

## „Von der Suchtfixierung zur Integrationsorientierung –Perspektivwechsel für Praxis & Theorie der Suchtprävention“

Dr. Henrik Jungaberle  
Institut für Medizinische Psychologie im Zentrum für Psychosoziale Medizin  
des Universitätsklinikums Heidelberg  
Bergheimer Straße 20  
69117 Heidelberg  
Tel 06221-568147  
Henrik\_Jungaberle@med.uni-heidelberg.de

### 1. Einleitung – Gibt es eine Sinnhaftigkeit von Rauscherfahrungen?

#### FOLIE 1 Ausgangsfrage

Welche Möglichkeiten eröffnet es, den Gebrauch psychoaktiver Substanzen nicht von einem negativen Ende her zu denken, sondern von einem positiven? Mit diesem radikalen Perspektivwechsel zu einer kompetenzorientierten Sichtweise im Umgang mit dem Drogenproblem beschäftigt sich mein heutiger Vortrag. Mein Hauptthese lautet dabei: Als Leitbild für Prävention und Drogenpolitik sind weder das Sucht-Konzept noch das Konzept des kontrollierten Gebrauchs ausreichend. Als Alternative schlage ich vor die Zieldimension des integrativen Konsums psychoaktiver Substanzen zu diskutieren (Jung 2006; Jungaberle 2006).

Kompetenzperspektiven sind in den letzten 30 Jahren überall in Medizin und Psychologie entwickelt worden. Warum nicht in der Forschung zum Drogengebrauch? Weil hier noch stark außerwissenschaftliche Tabus gelten, ähnlich wie dies in der Forschung zur Homosexualität oder zur Stellung der Frau über Jahrzehnte der Fall war. Statt einer sachlichen Rationalität hat sich hier ein normativ warnender Diskurs gehalten. Dies hat negative Auswirkungen auf Konsum, Forschung, Prävention und Behandlung.

#### FOLIE 2 Struktur des Vortrags

Nach einführenden Bemerkungen skizziere ich empirische Daten zu jugendlichem Drogenkonsum aus unserer eigenen Studie, um dann zu beschreiben, was ich unter dem Sucht-Habitus verstehe und welche negativen Auswirkungen dieser hat. Im Anschluss entwickle ich das Konzept der Integrationsorientierung.

#### FOLIE 3 Mentalität & Aufgabe der Gesellschaft

### Art und Dimension des Drogenproblems

Wir sind eine Kultur, die sich noch immer weitgehend passiv gegenüber der Pharmakologisierung unseres Alltags verhält. Damit meine ich den Gebrauch verschiedenster psychoaktiver Substanzen zur Bewältigung des Alltags. Dies umfasst auch die wachsenden 3% der Bevölkerung in den Industrie-

staaten, die nach Auskunft des UN-Suchtstoffkontrollrates dauerhaft Psychopharmaka konsumieren (UN ODCCP 2003). Wir verhalten uns jedoch ebenso passiv und reagierend gegenüber der aktiven Suche von Jugendlichen und Erwachsenen nach Rauschzuständen – weil wir deren Art, Inhalte und Sinnhaftigkeit nicht verstehen wollen und sie *prinzipiell* für gefährlich halten (Jungaberle and DuBois 2006). Das ist eine törichte Haltung. Wir haben hier weniger ein Drogenproblem, sondern ein Problem unseres Menschenbildes.

Die Anzahl und Verfügbarkeit von Rausch- und Heilmitteln wächst, ebenso wie die Anzahl derjenigen, die ihren Platz in der sinnarmen Leistungsgesellschaft nicht finden. Vielleicht hat jemand von ihnen in den Medien verfolgt, dass zwei holländische Studenten vor Kurzem eine Alkohol-Brause erfunden haben? Ich kann mich noch erinnern wie ich als 16jähriger Gymnasiast mit meinen Klassenkameraden über Bier-Brühwürfel gescherzt haben: wir waren einmal der wissenschaftlichen Entwicklung voraus. Die wissenschaftliche Innovation in diesem Feld ist allerdings rasant. Wir können kein Verschwinden dieser Stoffe aus dem Markt erreichen, weil das Bedürfnis nach zeitweiser Veränderung des Normalbewusstseins zweifellos eine kulturelle Konstante ist.

