

Abstinenz als gesellschaftlicher und therapeutischer Leitgedanke

Abstinence as the Leading Thought in Society and Therapy

Autor

A. Uchtenhagen

Institut

Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, assoziiert mit der Universität Zürich

Schlüsselwörter

- Abstinenz
- Suchttherapie
- Prohibition
- Therapieziel
- Behandlungssystem

Key words

- addiction
- abstinence
- prohibition
- drug-free treatment
- drug policy

Zusammenfassung

Der Stellenwert des Abstinenzideals als gesellschaftlicher Leitidee hängt eng zusammen mit dem Bestreben, Suchtmittelkonsum unter Kontrolle zu halten, im Interesse von Ordnungsvorstellungen und wirtschaftlicher Prosperität. Dies hat seit dem Beginn der Neuzeit eine zunehmende Rolle gespielt, im Zuge einer zunehmenden „Rationalisierung der Lebensführung“, aber nur sektoriell und mit begrenztem Erfolg zu einer Prohibition von besonders bedrohlich erscheinenden Suchtmitteln geführt: illegale Drogen weltweit, Alkohol in der islamischen Welt. Die Substanz führt zur Sucht und Abstinenz überwindet diese: eine Relativierung dieses Paradigmas ergab sich erst als Ergebnis systematisierter Therapie-Evaluation und mit wachsendem Interesse an den negativen Auswirkungen von Suchtverhalten. Suchtmittelfreie Therapie ist ein Element unter anderen in einem umfassenden Behandlungssystem mit übergeordneten Zielsetzungen. Maßgebend ist die individuelle Förderung eines befriedigenden und selbstverantwortlichen Lebens. Welche Therapie am ehesten angezeigt ist, wird nach der individuellen Ressourcen- und Bedürfnislage der Betroffenen beurteilt, und zunehmend auch nach der Verhältnismäßigkeit des therapeutischen Aufwands.

Abstract

Abstinence as a societal ideal intends to restrict substance use, in the interest of order and economic prosperity. Since the main virtue is leading a successful life, a rationalisation of behaviours became prominent. Moderation is asked for, while abstinence (through prohibition) is restricted to narcotic drugs internationally and to alcohol in the Islamic world, with limited success. The substance is the culprit, and abstinence therefore the only therapeutic answer to misuse and dependence. This paradigm lost its dominance when more systematic treatment evaluation made the outcomes more transparent, and when public health developed its focus on the negative consequences of use rather than use per se. Drug-free therapy is one approach among others, within an integrated treatment system. The aim is not just to reach abstinence, but to regain a satisfactory and self-responsible lifestyle. Appropriate treatments are determined on the basis of individual needs and resources, and increasingly in an interest to avoid undue costs.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0029-1215555
Suchttherapie 2009; 10: 75–80
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

Prof. A. Uchtenhagen
Kirchgasse 30
8001 Zürich
Schweiz
uchtenhagen@isgf.uzh.ch

Einleitung

Ziel dieses Beitrags ist es, das Abstinenzparadigma aus seiner ideologischen Fixierung zu lösen, seine Hintergründe transparent und die Grenzen suchtmittelfreier Therapie sichtbar zu machen sowie den Blick auf ein integratives Konzept von Suchttherapie zu lenken.

Aktualität der Abstinenzthematik

Abstinenz als gesellschaftlicher und therapeutischer Leitgedanke zielt auf den Stellenwert von Genuss und Befriedigung in der Werteskala. Die Aktualität der Thematik ergibt sich aus drei unterschiedlichen Zusammenhängen: zum einen aus der weitgehenden Ausblendung von Genussfreude und Genussfeindlichkeit aus der Suchtdiskussion, zum zweiten aus dem Widerstand gegen schadensmindernde Maßnahmen mit strikter Abstinenzforderung, und zum drit-

ten aus neuen Ansätzen, Abstinenz nicht als Ziel, sondern als ein therapeutisches Instrument unter anderen zu verstehen und einzusetzen.

Suchttheoretischer Hintergrund

Das Krankheitsverständnis von Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit in den gebräuchlichen diagnostischen Systemen ICD-10 und DSM-IV hat den pathologischen Charakter von Suchtverhalten sozusagen festgeschrieben, während sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung eher den normverletzenden Charakter des Suchtverhaltens betont. Wie weit Suchtverhalten etwas zu tun hat mit Befriedigungsgewinn oder der Vermeidung von Unlust – beides nicht per se als pathologisch zu werten – wird dabei weitgehend ausgeblendet. Ausnahmen bilden etwa Konzepte von „Selbst-Medikation“ [1] oder „Befriedigungshaushalt“ [2]. Hingegen hat die bildgebende Hirnforschung einen neuen Zugang geschaffen zum Verständnis von Suchtverhalten als einer Sonderform von erlerntem Befriedigungsverhalten [3]. In der neuesten Entwicklung einer Suchttheorie figuriert dies als „human motivational system“; Sucht bedeutet eine Gleichgewichtsstörung in diesem auf Befriedigung ausgerichteten Motivations-System [4]. Diese Sichtweise ist in der suchtpolitischen Diskussion kaum präsent und wird nur ausnahmsweise thematisiert [5–7].

