell als "Sucht" qualifizierbare Art und Weise, mit Essen, Arbeit, Sexualität und Glücksspielautomaten umzugehen, ist nichts anderes als abweichendes Verhalten. Menschen fallen mit ihrem Verhalten dann und deshalb auf, wenn sie sich un-gewöhnlich und un-normal verhalten. Normen stellen einen rein rechnerischen Mittelwert mit nur spezifisch historischer und kultureller Gültigkeit des in einer bestimmten Gesellschaft akzeptierten Verhaltens dar. Sie drücken das aus, was man in dieser Gesellschaft oder Gruppe gerade für normal, gesund oder richtig hält. Solange man diese Auffassung teilt, mag man sie dann oft für unbezweifelbar und absolut halten. Doch Normen sind keine dem menschlichen Wesen von der Natur vorgegebenen Einstellungen - sie verändern sich ständig (als Normen sind sie uns daran erkennbar, daß sie sich im Laufe der Zeit und von Gruppe zu Gruppe verändern und dadurch unterscheiden lassen!).

Mit Hilfe unserer eigenen Normen, mit unserer gegenwärtigen Auffassung von "normalem", "gesundem" und "angemessen-richtigem" Verhalten in bezug auf Essen, Spiel, Arbeit und Sexualität, wird es uns erst möglich zu bestimmen, welches Verhalten aus unserer Perspektive unmäßig, unnormal und ungesund erscheint.

Wir vergessen allzu leicht und schnell, wie sehr dieses Erkennen des abweichenden Verhaltens von uns selbst und unseren spezifischen Normen abhängt, und übersehen, daß entgegen unseren vertrauten, alltäglichen wie (sozial-)wissenschaftlichen, Vorstellungen "abweichendes Verhalten keine Qualität der Handlung (ist), die eine Person begehrt, sondern vielmehr eine Konsequenz der Anwendung von Regeln durch andere . . . Abweichendes Verhalten ist Verhalten, das Menschen so bezeichnen", wie Howard S. Becker feststellte⁷. Hiernach wird das abweichende Verhalten einzelner von der Gesellschaft produziert, indem durch sie und mit ihr ein Ordnungs- und Normensystem geschaffen wird und besteht, anhand dessen erst sich das konkrete Verhalten von einzelnen klassifizieren und beurteilen läßt.

Die Schwere und Bedeutung einer Normabweichung (und damit die Notwendigkeit ihrer Erklärung, Behandlung und evtl. Unterdrückung) ergibt sich nicht allein aus der Entfernung zum Mittelwert des Normalen, sondern hauptsächlich daraus, welche Aufmerksamkeit und welches Gewicht man dieser Norm und ihrer Einhaltung zumißt. Denn "übermäßiges" Essen und Spielen sind, ebenso wie auch anderes Extremverhalten, nicht so neu, wie der Begriff der Neuen Süchte glauben machen möchte. (Und auch am Beispiel des extensiven Arbeitens läßt sich deutlich zeigen, daß allein die Idee, so etwas als "Sucht" zu bezeichnen und zu erklären, neu ist, nicht aber das Verhalten selbst.) Essen und Spielen wurde bislang nicht die Beachtung zuteil, die sie heute erhalten, und außergewöhnlichem Eß- und Spielverhalten wurde nicht so viel negative Bedeutung beigemessen wie heute. Es war bis vor kurzem noch ausreichend (und könnte es auch heute noch sein), sich solche abweichenden Verhaltensweisen mit Neigung,

Vorliebe und Lust auf der Grundlage eines eigenen Willens und selbstbestimmten Handelns zu erklären: “der oder die Betreffende spielt, ißt, arbeitet eben ganz einfach außergewöhnlich gerne”⁸.

5. Von der Autonomie zur Sucht

“Aber ein Mensch, der das Essen verweigert und diesozialen Konsequenzen auf sich nimmt, muß eigentlich über eine in sich ruhende Stärke verfügen. Man macht damit eine der machtvollsten Aussagen, die möglich sind: daß die eigenen Wünsche und Bedürfnisse grundverschieden sind von denen der anderen.”

Margolis, S.11

Die “Entdecker” der Neuen Süchte haben in ihrer Aufregung und Entdeckerfreude gänzlich übersehen, daß bereits vor ihrer Ankunft ein Erklärungsansatz für Verhaltensweisen, in denen sie nun “Sucht” und “Abhängigkeit” zu entdecken glauben, vorhanden und verbreitet war-eine Alternative zum Erklärungsmodell der Sucht: Verhalten, solange es nicht als “abweichend”, “krank”, “unnatürlich” etc. definiert und problematisiert wird, gilt schlichtweg als mehr oder minder “normal” und bedarf deshalb auch gar keiner weiteren Erklärung. Die Bezeichnung “normal” ist selbst Erklärung genug. Sie impliziert, daß der Betreffende dafür, was er tut und wie er handelt, selbstverantwortlich ist. Es handelt sich genau um dasjenige Erklärungsmuster, das wir alltäglich im Umgang mit unseren Mitmenschen und uns selbst zugrunde legen - wir setzen voraus, daß wir autonom sind und das, was wir tun, deshalb tun, weil wir das so wollen. Es gilt selbst dann, wenn wir etwas ungenügend oder auch “gezwungenermaßen” tun. Denn nicht, weil wir “keine andere Wahl” mehr haben, sondern weil die uns erkennbaren Alternativen noch schlechter sind als die gewählte, handeln wir so, wie wir handeln: unter den sich uns bietenden Möglichkeiten wählen wir die uns am besten erscheinende, und es sind wir, die sowohl die Wahl treffen als auch handeln.