Die Herausforderung für Politik und Prävention besteht deshalb nicht nur darin, Angebot und Nachfrage nach Alkohol, Cannabis und Heroin usw. zu reduzieren (vgl. Bundesregierung 2007). Es geht vielmehr um die positive und aktive Definition von *Regeln, sozialen Räumen und Zeiten* für Rausch, oder wissenschaftlicher für *Veränderte Wachbewusstseinszustände*. Dazu gehören eben auch psychoaktive Substanzen. Parallel dazu ist es die Aufgabe von Gesellschaft, *Regeln, Räume und Zeiten* für Pausen, Ausstieg und Nachdenken am Thema Rausch und Drogen bereitzustellen. Das Sucht-Konzept als klinisches Instrument taugt dafür nicht. Solche Kulturpädagogik braucht vielmehr positive Vorbilder – auch für den nicht-abhängigen Konsum der heute illegalen Substanzen.

## 2. Empirische Befunde zum Konsum psychoaktiver Substanzen

### FOLIE RISA

Ich möchte vor weiteren Überlegungen zunächst einige Daten zu Konsumverläufen, Risikowahrnehmung und Kohärenzsinn berichten. Man kann mit diesen Daten beides begründen: dass die meisten Jugendlichen ein relativ hohes Maß an Kontrolle und Verantwortung im Umgang mit psychoaktiven Stoffen zeigen, aber auch, dass wir die Konsumierenden unbedingt bei ihrem Lernprozess unterstützen sollten.

Unter der Leitung von Prof. Rolf Verres und mir führen wir am Institut für Medizinische Psychologie in Heidelberg 2003 eine auf 10 Jahre Datenerhebung angelegten Längsschnittstudie mit 320 Schülern in ursprünglich 12 Schulklassen aller drei Hauptschulformen durch. Wir erheben halbjährlich Daten mit Fragebogen und Interviews. Die Schüler waren zu Beginn im 14. Lebensjahr, unsere Stichprobe ist also noch sehr jung. Die Fragebogen umfassen eine Messung der Konsummuster, den Kohärenzsinn, Selbstwirksamkeitserwartungen, Wertvorstellungen, die Symptom-Checkliste von Derogatis und das

FPI. In dieser Regionalstudie geht es uns nicht um Repräsentativität, sondern um die Analyse von Konsum- und Abstinenzverläufen. Konzentrieren wir uns auf Alkohol und Cannabis.

### FOLIE Prävalenzen

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung des Konsums innerhalb von vier Jahren. Mit knapp 18 Jahren scheinen die Jugendlichen unserer Studie überdurchschnittlich „erfahren“ zu sein, wenn man die Lebenszeitprävalenzen betrachtet. Männliche Jugendliche sind mit 44 % deutlich Cannabiserfahrener als weibliche (34%) und beide liegen über dem Mittelwert des Drogen- und Suchtberichts 2007. Immerhin 8,4 % unserer Jugendlichen berichten Ecstasy-Erfahrungen. Diese Zahlen relativieren sich bereits beim Betrachten der deutlich niedriger ausfallenden 6-Monatsprävalenz. Ein viel bedeutsamerer Indikator für das Risikoverhalten sind aber Konsummuster, die wir in niedrig-, moderat- und hochfrequent eingeteilt haben.

### FOLIE Definition Konsummuster

### FOLIE Konsumdaten

Hochfrequenter Cannabiskonsum ist zu allen sieben Messzeitpunkten eine Ausnahme. Zum Befragungszeitpunkt T4 wurde der höchste Anteil hochfrequent Konsumierender berichtet, das waren 4,7% der Stichprobe. Hochfrequenter Alkoholkonsum hingegen steigt über alle Messzeitpunkte und erreicht zu T7 6%, das sind hauptsächlich Jungs, die mehrmals wöchentlich trinken. Diese Ergebnisse weisen aber immer noch die Schwächen querschnittlicher Designs auf. Deshalb muss auch die Entwicklungsdynamik der Verläufe untersucht werden. Nehmen wir zwei Aspekte.