Schadensminderung versus Abstinenz

Schadensmindernde Maßnahmen sind im Alltag allgegenwärtig und voll akzeptiert, während sie im Falle unerwünschten Verhaltens (z. B. illegaler Suchtmittelkonsum, außerehelicher Geschlechtsverkehr) nach wie vor auf Widerstand stoßen und einzelne Länder wie USA und Russland sich besonders schwer damit tun. Hier wird die Abstinenzforderung selbst dann aufrechterhalten, wenn dadurch mehr Schaden als Nutzen gestiftet wird. Andererseits wird Abstinenzforderung in Bausch und Bogen verteilt, ohne ihre mögliche Funktion wahrzunehmen und in einer integrierten Sicht alle gesellschafts- und therapie relevanten Ansätze nach ihren Vor- und Nachteilen und besonderen Indikationen zu berücksichtigen.

Diese vermeintliche Unvereinbarkeit von Abstinenz und Schadensminderung zu relativieren im Hinblick auf eine übergreifende Einordnung unterschiedlicher Lebens- und Therapiestrategien in ein System der differentiellen Indikation, ist das Anliegen einer neuen Sichtweise, die das „gute Leben“ nicht an einer Ausblendung des Befriedigungstrebens festmacht, sondern dieses in den Dienst benennbarer Ziele stellt [8].

Abstinenzparadigma und schadensmindernde Maßnahmen werden immer noch oft als unvereinbare Positionen gesehen. In einem integrativen Modell der Suchttherapie ergänzen sich die beiden Ansätze als unterschiedliche Instrumente im Dienste eines „guten Lebens“, die nicht nur nebeneinander, sondern auch kombiniert Sinn machen.

Die zwei Gesichter der Abstinenz

Abstinenz als Ideal

Abstinenz als gesellschaftlicher Leitgedanke meint Enthaltensamkeit von lustbetonten Verhaltensweisen als Ideal der Lebensführung, oder zumindest eine Einschränkung solchen Verhaltens. Lustbegrenzung soll erreicht werden durch Rituale und Ver-

haltensregeln, welche den Lustgewinn auf bestimmte Situationen und Bedingungen beschränken. Lustverzicht meint ein konsequent asketisches Lebensideal.

Abstinenz als Therapie

Abstinenz als therapeutischer Leitgedanke hingegen meint die Rettung derjenigen, die der Mäßigung im Lustverhalten aus eigener Kraft nicht fähig sind. Verschiedenste Mittel wurden und werden dafür eingesetzt:

- ▶ einerseits Drohung mit Strafen (z. B. von Seiten des Staates, der Kirche), Drohung mit Siechtum (z. B. von Seiten der Medizin), Drohung mit Ächtung (von Seiten der Gemeinschaft), allenfalls Zwang zu unfreiwilligem Entzug, wenn Drohung und Sanktionen nicht helfen und
- ▶ andererseits religiöse oder therapeutische Einübung einer maßvollen oder enthaltsamen Lebensweise.

Abstinenz bezeichnet zum einem den selberwählten Lustverzicht als Lebensideal und zum anderen die auferlegte Mäßigung im Lustverhalten durch Religion, Medizin oder Gesellschaft.

Abstinenz als gesamtgesellschaftlicher Wert

Prinzip und Strategien der Lustbegrenzung

Lust und Ordnung: Jede Gemeinschaft organisiert sich so, dass schrankenloses individuelles Befriedigungstreiben und das damit verbundene Chaos vermieden werden kann. Irgendeine Form von Lustbändigung oder gar Lustfeindlichkeit findet sich meines Wissens in allen Kulturen und Religionen.

Eine Durchsetzung der Ordnung bedient sich der unterschiedlichsten Mittel. Was den Gebrauch von Suchtmitteln betrifft, umfasst die Palette zur Einschränkung des Befriedigungsverhaltens unter anderem die folgenden Strategien:

- ▶ rituell geregelter Umgang (Suchtmittelkonsum, u. U. bis zum Exzess) bei zeitlich begrenzten Gelegenheiten,
- ▶ restriktiver Zugang zu Suchtmitteln (z. B. blieb Coca im Inkareich den Eliten vorbehalten, Initiation in die eleusinischen Mysterien öffnet den Zugang zu Halluzinogenen usw.),
- ▶ Mengenbeschränkung (z. B. Rationierungssysteme wie die Opiumvergabe in Pakistan, das Bratt-System der Alkoholzuteilung in Schweden),
- ▶ Schadensmindernde Maßnahmen: zur Vergiftungs- und Unfallprophylaxe (Abgabevorschriften, gezielte Konsumvorschriften und -verbote im Straßenverkehr usw.), zur Vermeidung von Folgekrankheiten (z. B. Produkteschutz, Konsumreduktion durch Besteuerung),
- ▶ Suchtmittelverbote (Prohibition), (z. B. Alkoholverbot im Islam, Experiment der Alkoholprohibition in USA, Drogenprohibition der UNO) und
- ▶ Bürgerinitiativen der Selbsthilfe (z. B. Mäßigkeits- und Abstinenzbewegungen, Frauenvereine für alkoholfreie Wirtschaften).

Eine Zunahme restriktiver und Kontroll-Strategien lässt sich feststellen, wenn das Ausmaß von Luststreben generell und Suchtmittelkonsum insbesondere als bedrohlich empfundene Ausmaße angenommen hat und mit religiösen Forderungen oder wirtschaftlichen Interessen kollidiert, wie z. B. Luxus- und

Trinkverbote nach der großen Pest im Europa des 13. Jahrhunderts und später [9, 10], oder die prohibitiven und schadensmindernden Maßnahmen gegen Alkoholprobleme im 20. Jahrhundert.

Von der externen zur internalisierten Kontrolle ...

Eine Verinnerlichung der Mäßigungs- und Enthaltensamkeitsvorschriften hat in hohem Maße stattgefunden, durch Idealbildungen und Ersatzbefriedigungen. So machen spirituelle Freuden den Verzicht auf sinnliche Lust möglich, und die Befriedigung aus der Selbstüberwindung belohnen Verzicht und Askese.

Selbstbeherrschung als Ideal Ein deutlicher Wandel vollzog sich diesbezüglich zu Beginn der Neuzeit. Das Ideal der Selbstbeherrschung fand einen exemplarischen Ausdruck in der eindrücklichen und bis heute anhaltenden Verbreitung des Breviers „Kunst der Weltklugheit“ [11]. Mäßigkeit als wichtiges Element einer „Rationalität der Lebensführung“ [12] wurde zur Grundlage eines erfolgreichen Lebens: Bewährung im Diesseits statt Vorbereitung aufs Jenseits. Mäßiger Umgang mit Suchtmitteln wurde eine Voraussetzung für die moderne Berufswelt [13]. Am zugespitztesten findet sich dieser Wandel in der calvinistischen Ethik, die in Nordeuropa und mit den Auswanderern in Nordamerika seine größte Ausprägung fand. Der Weg führt über Tüchtigkeit zur Seligkeit.

... und zurück

Es muss ein besonderes Schicksalsbewusstsein dieser Auswanderer gewesen sein, das in den Erweckungsbewegungen während des 18. und 19. Jahrhunderts die Vision von ‚God’s own country‘ mit völligem Verzicht auf sündiges Verhalten (u. a. kein Alkohol, kein Tee, kein Kaffee usw., aber auch kein außerehelicher Geschlechtsverkehr) entstehen ließ und bis heute wichtige Folgebewegungen mit politischem Einfluss hat (Baptisten, Evangelikale, ‚New virginity movement‘, ‚Christian perfection‘) [14].

Soziale Kontrolle ergänzt die Selbstkontrolle Was man sich selbst abverlangt, muss aber auch für andere gelten. Anders ist das Zustandekommen der Alkoholprohibition (1919–1933) als erzwungene Verzichtleistung wohl nicht zu verstehen, selbst wenn wirtschaftliche Interessen sowohl am Zustandekommen (leistungsfähigere Arbeiterschaft, weniger Wohlfahrtsausgaben) wie auch an deren Aufhebung (Senkung der Steuern dank Einnahmen aus Alkoholindustrie) eine entscheidende Rolle spielten [15]. Dasselbe galt für eine rigide Sexualmoral, die vor- und außerehelichen Geschlechtsverkehr ächtete.

Von der Abstinenz zur Mäßigung

Heute gilt eine evidenz-basierte Suchtmittelpolitik als die Politik der Wahl, wobei das Abwägen von aufzeigbaren Vor- und Nachteilen einer Politik entscheidend ist. Erzwungene Abstinenz durch Prohibition als gesellschaftspolitische Leitlinie hat sich im Alkoholbereich nicht bewährt (mehr Nach- als Vorteile) und ist im Drogenbereich kontrovers geworden (wachsender Widerstand gegen die Nachteile der reinen Verbots- und Kontrollpolitik). Im Tabakbereich hat eine Politik der Schadensminderung obsiegt, die auch im Alkohol- und Drogenbereich eine wichtige Rolle spielt. Gesellschaftlich wird Mäßigung als Ziel einer rigorosen Abstinenz und deren Durchsetzung vorgezogen.