A priori setzen wir uns selbst und zumindest unsere Freunde und Bekannten als handelnde Subjekte mit eigenem Willen und eigenen Wertmaßstäben voraus, wo auch das Anderssein keiner weiteren Begründung mehr bedarf. Autonomie, das Recht und die Fähigkeit des Individuums, über sich selbst bestimmen zu können, ist, wie man sieht, ebensowenig eine “Eigenschaft” des Subjekts wie Abhängigkeit: sie wird ihm zugesprochen und von vorneherein vorausgesetzt. Erst dann, wenn der andere auf eine Weise abweicht und “anders” ist, die nicht mehr nachvollziehbar und akzeptabel ist, geht man dazu über, das Suchtmodell zu verwenden. Weil man selbst keinen Sinn mehr im Handeln des anderen erkennen kann, versucht man, sich sein Verhalten als durch Krankheit, Fehlentwicklung oder Dysfunktion bedingt zu erklären. Mit Hilfe der zuvor gesetzten Definition des Suchtbegriffes wird so eine Erklärung konstruiert, mit der dem durch diesen Definitionsprozeß “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 gut für ihn ist, er hat sich selbst nicht mehr unter Kontrolle und handelt unter Zwang.” Diese Erklärung ist dann auch Legitimation dafür, daß man an Stelle des Süchtigen entscheiden kann, was für ihn gut und richtig ist (wenn es etwa gilt, die Notwendigkeit einer Therapie auch gegen den Widerstand eines “uneinsichtigen” Patienten zu behaupten). Wann der Wechsel von dem einen Erklärungsansatz zum anderen, von der “Autonomie” zur “Sucht” (und im Laufe des Therapieprozesses dann u. U. auch wieder in umgekehrter Richtung) stattfindet, ist keine Frage der “Qualität” des Verhaltens. Vielmehr wird er 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.

6. Fremd- und Selbstwahrnehmung von Sucht

“Medizinische Bücher zeichnen ein schreckliches Bild. Die masochistische Magersüchtige wird wahrscheinlich nie fähig sein, eine normale Beziehung zum Essen zu entwickeln . . . Das ist kaum eine Ermutigung für Patienten. Wenn die Behandlung ... lebenslängliche Freudlosigkeit bedeutet, warum sollte man die jetzige Zelle gegen eine noch tristere eintauschen? Warum sollte man dann die Vorteile eines Hungerstreiks aufgeben?”

Margolis, S. 53

Die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Erklärungsmodellen zu wählen, besteht nur für die Experten, die professionellen Drogenhelfer. Diese sind sich zumindest darüber bewußt, daß es unterschiedliche, widersprüchliche Definitionen und Theorien zu den Neuen Süchten gibt. Ihnen steht es letztlich frei, sich der einen oder anderen Auffassung anzuschließen. Demgegenüber bleibt den Laien keine Wahl. Sie wissen meist nicht einmal, daß es unter den sich nach außen jeweils so objektiv-wissenschaftlich gebenden Fachleuten die gegensätzlichsten Positionen gibt, die nicht nur von theoretischer Bedeutung sind, sondern jeweils auch handfeste praktische Konsequenzen für die Behandlung des Problems und damit für “die Betroffenen” haben. Von der persönlichen Überzeugung des jeweiligen Arztes oder Drogenberaters hängt es ab, ob ein Ratsuchender als “süchtig”-krank und behandlungsbedürftig oder aber als zumindest soweit “normal” diagnostiziert wird, als er für sein Eß-, Spiel- oder Sexualverhalten selbst verantwortlich gemacht wird. Dem Klienten bleibt dabei nichts anderes übrig, als die Diagnose zu glauben und damit auch als Selbstbild zu übernehmen, so lange ihm nicht klargemacht wird, daß es sich dabei nicht um objektives Wissen, sondern um ein Erklärungsmodell (und u. U. den Glauben des Arztes, dies sei objektiv gesichertes Wissen) handelt.

Eines der Argumente gegen eine Ausweitung des Suchtbegriffs (das aber zunehmend mehr nur noch rhetorischen und Alibicharakter hat, als daß es wirklich ernst genommen würde) besteht in dem Hinweis auf die Gefahr, daß es durch die erweiterte Definition von Sucht dem einzelnen leicht gemacht werde, die Verantwortung für sein eigenes Verhalten abzugeben und von sich zu weisen mit der Begründung, er sei eben süchtig. Diese “Gefahr” wird zutreffend erkannt - muß aber mit der entscheidenden Korrektur versehen werden, daß nicht der als “süchtig” Diagnostizierte selbst seine Verantwortung abgibt, sondern sie ihm abgenommen wird, als unvermeidliche Folge der Anwendung eines bestimmten Suchtbegriffs durch den Arzt oder Therapeuten. Mit der Feststellung des Experten, der Klient sei süchtig, wird impliziert, daß es sich um eine Krankheit oder einen “Funktionsfehler” in ihm handelt, der es ihm unmöglich macht, sich normal zu verhalten. Was bleibt somit dem Klienten anderes übrig, als dem Experten zu vertrauen - solange er nicht darüber aufgeklärt wird, daß die Feststellung einer Sucht allein von Begriffsdefinitionen abhängt. Er hält das Erklärungsmodell der Sucht für das einzig mögliche und sieht somit überhaupt keine zur Wahl stehende Alternative.

Das neuerdings gehäufte Auftreten von Eßsucht und Spielsucht ist weder auf die plötzliche Entdeckung bisher unbekannter Tatsachen noch auf eine unerwartete Epidemie zurückzuführen, sondern auf die relativ originelle-Idee, daß sich das bekannte Modell der Drogenabhängigkeit auch auf andere Verhaltensweisen anwenden läßt, und der großen Publizität für diese Idee. So trug zur Verbreitung der Neuen Süchte entscheidend bei, daß die Medien (einschließlich der wissenschaftlichen und Fachzeitschriften) das Thema gerne aufgriffen: versprach es doch durch die Nähe zur herkömmlichen Drogenabhängigkeit ebensoviel Aufmerksamkeit zu erregen und Brisanz und Aktualität zu haben- was sich bald als eine sich selbsterfüllende Prophezeiung erwiesen hat: Je öfter man von den Neuen Süchten liest, je bekannter sie dadurch werden und je sicherer dadurch ihre Existenz einerseits und die Möglichkeit, man selbst könne auch davon befallen sein, andererseits erscheint, desto häufiger wird man das eigene Verhalten anhand der vorgegebenen Definitionen überprüfen. Und desto eher schließlich wird man auch bereit sein (oder sich sogar gezwungen sehen), die neue Definition von Sucht auch auf sich selbst anzuwenden⁹

Ebenso aber wie der Fachmann muß auch der Laie erst über einen Begriff von “Abhängigkeit” und eine damit verbundene Vorstellung verfügen, bevor er sich selbst als “abhängig” erkennen, erleben und erleiden kann. Er muß wissen, daß man ein bestimmtes Verhalten als “süchtig”

definieren und klassifizieren kann, d. h. daß das Erklärungsmodell 'Sucht' zur Verfügung steht¹⁰ - andernfalls bleibt ihm nichts anderes übrig, als sich für sein Verhalten selbst verantwortlich zu fühlen. Die offensichtliche Tatsache, daß sich immer mehr Menschen als "süchtig" erleben, steht nicht im Widerspruch dazu, daß es sich bei "Sucht" um ein Erklärungsmodell handelt und nicht - entgegen weitverbreiteter Auffassung - um etwas objektiv Existierendes.

7. Die Macht der Experten und Ohnmacht der "Süchtigen"

"Ich bewundere viele Ärzte wegen ihrer Hingabe an den Beruf, aber ich mißtraue ihrer Macht; der Macht, einer Patientin einen Stempel aufzudrücken, sie sogar gegen ihren Willen der ärztlichen Maschinerie zu übergeben, wenn er der Meinung ist, daß sie nicht für sich selbst sorgen kann. Ärzte verlangen die Macht, einem das eigene Urteilsvermögen nehmen zu können; sie wollen, daß man die Verantwortung für sich selbst aufgibt."

Margolis, S. 50

Trotz der noch anhaltenden fachinternen Auseinandersetzungen, darf man mit gutem Grund vermuten, daß sich das Erklärungsmodell der Neuen Süchte, d. h. eine erhebliche Erweiterung des Begriffes von Drogenabhängigkeit, schließlich doch durchsetzen wird. Dafür spricht, daß dieses Modell im gesellschaftlichen Alltag bereits ganz selbstverständlich verwendet wird und damit nur noch der nachträglichen Absegnung durch einen Konsens der Wissenschaftler und Praktiker bedarf. Daß dieser Konsens erzielt werden wird, erscheint zudem äußerst wahrscheinlich zu sein gerade in einer Zeit, in der auf dem Sektor der klassischen Drogenhilfe und -therapie ein inzwischen mehr als ausgewogenes Verhältnis von Angebot und Nachfrage besteht.

Das Verhältnis Drogenabhängige - Helfer hat sich zugunsten letzterer verschoben, was sich bspw. auch daran erkennen läßt, daß sich Therapieplätze heutzutage wieder wesentlich leichter und schneller vermitteln lassen als noch vor wenigen Jahren, daß die Therapieinstitutionen verstärkt um Klienten konkurrieren und so die Krankenkassen zuweilen schon Einfluß auf die Therapiedauer (Verkürzung) zu nehmen versuchen. Verursacht wurde das Überangebot durch den fast hektisch zu nennenden Ausbau von Drogenberatungs- und -therapieinstitutionen, ohne daß gleichzeitig die Zahl der Beratungs- und Behandlungsbedürftigen entsprechend gestiegen ist. Da die professionellen Helfer inzwischen nicht mehr die Anbieter sind, sondern diejenigen, die Bedarf an neuen Klienten anmelden, findet die "Entdeckung" der Neuen Süchte und ihr plötzlicher Aufschwung eine ganz plausible Erklärung¹¹.