Das Ideal der Mäßigung ist an die Stelle des Ideals der Suchtmittelfreiheit getreten. Es zeigt sich in der internalisierten Forderung nach Selbstbeherrschung ebenso wie in sozialen und gesetzlichen Kontrollmechanismen im Dienste gesamtgesellschaftlicher Leistungsfähigkeit.

Abstinenz als therapeutische Strategie

Der Verzicht auf ein Suchtmittel, dessen Gebrauch sich als problematisch erwiesen hat, wird therapeutisch in den unterschiedlichsten Varianten unterstützt. Dazu gehören:

- ▶ die „Reinigungs-Variante“: hier sind die Rituale zur spirituellen und körperlichen „Entschlackung“ oder „Entgiftung“ zu nennen, die über eine Entzugsbehandlung hinausgehen und mithilfe einer inneren Erschütterung allfälligen Rückfällen vorbeugen wollen
- ▶ die „Verzicht- und Heimkehrvariante“: sie betrifft die Abkehr vom bisherigen Lebensstil, die Reaktivierung früherer suchtfreier Kontakte und Tätigkeiten, die aktive Zuwendung zu verschütteten eigenen Ressourcen
- ▶ die „Selbsthilfevariante“: gegenseitige Unterstützung Betroffener beim Verzicht auf ein problematisches Suchtmittel und auf mögliche Versuchungssituationen
- ▶ die Variante „Heilung von der Krankheit Sucht“: Verwendung erprobter pharmako-, psycho- und soziotherapeutischer Verfahren
- ▶ die Variante „Ersatz-Suchtmittel“: der Verzicht auf ein Suchtmittel soll durch den Einsatz eines anderen, besser kontrollierbaren Suchtmittels möglich werden
- ▶ die Variante „Moratorium auf Zeit“: nicht permanenter, sondern vorübergehender Verzicht soll es möglich machen, die verlorene Konsumkontrolle wieder zu erlangen. Hier wird Abstinenz als therapeutisches Instrument, nicht als Ziel der Behandlung verstanden.

In der westlichen Welt stehen zwei Varianten der Abstinenztherapie im Vordergrund: die Heilung von der „Krankheit Sucht“ und die Variante „Moratorium“.

Abstinenz als Königsweg der Suchtheilung

Von einer Krankheit „Sucht“ spricht man seit Benjamin Rush 1772 den Kontrollverlust bei Alkoholismus beschrieben hat [16]. Im Unterschied zu bisherigen Auffassungen macht er nicht die Person des Alkoholikers, sondern den Alkohol für das Zustandekommen der Sucht verantwortlich. Es ist deshalb konsequent, Alkoholabstinenz als Heilmittel zu fordern. Unter Abstinenz ist eine Heilung von der Krankheit möglich [17].

Krankheitsmodelle Das Kriterium des Kontrollverlustes hat sich seither als zentrales Krankheitsmerkmal erhalten, nicht nur in den diagnostischen Systemen, sondern auch in der Theoriebildung [4].

Freilich wird das Zustandekommen von Suchtverhalten nach wie vor sehr unterschiedlich erklärt: als ein Versuch, mit innerem oder äußerem Stress umzugehen (Stress-Coping-Modell), als eine genetisch angelegte Besonderheit, auf Suchtmittel zu reagieren (Modell genetischer Vulnerabilität), als Folge einer Gewöhnung mit Belohnungsfolgen (Konditionierungsmodell), als

Folge eines sozialen Anpassungs- und Lernvorgangs (social learning model). Dem Verständnis von Suchtverhalten ist allerdings gemeinsam, dass – aus welchen Gründen auch immer – die Kontrolle über das Konsumverhalten verloren ging oder zumindest beeinträchtigt ist.

Entscheidend ist hier die Frage: Implizieren diese Krankheitsmodelle eine Abstinenzforderung? Kann die Verhaltenskontrolle nur durch Abstinenz erreicht und aufrechterhalten werden?

Der Kontrollverlust bleibt zentrales Krankheitsmerkmal in Bezug auf das Konsumverhalten, aber Wiedergewinnung der Konsumkontrolle setzt nicht immer und zwingend Abstinenz voraus.

Reversibilität von Sucht Eine solche Konsequenz gibt es auf theoretischer Ebene nur dort, wo der Weg in die Sucht keine Umkehr und keine Restitutio ad integrum zulässt. Das ist dort der Fall, wo eine genetische Vulnerabilität nicht behebbar ist und bestehen bleibt. Konditionierung und social learning hingegen bilden Prozesse, die grundsätzlich einer De-Konditionierung bzw. einem re-learning zugänglich sind, und unerwünschtes Coping-Verhalten lässt sich im Prinzip durch ein anderes ersetzen.

Befunde der Hirnforschung Die derzeit gültige Vorstellung über die zerebralen Grundlagen des Suchtverhaltens halten die strukturellen Veränderungen durch fortgesetzten Suchtmittelkonsum für im Grunde reversibel, allerdings nur aufgrund eines ebenfalls längerdauernden Prozesses [3]. Das Zustandekommen der Veränderungen wird durch genetische Faktoren und unter Stressbedingungen begünstigt – die einen sind nicht oder noch nicht veränderbar, die anderen sehr wohl beeinflussbar. Die Rückbildung der Veränderungen wird allerdings bei Fortsetzung des früheren Suchtmittelkonsums kaum zustandekommen. Vorübergehende Abstinenz während des Restitutionsvorgangs scheint nötig.

Abstinenz als therapeutisches Instrument

Die Variante „Moratorium“ wird durch die Erfahrung nahegelegt, dass Abstinenzbehandlungen zu einer Verminderung des Konsums, nicht aber zu einer Dauerabstinenz führen. So ist ein besonders bedeutsames Ergebnis von Katamnesen bei Abstinenzbehandlungen im Drogenbereich darin zu sehen, dass in erheblichem Ausmaß zwar nicht Abstinenz, aber eine erhebliche Konsumreduktion erreicht wird (Abb. 1). Dieses Ergebnis stützt sich u. a. auf eine der größten neueren nationalen Studien; sie zeigt im weiteren auch, dass die Mehrjahresresultate bei Abstinenz- und anderen Therapien keine signifikanten Unterschiede aufweisen [18]. Von daher liegt es nahe, Suchtmittelabstinenz eher als ein Mittel zum Zweck einzustufen und nicht so sehr als den eigentlichen Zweck selbst; von daher wird der Begriff einer abstinenzorientierten Therapie durch denjenigen einer abstinenzgestützten Therapie ersetzt. Unbestritten bleibt, dass eine suchtmittelfreie Zeit im Sinne eines Moratoriums therapeutische Wirkung entfalten kann und dass es dafür auch besondere Indikationen gibt, z. B. vitale Gefährdung, Entscheidungsfindung. Andererseits ist es verhängnisvoll, wenn die Rückkehr zu problemfreiem Konsum einfach als Rückfall eingestuft wird, mit den psychologischen und sozialen Risiken.

Moratorium meint einen vorübergehenden Konsumverzicht im Dienste der Stabilisierung, nicht eine dauerhafte Abstinenz.

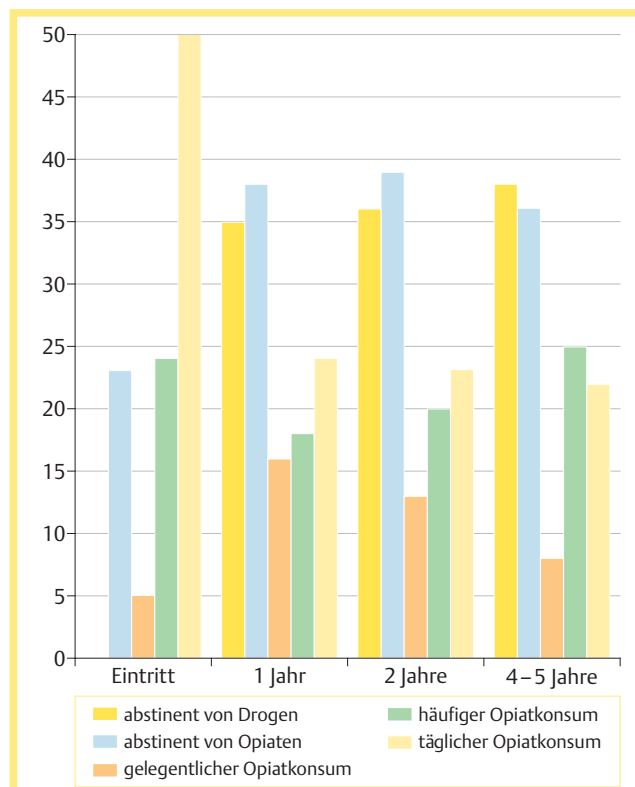


Abb. 1 Resultate drogenfreier stationärer Therapie (nach Gossop et al., 2003). Die wiederholten Befragungen zeigen, dass ein Abbau des Suchtverhaltens Zeit benötigt und schrittweise erfolgt; das Resultat ist häufig nicht Suchtfreiheit, sondern ein verminderter Suchtmittelkonsum.

Welchen Stellenwert haben die Abstinenzmodelle?