Wenn man also bedenkt, daß die Einführung der Neuen Süchte ausschließlich von den professionellen Experten und deren Interessen gelenkt und bestimmt wird, während die eigentlich Betroffenen - die Gruppe der potentiellen "Süchtigen" - bei der Entscheidung, welches Erklärungsmodell auf sie anzuwenden ist, unberücksichtigt bleiben und keinerlei Mitbestimmungsrecht bekommen, wird nicht nur die methodische, sondern auch die moralische Fragwürdigkeit der Entdeckung der Neuen Süchte offensichtlich: da die Neuen Süchte als einer Erklärung für normabweichendes Verhalten allein auf einer Definition beruhen, ist es nicht nur das gute Recht der Klienten, selbst darüber entscheiden zu können, welche Definition und Erklärung sie auf sich angewendet haben wollen, sondern sie müssen auch die Möglichkeit zu dieser Entscheidung erhalten. Daß die Experten unter sich und unter Ausschluß der übrigen Gesellschaftsmitglieder (den möglichen Patienten) die verbindlichen Begriffe festlegen und bestimmen können sollen und wollen, ist rational nicht legitimierbar. Das Expertentum der Experten kann sich immer nur auf deren Kenntnisse und Fertigkeiten hinsichtlich des methodischen Vorgehens beziehen, keinesfalls aber auf Entscheidungsbereiche, die die Interessen verschiedener Individuen berühren. Seine eigenen Interessen kann ein Subjekt selbstverständlich immer nur selbst artikulieren, kein noch so gründlich ausgebildeter Fachmann kann dies stellvertretend tun. Der Versuch, ein solches Vorgehen mit der Unselbständigkeit und fehlenden Autonomiefähigkeit des Individuums zu begründen und rechtfertigen, ist unzulässig, denn er setzt wie gezeigt schon voraus, was

erst bewiesen werden soll. Sowenig es "objektiv richtige Normen" gibt, sowenig läßt sich auch bestimmen, was "objektiv" im Interesse des anderen liegt. Es ist und bleibt der einzelne Mensch selbst, der allein wissen kann, worin seine Interessen liegen.

B. Pathologisierung von Verhalten oder Fähigkeit zur Selbstbestimmung

"Allmählich begriffen wir, daß die Eßprobleme vieler Frauen positive Funktionen hatten, sie waren Lösungsstrategien für andere Probleme."
Susie Orbach¹²

Am Beispiel der sog. "Eß-" oder "Freßsucht" läßt sich noch einmal besonders deutlich zeigen, daß es um zwei alternative, einander konträr gegenüberstehende Erklärungsmuster geht. Wie man in den letzten Jahren beobachten konnte, ist es durchaus möglich, ein bestimmtes Eßverhalten als Ausdruck einer Sucht zu definieren und diese Definition dann auch zu verbreiten und durchzusetzen: "Allein in der BRD sind heute Hunderttausende von Frauen freßsüchtig."¹³ Durch die Definition werden Frauen, die sich entsprechend verhalten, zu Abhängigen, d. h. Behandlungsbedürftigen gemacht. Gelingt es, sie zur Übernahme dieser Definition zu bewegen, so werden sie sich schließlich selbst als abhängig und Opfer einer Sucht erleben und erleiden: sie glauben, sie seien freßsüchtig.

Genauso gut aber ist es möglich, für das gleiche Verhalten eine ganz andere Erklärung heranzuziehen und zu verwenden: es läßt sich als Ausdruck und Bestandteil der jeweiligen Person, als Ergebnis ihres spezifischen Willens und ihrer autonomen Entscheidungen verstehen.

In einem Teil der bestehenden Selbsthilfegruppen für Frauen mit Eßproblemen, wird - orientiert vor allem an dem Ansatz von Susie Orbach - gerade diese Erklärungsweise besonders gewichtet und bevorzugt. Die Teilnehmerinnen wollen lernen und einüben, sich nicht mehr als hilflos und willenlos, von der Therapie und Betreuung durch andere abhängige Suchtkranke zu fühlen, sondern ihren Umgang mit Essen als Teil ihrer persönlichen Normalität zu verstehen und zu akzeptieren - so wie sie sich ja auch sonst im Alltag als selbständige Subjekte erleben. Sie setzen einfach voraus, daß jeder genau so(viel) ißt, wie es für ihn richtig ist. Ganz bewußt wird angestrebt, sich nicht mehr von scheinbar so objektiven und deshalb dann zwingenden gesellschaftlichen Normen von "gesund", "normal", "richtig", "schön" und "ideal" fesseln zu lassen. Angestrebt wird auch gerade nicht eine Normalisierung und Anpassung des eigenen Eßverhaltens, im Vordergrund steht die Anerkennung der eigenen Person und ihres Verhaltens ungeachtet dessen, wie dieses Verhalten ist. Ziel ist es, die Fähigkeit zu erwerben, dieses Verhalten als Ausdruck und Resultat des persönlichen Willens (und eben nicht irgendwelcher Suchtmechanismen) anzunehmen.

Die Voraussetzung dafür, daß man sein Verhalten unter Kontrolle hat, ist das Gefühl oder die Überzeugung, über die Fähigkeit der Kontrolle zu verfügen. Erst dann, wenn man einigermaßen davon überzeugt ist, es selbst in der Hand zu haben, wann man mit dem Essen aufhört, wird man auch den Mut aufbringen, entsprechende Erfahrungen zu wagen bzw. sie auch positiv zu deuten. Der Glaube, süchtig zu sein, läßt diese Erfahrungen erst gar nicht zu, da alle Erlebnisse im Licht dieser Sucht erscheinen und interpretiert werden. Erst dann, "wenn eine Eßsüchtige anfängt, sich für 'normal' zu halten, kann sie dazu übergehen, wie ein 'normaler' Mensch zu essen".¹⁴ Es geht darum einen Standpunkt einzunehmen, der einen die eigene Stärke und Autonomiefähigkeit erkennen und erleben läßt. Gelingt dies, kann es zu - aus der Sicht der traditionellen Suchttheorien - überraschenden Konsequenzen kommen. In dem Moment, wo es den Frauen gelingt, sich selbst und ihr Verhalten zu akzeptieren, als für sie selbst aus ihrer Sicht und aktuellen Situation heraus richtig und sinnvoll anzuerkennen, und wenn sie es deshalb auch nicht mehr mit größtmöglicher Kraftanstrengung zu verändern versuchen, beginnt sich ihr Eßverhalten oft allmählich und "wie von selbst" zu "normalisieren". Sie lassen sich nicht mehr lähmen durch die Verwendung des Suchtmodells als Erklärung für ihr eigenes Verhalten. Sie beginnen ihre Stärke zu spüren, sobald sie diese als gegeben voraussetzen, sobald sie für sich selbst die Autonomie und Fähigkeit zur Selbstbestimmung und -kontrolle postulieren.