Die Public-Health Perspektive

Lange Zeit hat Abstinenz als Königsweg die Suchtbehandlung dominiert. Erst eine systematischere Evaluation von Therapieverläufen und die Verlagerung der Aufmerksamkeit vom individuellen Betroffenen-Schicksal auf das Public-Health-Interesse an den gesamtgesellschaftlichen negativen Auswirkungen von Suchtverhalten – also am Schicksal aller, die einer Behandlung bedürfen – hat hier eine nachhaltige Veränderung bewirkt. Die vergleichsweise hohen Kosten der stationären suchtmittelfreien Behandlungen haben ebenso wie ihre Hochschwelligkeit dazu beigetragen, dass ambulante Therapien bevorzugt werden, selbst dort wo traditionellerweise Abstinenzbehandlung im Vordergrund stand und steht [19].

Grenzen der Abstinenztherapie

Dazu kommen wichtige Einschränkungen der Abstinenztherapien, v. a. im stationären Bereich: begrenzter Stellenwert bei der Erreichung der Zielgruppen, hohe Abbrecherquoten, hohe Rückfälligkeit vor und nach Therapie-Ende, trotz Individualisierung und Diversifizierung der Behandlungen [20]. Im Falle der Opiatabhängigkeit kommt noch das erhöhte Mortalitätsrisiko bei Rückfall hinzu, durch Verlust der Opiat-Toleranz bedingt [21].

Indikation zur Abstinenztherapie

Allerdings: bei Abhängigkeitsformen, für die es keine Substitutionstherapien gibt, bei Versagen einer Substitution, bei Präferenz des Patienten für eine Abstinenzbehandlung hat diese nach wie vor einen wichtigen Stellenwert, sowohl im ambulanten wie

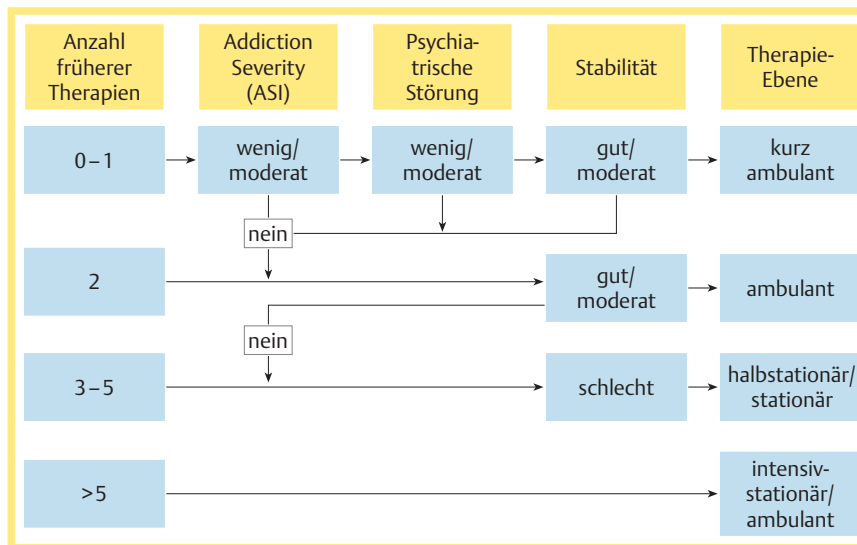


Abb. 2 Indikations-Richtlinien (nach Schippers et al., 2002). Das Schema zeigt, welche Merkmalskombination beim individuellen Patienten zu welcher Indikations-Empfehlung führt.

im stationären Bereich. Die Abstinenz mit Zwangsbehandlung erreichen zu wollen, hat allerdings ein vergleichsweise schlechtes Preis-Leistungsverhältnis und wird viel seltener versucht, als dies aufgrund bestehender Gesetze in vielen Ländern möglich wäre [22].

Versuchte Wiederbelebung des Abstinenzprimats

Trotzdem gibt es neuere Versuche, das Modell „abstinence only“ wiederzubeleben und damit auch die als wirksam erwiesenen Substitutionsbehandlungen und schadensmindernden Maßnahmen abzulehnen. Eine derartige „zero tolerance policy“ wird gegenwärtig in Schottland propagiert, mit parteipolitischen Hintergrund und zweifelhaften statistischen Argumenten [23]. Aber auch anderswo gibt es ein Festhalten an der (nicht beweisbaren) Überzeugung, dass Abstinenz die Voraussetzung für eine soziale Integration sei, dass es nur eines ausreichenden Drucks bedürfe um Betroffene in suchtmittelfreie Behandlung zu bringen (bis hin zur Verweigerung von Sozialleistungen, von Ausgrenzung, von Sippenhaft). Ein besonders zweifelhafter Ansatz ist das „abstinence only“ Modell dort, wo es nicht um den Verzicht auf Suchtmittel, sondern um den Verzicht auf vor- und außerehelichen Geschlechtsverkehr geht; die Auswertung randomisierter Studien weist auf hohe Misserfolgsraten und sogar kontraproduktive Auswirkungen hin [24].