Der Unterschied zur sonst üblichen Suchttheorie und Therapie ist augenfällig: dort kommt es zunächst darauf an, den einzelnen dazu zu bringen, daß er die Definition und Erklärungsweise des Therapeuten anerkennt, daß er "zugibt", eßsüchtig zu sein und auch sich selbst als wirklich abhängig erlebt. Hervorzuheben ist, daß dieser Schritt nur vom Klienten selbst geleistet werden kann. Allenfalls können ihm von außen "Anreize" (in Form von positiven oder negativen Verstärkern) zu einem Wechsel der Erklärungsweisen gegeben werden. Aber solange er nicht bereit ist, sein Verhalten anders als selbstbestimmt und kontrolliert zu begreifen und erleben, kann die Therapie nicht begonnen werden und das Hauptziel von Arzt, Sozialarbeiter oder Angehörigen bleibt es, ihn zur Übernahme des Erklärungsmodells "Eßsucht" zu bewegen.

Entsprechend fällt auch der Rat der Eßsucht-Experten an Frauen aus, die sich verunsichert fragen, ob sie selbst womöglich schon eßsüchtig sind oder ob sich ihr Verhalten noch im normalen Rahmen bewegt. Die Therapeutin Margarete Daub antwortete auf die Frage, was diese Frauen tun können: „Als erstes sollten sie mit dem Versteckspielen aufhören. Denn die meisten Frauen halten ihr suchtartiges Eß- oder Hungerverhalten geheim . . . Der erste Schritt wäre also: dazu stehen können. Danach ist es sicher wichtig, sich Rat und Unterstützung zu holen. Fachleute auf diesem Gebiet gibt es zwar erst wenige, doch ist es auf jeden Fall besser, einen Psychotherapeuten aufzusuchen - auch wenn er kein Experte für Eßstörungen ist - als überhaupt nichts zu tun.“¹⁵ Schon die Verunsicherung wird als Indiz für das Vorhandensein zumindest ernster Probleme genommen und mit der Aufforderung, sich selbst als eßsüchtig zu akzeptieren, beantwortet. Daß es demnach möglicherweise am besten wäre, sich gar nicht erst verunsichern zu lassen, wird übersehen. Deutlich wird auch hier wieder, daß die Verbreitung und das Ausmaß von Eßsucht - wie von anderen Formen der Sucht auch - sowohl von der Definition der Experten als auch von ihrer Verbreitung und Bekanntheit im Kreis der potentiellen Klienten abhängt. Die Frage ist letztlich, wieweit es gelingt, ein entsprechendes „Problembewußtsein“ zu vermitteln. Mit dem zunehmenden Glauben an die Existenz der „Eßsucht“, d. h. der Richtigkeit der Definition und Erklärung, wird die Möglichkeit geringer, abweichendes Verhalten auch als Ergebnis eigener Entscheidungen und subjektiven Wollens zu erleben. Das Erklärungsmodell „Eßsucht“ setzt sich durch.

Dabei gerät zunehmend mehr in Vergessenheit, daß es sich nur um eine von zumindest zwei möglichen Erklärungsmustern handelt. Wie gesehen, haben die beiden jeweils unterschiedliche Konsequenzen für das Umgehen mit abweichendem Eßverhalten. Die Eßsucht-Perspektive verlangt vom als „süchtig“ Definierten, daß er sich selbst zunächst als süchtig zu erleben hat, bevor ihm geholfen werden kann. Die andere Möglichkeit besteht darin, sich von vorneherein nicht auf die Erklärung „Eßsucht“ einzulassen und das Bewußtsein für die eigene Willenskraft und Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu stärken indem man diese voraussetzt. Eine Leidensverringerung wird hier durch eine veränderte Auffassung und Bewertung des eigenen Eßverhaltens angestrebt. Nicht die Person soll verändert werden, sondern lediglich ihr Selbstbild, um auf diese Weise mehr Handlungsspielraum dafür zu gewinnen, sich so zu verhalten, wie man selbst will. Keines der beiden Erklärungsmuster ist objektiv richtiger oder besser als das andere - sowenig wie es die objektiv richtige oder objektiv falsche Art zu essen gibt. Es ist eine Frage des verwendeten Erklärungsmusters, ob und wie man einen Menschen mit abweichendem Eßverhalten bemerkt, beobachtet, erlebt, „erklärt“ und behandelt-und wie er sich dann selbst erlebt. Entscheidend ist letztlich für diesen Menschen allein, ob er und/oder andere glauben, er sei freißsüchtig. Allerdings scheint sich das Suchtmodell und damit die Pathologisierung von abweichendem Eßverhalten gegenüber dem anderen Erklärungsansatz durchzusetzen.

Mitbestimmend ist hierfür sicherlich, daß dem Bereich der Ernährung und des Essens in unserer Gesellschaft schon seit langer Zeit viel Aufmerksamkeit hinsichtlich des Wie und Wieviel zukommt. Zum einen ist von der Menge und der Auswahl der Nahrungsmittel abhängig, inwieweit vom einzelnen die herrschenden Schönheits- und Schlankheitsnormen eingehalten werden können. Besonders Frauen fühlen sich heute mehr denn je unter dem Druck, sich diesen Normen notfalls sogar durch strenge Diäten und durch Hungern anzupassen, um anerkannt und positiv beachtet zu werden. Parallel dazu besteht aber auch die inzwischen populäre Vorstellung eines „Idealgewichts“, das vom medizinischen Standpunkt aus postuliert und damit gewissermaßen „wissenschaftlich legitimiert“ ist. Beides hat bereits über einen längeren Zeitraum hinweg Bestand gehabt und wirkte so auf eine größere Sensibilisierung und ein stärkeres Problembewußtsein hin.

Da man nicht die jeweiligen Normen selbst bzw. überhaupt das Festsetzen von Normen in Frage stellen wollte, mußte man nach einem Weg suchen, dieses abweichende Eßverhalten zu verstehen. Man benötigte Erklärungsansätze, die Anleitung zur Behandlung und Heilung dieses Verhaltens, d. h. zur Anpassung an das Normalverhalten, geben könnten. Hier bot sich nun das in den letzten Jahrzehnten etablierte und insofern auch erfolgreiche Erklärungsmodell der Drogenabhängigkeit geradezu an: es ist in der Öffentlichkeit wie in Fachkreisen bekannt und man ist im Umgang mit ihm vertraut; es ist als theoretisches Modell noch so flexibel und offen, daß es übertragbar ist und auf weitere, bisher nicht berücksichtigte Verhaltensweisen angewen-

det werden kann; man verfügt über ausreichend Erfahrungen, Institutionen (der Beratung und Therapie) und auch Kapazitäten in diesen Institutionen, um die zu "Eßsüchtigen" gewordenen auch aufnehmen, betreuen und behandeln zu können. Insgesamt spricht - aus der Sicht der professionellen Helfer - für das Suchtmodell, daß es ihnen Handlungsmöglichkeiten bietet, indem nicht die Normen als solche reflektiert und in ihrer Gültigkeit in Frage gestellt zu werden brauchen, sondern die Person in ihrem abweichenden Verhalten als krank definiert und dadurch behandelbar wird. Die Frage, ob dieses Modell auch für die solcherart zu "Eßsüchtigen" gewordenen Menschen hilfreich und in ihrem Interesse ist, wurde diesen nicht vorgelegt, sondern von den Experten stellvertretend mit "Ja" entschieden.

9. Definitionsmacht für Laien und Betroffene

„Eine befreundete Psychotherapeutin aus Italien hat mich vor kurzem mit einer Beschreibung einer Patientin sehr beeindruckt: ‚Sie ist so deprimiert, sie sieht einfach keinen Sinn mehr im Leben ... und ißt nichts ...‘ – ‚Ist sie magersüchtig?‘ hakte ich nach. ‚Sie will einfach nicht essen, das ist alles‘, antwortete die Freundin.“

Margolis, S. 54¹⁶

An den (noch) Neuen Süchten sollte exemplarisch verdeutlicht werden, daß "Sucht" und „Abhängigkeit“ - gleich welcher Art - entgegen unseren Vorstellungen keine Tatsachen sind, sondern vielmehr Erklärungsmodelle, die erst durch ihre Anwendung zu der Wahrnehmung von „Sucht“ führen und allein dadurch als Tatsache konstituiert werden¹⁷. Die verschiedenen Süchte "entstehen" also dadurch, daß man bestimmte ungewöhnliche Verhaltensweisen ab einem definierten Punkt, von dem ab sie "zu sehr" von normalem Verhalten abweichen, mit Abhängigkeit und damit der Unfähigkeit zu selbstbestimmtem und eigenständig kontrolliertem Verhalten zu begreifen und sich zu erklären beschließt. Das Erklärungsmodell eines autonomen, selbständigen und eigenverantwortlichen Menschen wird dadurch abgelöst von dem der Sucht. Weder „Sucht“ noch "Autonomie" existieren „an sich“. Als Erklärungsmodelle beruhen sie auf a priori von Subjekten gesetzten und daher nicht objektiven Annahmen und Definitionen, und keines der beiden Modelle ist per se „richtig“ oder „falsch“. Über den Wert von Modellen entscheidet allein die Brauchbarkeit, inwieweit sich ein Modell jeweils für bestimmte Ziele und Zwecke eignet. So kann aus der Sicht der professionellen Drogenhelfer die Anwendung des Suchtmodells auf neue Bereiche durchaus hilfreich und zweckmäßig sein, gemessen an ihren speziellen Interessen - die u. U. nicht vordringlich in der Beseitigung von Drogenabhängigkeit liegen. Denn daß sich unsere gesellschaftlichen, sozialen und individuellen Probleme der Drogenabhängigkeit dadurch beseitigen oder auch nur verringern ließen, daß der Abhängigkeitsbegriff ständig ausgeweitet wird, läßt sich nicht ernsthaft behaupten.