Der integrative Ansatz

▼ Ziele der Suchtbehandlung

Die drogenpolitische Diskussion hat sich zunehmend von der Gegenüberstellung der Behandlungsphilosophien und -ansätze weg bewegt, im Hinblick auf eine Optimierung der Behandlungssysteme und -netzwerke als Ganzes. Dabei gilt als generelles Behandlungsziel die Erreichung eines möglichst selbstverantwortlichen, produktiven, subjektiv befriedigenden Lebens; Erfolgskriterien sind Gesundheit, soziales Netz, Arbeit, Delinquenzfreiheit, Lebensqualität. Die Wege zur Zielerreichung sollen diversifiziert sein, damit möglichst für jeden Fall die geeignete Vorgehensweise verfügbar ist. Zielerreichung ist auch ohne Abstinenz möglich, und Abstinenztherapie garantiert keine Zielerreichung für alle.

Gefragt ist vielmehr die Entwicklung eines integrativen Behandlungssystems [8], das eine Zusammenarbeit von Abstinenzbehandlung und Schadensminderung ermöglicht im Sinne eines therapeutischen Kontinuums, einschließlich:

- ▶ leicht zugänglichen niederschweligen Angeboten für die Bedürfnisse aktueller Konsumenten,
- ▶ motivierenden Angeboten für eine Distanzierung von süchtigen Verhaltensweisen und Lebensstilen und
- ▶ Erleichterung des Übergangs in strukturierte Therapien, die eine Stabilisierung oder Abstinenz fördern.

Ein integratives Behandlungssystem soll ein Kontinuum bilden, das für jede Problemlage eines Patienten das passende Angebot bereit hält, von niederschwelligem Kontakt über motivierende Hilfen bis zu stabilisierenden Therapieprogrammen, nicht in Konkurrenz zueinander, sondern als einander ergänzende Optionen.

Welche Therapie für wen?

Was die differentielle Indikation für bestimmte Behandlungen innerhalb des integrierten Systems angeht, so gibt es eine zunehmende Zahl von Empfehlungen in Form von Guidelines und „Good practice“ Empfehlungen. Dabei bilden Modelle eines gestuften Vorgehens bei der Therapiewahl („stepped care“) eine Besonderheit, die einerseits auf eine optimale Nutzung der vorhandenen Ressourcen abzielen, andererseits auf die lange vernachlässigten Erfahrungen mit Spontanverläufen ohne formale therapeutische Interventionen abstellen.

Therapeutische Interventionen werden nach Intensität und Aufwand klassiert, und anhand ausgewählter Patientenmerkmale bestimmt, wie intensiv und aufwendig eine Behandlung sein soll; im Grundsatz wird eine intensivere Therapie erst dann indiziert, wenn eine weniger intensive versagt hat [25,26]. Das kann dann schematisch so aussehen (● **Abb. 2**).

Selbsthilfepotenziale und ihre Unterstützung

Spontaner Ausstieg aus einem Suchtverhalten ist ein häufiges Ereignis, unabhängig davon um welches Suchtverhalten es geht [27]. Das gilt selbst für Abhängigkeitsformen wie Heroinabhängigkeit in hohem Maße [28]. Bemerkenswert ist ferner, dass ein Übergang von einem abhängigen zu einem unproblematischem

Konsumverhalten ebenso oft zu beobachten ist wie ein gänzlicher Konsumverzicht. Unterstützende Faktoren sind dabei eine gute soziale Integration sowie ein unterstützendes soziales Netz.

Modelle eines gestuften Vorgehens bei der Therapiewahl stellen auf diese Erfahrungen ab, indem sie in erster Linie Selbsthilfemaßnahmen empfehlen, bevor eine professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden soll. In letzter Konsequenz geht es um ein Verständnis von professioneller Suchttherapie, die in einer Unterstützung vorhandener, aber nicht ausreichender Selbsthilfepotenziale der Betroffenen besteht.

Interessenkonflikt

Es bestehen keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Fazit für die Praxis

Die Kontroverse zwischen Abstinenzparadigma (mit oder ohne Prohibitionsforderung) einerseits und schadensmindernden Maßnahmen andererseits hat historische Wurzeln und ist überholt in einer Zeit, die primär an einem effizienten (und kostenwirksamen) Behandlungssystem interessiert ist. In einem integrierten Behandlungssystem (und regionalen Behandlungs-Netzwerk) haben alle Anätze ihren Platz, nach Maßgabe ihrer Wirksamkeit: für wen, unter welchen Bedingungen, mit welchen Aussichten und Risiken. Voraussetzung bleibt eine gute Abklärung der individuellen Bedürfnis- und Ressourcenlage. Es ist Aufgabe der Therapieanbieter und ihrer Träger, sich auf gemeinsame Vorgehensweisen bei Abklärung und Therapiezuweisung zu einigen.

Zur Person



Prof. Ambros Uchtenhagen (*23. August 1928 in Basel) ist ein Schweizer Psychiater, Psychoanalytiker, Hochschullehrer und Suchtspezialist. Er war bis zu seiner Emeritierung 1995 Professor für Sozialpsychiatrie und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Sektor West, und ist Gründer und Stiftungsratsvorsitzender

des Instituts für Sucht und Gesundheitsforschung an der Universität Zürich. Er arbeitet u. a. für die Weltgesundheitsorganisation (WHO), namentlich in Entwicklungsländern, aber auch für staatliche Instanzen im In- und Ausland, für Projekte der Europäischen Union u. a. und für Weiterbildungen.

Literatur

- 1 *Khantzian EJ*. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Amer J Psychiat* 1985; 142: 1259–1264
- 2 *Loose R*. The subject of addiction. *Psychoanalysis and the administration of enjoyment*. London: Karnac; 2002
- 3 *Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ*. The addicted human brain: insights from imaging studies. *J Clin Investigation* 2003; 111: 1444–1451
- 4 *West R*. *Theory of Addiction*. Oxford: Blackwell; 2006
- 5 *Holt M, Treloar C*. Pleasure and drugs. Editorial. *Int J Drug Policy* 2008; 19: 349–352
- 6 *Moore D*. Erasing pleasure from public discourse on illicit drugs: on the creation and reproduction of an absence. *Int J Drug Policy* 2008; 19: 353–358
- 7 *Daff C*. The pleasure in context. *Int J Drug Policy* 2008; 19: 384–392
- 8 *Stevens A, Hallam C, Trace M*. Treatment for dependent drug users. A guide for Policy Makers. London: Beckley Foundation; 2006
- 9 *Legnaro A*. Alkoholkonsum und Verhaltenskontrolle – Bedeutungswandel zwischen Mittelalter und Neuzeit. In Völger G, Hrsg. Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich. Köln, Rautenstrauch-Joest-Museum; 1981; 86–97
- 10 *Stolleis M*. „Von dem greulichen Laster der Trunkenheit“ – Trinkverbote im 16. und 17. Jahrhundert. In Völger G, Hrsg. Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich. Köln. Rautenstrauch-Joest-Museum; 1981; 98–105
- 11 *Gracian B*. *Oráculo manual y arte de la prudencia*. Huesca: Juan Nogues; 1647
- 12 *Weber M*. Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus. Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie Bd. 1. Tübingen: Moor; 1986
- 13 *Schivelbusch W*. Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. Eine Geschichte der Genussmittel. München: Hanser; 1980
- 14 *Warner J*. Why abstinence matters to Americans. Editorial. *Addiction* 2007; 102: 502–505
- 15 *Levine HG*. Mäßigkeitsbewegung und Prohibition in den USA. In Völger G, Hrsg. Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich. Köln: Rautenstrauch-Joest-Museum; 1981; 126–131
- 16 *Rush B*. *Sermons to gentleman upon temperance*. Philadelphia; 1771
- 17 *Levine HG*. Die Entdeckung der Sucht – Wandel der Vorstellungen über Trunkenheit in Nordamerika. In Völger G, Hrsg. Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich. Köln: Rautenstrauch-Joest-Museum; 1981; pp 118–125
- 18 *Gossop M, Marsden J, Steward D et al*. The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4–5 years follow-up results. *Addiction* 2003; 98: 291–303
- 19 *National Institute of Public Health*. Sweden drug situation 2002. Report to EMCDDA; 2004
- 20 *Schaaf S*. Individualisierung in der stationären Behandlung von Drogenabhängigkeit. Vortragsmanuskript. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung; 2008
- 21 *Strang J, McCambridge J, Best D et al*. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: a follow-up study. *Brit Med J* 2003; 326: 959–960
- 22 *Ekendahl M*. Is compulsory treatment effective? *Nordic Studies on Alcohol* 2000; 17: 122–126
- 23 *Ashton M*. The new abstentionists. *Druglink special insert* 29.12.2007; 1–16
- 24 *Underhill K, Operario D, Montgomery P*. Abstinence-only programs for HIV prevention infection in high-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issues 4
- 25 *Sobell MB, Sobell LC*. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 573–579
- 26 *Schippers GM, Schramade M, Walburg JA*. Reforming Dutch substance abuse treatment services. *Addict Behav* 2002; 27: 995–1007
- 27 *Klingemann H, Sobell LC*. Selbstheilung von der Sucht. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2006
- 28 *Kaya CY, Tugai Y, Filar JA et al*. Heroin users in Australia: population trends. *Drug Alcohol Review* 2004; 23: 107–116