Anders als die Experten haben die "Süchtigen" und alle übrigen keinerlei Wahlmöglichkeit. Sie bekommen "wissenschaftliche Definitionen" als „Erkenntnisse“ vorgesetzt, wobei verschwiegen wird, daß Definitionen a priori gesetzt - und nicht "gefunden" oder "entdeckt" werden. Es wird so getan, als seien mit diesen durch Konsens abgesegneten Definitionen auch Aussagen über die Existenz von Sucht und Abhängigkeit gemacht worden - woran schließlich die Definierenden selbst glauben. Damit ist es ihnen nicht mehr möglich, die Fragenkomplexe hinsichtlich der Existenz von Sucht einerseits und der Brauchbarkeit des Suchtbegriffs andererseits mit der nötigen Klarheit auseinander zu halten.

Es wäre an der Zeit, die bereits als "süchtig" Deklarierten und die Öffentlichkeit darüber aufzuklären, daß es sich bei Sucht nicht um eine Tatsache handelt, sondern einen theoretischen Begriff, der erst aufgrund einer zu setzenden Definition eine Wirklichkeit konstituiert, daß man sich abweichendes Verhalten auf verschiedene Weisen erklären kann, je nachdem auch, welches Gewicht man ihm beimessen will, und daß letztlich der einzelne selbst allein darüber zu entscheiden hat, welche Definition und Erklärung er auf sich selbst anwenden und angewendet haben will. Diese Aufklärung (die verständlicherweise nicht von den etablierten Drogenhelfern

zu erwarten ist), hätte auf die Möglichkeit hinzuweisen, daß die Erklärung "Sucht" für ein bestimmtes Verhalten ebenso "richtig" oder "falsch" ist wie die Erklärung "Autonomie", sich um nichts eher rational oder moralisch legitimieren läßt, und daß die Verantwortung für die Wahl des Erklärungsmodells beim einzelnen selbst liegt. Gleichzeitig müsse durch eine zurückhaltende Vorgehensweise gewährleistet sein, daß dem möglicherweise als (drogen-) abhängig zu Definierenden gegenüber keine Entscheidung vorweggenommen wird, und tatsächlich ihm die Wahl überlassen bleibt.

Ein solcher Ansatz kann an die Forderungen der sechziger und siebziger Jahre anschließen, wonach sozialpädagogische Arbeit dazu beitragen sollte, sich selbst überflüssig zu machen: Dies wird dann möglich, wenn die potentiellen Klienten darüber aufgeklärt werden, daß ihnen gute und vernünftige Argumente zur Verfügung stehen für den Fall, daß sie sich der Diagnose und damit dem Zugriff der verschiedenen Helfer-Professionen entziehen wollen. Welches Erklärungsmodell verwendet wird, ist eine Frage der (Definitions-) Macht. Sobald sich Menschen hierüber bewußt sind, vermag ihnen kein Experte die Entscheidung darüber, was sie selbst wollen, abzunehmen: denn auch die Entscheidung, sich einem Experten anzuvertrauen, ist eine - ist ihre eigene Entscheidung.

Anmerkungen

- 1 Vgl. Petra Mader, Gestörtes Eßverhalten, Hamburg 1984. Dort wird unterschieden nach "Adipositas (Fettsucht) Bulimia nervosa (Eß-/Brechsucht) - Anorexia nervosa (Magersucht) - latente Adipositas (latente Fettsucht)". Zwar sind sowohl "Fettsucht" als auch "Magersucht" keine neuen Begriffe, doch wird erst in jüngerer Zeit ernsthaft versucht, sie in ein einheitliches Suchtkonzept einzubinden, das in Übereinstimmung mit dem Modell der Drogenabhängigkeit stehen soll. - Vgl. kritisch zu "Fettsucht" Thomas S. Szasz, Das Ritual der Drogen, Frankfurt a. M. 1980, S. 132-151.
- 2 Vgl. bspw. Gerhard Meyer, Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit, Objekte pathologischen Glücksspiels, Bochum 1984 (3. Auflage) - Wolfgang Heckmann, Zum Beispiel: Spielleidenschaft, in Psychologie heute, Juni 1985, S. 36-39. - Heiko Ernst, Zum Beispiel: Arbeitswut, in Psychologie heute, Juni 1985, S. 40-43. - Maria Biel, Sex als Sucht, in: Stern 52/1984, S. 38-42. - Robin Norwood, Wenn Frauen zu sehr lieben. Die heimliche Sucht gebraucht zu werden, Reinbek 1986. - Kritisch: Norbert Hilbig, Hilfe, ich bin süchtig, Über den Suchtbegriff als Denunziationsvehikel, in Päd. Extra 3/86, S. 5.
- 3 So veranstaltete die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) als Nachbereitung der DHS-Fachkonferenz 1984 (Thema: Süchtiges Verhalten) im Frühjahr 1985 ein Expertensymposium mit dem Ziel, einer dringend benötigten einheitlichen Suchttheorie näherzukommen. Dieses Ziel wurde eingeständenermaßen nicht erreicht.
- 4 Auch wenn einerseits in der Fachliteratur immer wieder darauf hingewiesen wird, daß laut WHO-Definition nicht mehr von "Sucht", sondern einheitlich nur noch von "Abhängigkeit" gesprochen werden soll, so werden andererseits dennoch beide Begriffe gleichermaßen und inhaltsidentisch verwendet, weshalb ich es nicht für notwendig erachte, hier anders zu verfahren.
- 5 Vgl. bspw. Kath. Sozialethische Arbeitsstelle, Sogenannte neue Süchte, Phänomene, Fragen, Erkenntnisse, Hamm 1984. - Iver Hand/Eila Kaunisto, Multimodale Verhaltenstherapie bei problematischem Verhalten in Glücksspielsituationen ('Spielsucht'), in: Suchtgefahren Nr. 1/1984. -H.-L. Kröber, Pathologisches Glücksspielen: Definitionen, Erklärungsmodelle und forensische Aspekte, in: Der Nervenarzt 56 (1985) 593-602. -Die meisten Fachartikel zum Thema lassen sich als zustimmende Diskussionsbeiträge zur Existenz von Sucht bzw. der Begriffserweiterung verstehen.
- 6 Vgl. Gregory Bateson, Ökologie des Geistes, Frankfurt 1981, S. 74.
- 7 Vgl. Howard S. Becker, Außenseiter, Zur Soziologie abweichenden Verhaltens, Frankfurt a. M. 1981, S. B.
- 8 Wer dies für unglaublich hält und nicht nachvollziehen kann, weil ihm unsere heutigen Gesundheits- und Schönheitsnormen zu sehr in Fleisch und Blut übergegangen sind, als daß er sie relativieren könnte, der rufe sich in Erinnerung, daß es auch Zeiten und Kulturen gab, in denen das als schön galt, was wir heute als "(zu) fett" empfinden, und man Vergnügen daran fand, buchstäblich bis zum Erbrechen zu essen: was nur nach unseren heutigen Maßstäben unnatürlich und ungesund ist, kulturimmanent gesehen aber höchst normal. Bedenkenswert ist außerdem, daß Normen sich nur dadurch verändern, daß sie mißachtet werden.
- 9 Diese Entwicklung wird auch durch die zahlreich angebotenen Tests, die man in Zeitschriften und Infoblättern findet, unterstützt. Je ernsthafter man für sich eine Sucht in Erwägung zieht, desto bemühter wird man sich dem Test unterziehen und desto mehr Punkte erzielen. Zwar weist so ein Test nicht über sich selbst hinaus (denn auch hier gilt " Eßsucht ist jeweils das, was der jeweilige Eßsuchttest als Eßsucht definiert"), aber ein positives Ergebnis festigt den Glauben an die eigene Suchtgefährdung und befördert den Prozeß, den Coleman für die klassische Drogenabhängigkeit so beschrieben hat: "Since the user is convinced that the development of physical habituation will create a compulsive craving for narcotics, it in fact produces that result and he begins to behave in the manner expected of an addict." James W Coleman, The Myth of Addiction, in: Journal of Drug Issues, Vol. 6, 2/1976, S. 135-141.

- 10 Gleiches gilt auch für die vermeintliche "Behandlungsbedürftigkeit" (vgl. Heckmann, a. a. O., S. 38), die ebensowenig wie Sucht "existiert", sondern ebenfalls davon abhängt, wer wen in bezug auf welches Kriterium begutachtet. - Der scheinbar archetypisch "spielsüchtige" Dostojewski hat übrigens von einem Tag auf den anderen beschlossen, nicht mehr zu spielen, was ihm auch ohne irgendeine Therapie gelang.
- 11 Damit soll den Wissenschaftlern und Praktikern weder Böswilligkeit noch Zynismus unterstellt werden. Ich gehe davon aus, daß alle an wirklichen Lösungen des Drogenproblems und an Hilfe für die "Abhängigen" interessiert sind, und daß dieser Wunsch ebenso aufrichtig ist wie der Glaube an die Existenz der Sucht. - Für problematisch halte ich es allerdings, daß die Vertreter der verschiedenen Theorien sich über deren Theoriecharakter nicht im klaren sind und sich geradezu weigern, zwischen Glauben und Wissen zu unterscheiden.
- 12 Susie Orbach, Unsere Körper sind die Zielscheibe, in: Durch Dick und Dünn, Emma-Sonderband 4, 1984/85, S. 86-87.
- 13 Christa Merfert-Diete/Roswitha Soltau, Sucht, in: Durch Dick und Dünn, Emma-Sonderband 4; 1984/85, S. 88-91.
- 14 Susie Orbach, Antidiätbuch, München 1978, S. 97.
- 15 "Essen ist das Suchtmittel der Braven", Psychologie heute-Gespräch, in: Psychologie heute, Mai 1985, S. 30-33.
- 16 Die Zitate zu Beginn der einzelnen Abschnitte sind dem Buch Die Knochen zeigen, Über die Sucht zu hungern, von Karen Margolis (Rotbuch-Verlag, Berlin 1985) entnommen. Es ist der autobiographische Bericht über ihren Versuch, gegen die Etikettierung durch ihre Familie, Freunde und Ärzte anzukämpfen und eine andere, eigenständige Persönlichkeit und Autonomie garantierende Erklärung entgegenzusetzen und zu behaupten.
- 17 Vgl. Ludwig Fleck, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache, Frankfurt am Main 1980. Am Beispiel der Entwicklung des Begriffs (und damit auch der Krankheit) Syphilis beschreibt Fleck diesen Prozeß der Entstehung wissenschaftlicher Tatsachen auf hervorragende Weise. - Von großem Interesse ist auch der erkenntnistheoretische Ansatz des Konstruktivismus, vgl. Paul Watzlawick (Hrsg.), Die erfundene Wirklichkeit, Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben, München 1984, und H. Gumin/A. Mohler (Hrsg.), Einführung in den Konstruktivismus, München 1985.