### FOLIE Indikatoren für „Kontrolle“

Als ein guter Indikator von „Kontrolle“ kann sicherlich die Erfassung konsumfreier Zeiten gelten. Bei den Cannabiskonsumenten wurde untersucht, wie viel Konsumpausen von einem halben Jahr oder länger eingelegt wurden. Von immerhin 51 der 320 Jugendlichen liegen bis heute sieben lückenlose Datensätze zum Cannabiskonsum in den letzten vier Jahren vor. *Lediglich zwei* dieser Jugendlichen konsumierten in *allen* berichteten Halbjahren, während 49 Konsumpausen von mindestens einem halben Jahr aufwiesen.

Ein zweiter guter Indikator für Kontrolle ist die Fähigkeit nach vorübergehender Eskalation wieder zu moderatem oder niedrigfrequentem Konsum bzw. Abstinenz zurückzukehren. Konzeptuell geht es also nicht nur um Einstieg, sondern auch um Ausstieg. Als Eskalation wurde ein Wechsel in ein hochfrequentes Muster mit anschließender Deeskalation definiert, wobei wir konservative Kriterien für hochfrequent angelegt haben. Bereits der wöchentlich 1-2malige Konsum zählt darunter. Von den Alkoholkonsumenten zeigten 14 % und von den Cannabiskonsumenten 8 % vorübergehende Eskalationen mit Rückkehr zu moderaten Mustern.

## FOLIE Eine Typologie von Konsumverläufen

Es wurden in der Forschung nur wenige Versuche unternommen, längsschnittliche Konsumverläufe *empirisch* zu typisieren. Wir haben sechs Formen von Konsumverläufen unterschieden. Analysiert wurden nur Teilnehmer, die in mindestens 4 von 7 Erhebungshalbjahren konsumierten. Sie sehen wieder den Vergleich Alkohol und Cannabis. (1) Bei Alkohol zeigen 11%, bei Cannabis 20% einen instabilen Konsumverlauf ohne Eskalationen, die Betreffenden geben also Halbjahre mit unterschiedlichen Konsumhäufigkeiten im unteren und mittleren Bereich an, aber keine Spitzen. (2) Bei Alkohol zeigen 15% der Jugendlichen einen Verlauf mit solchen Konsumspitzen, bei Cannabis 20% der Jugendlichen, d.h. sie hatten eines oder mehrere Halbjahre mit hochfrequentem Konsum. (3) Einen Verlauf mit deutlichen Konsumpausen zeigen bei Alkohol 14%, bei Cannabis 23% der Jugendlichen. (4) Stabile Konsumverläufe ohne größere Wechsel ergeben sich bei 41% der Alkohol-Konsumenten und 13% der Cannabiskonsumenten. (5) Typ 5 ist schließlich der zunehmende Verlauf, der sich bei 18% der Alkohol- und 20% der Cannabiskonsumenten zeigt, wobei hier vor allem auch diejenigen Jugendlichen drin sind, die von 1-2 Mal im Halbjahr zu 2-5 Mal im Monat wechseln. (6) Als letzten Typ sehen wir einen abnehmenden Konsum zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr bei 1,4% der Alkoholkonsumenten und 3,3% der Cannabiskonsumenten.

## FOLIE Konsequenzen der Typologie

Herausheben sollte man also vier Aspekte: (1) die Konsummuster sind noch mehr bei Cannabis als bei Alkohol sehr verschieden, sie verändern sich und sind offensichtlich beeinflussbar. (2) Stabile, sich einpendelnde Konsummuster zeigt diese junge Altersgruppe vor allem bei Alkohol (40%), während nur 13% der Cannabis-User „ihr Level gefunden haben“. (3) Verläufe mit Konsumpausen von mindestens einem halben Jahr zeigen immerhin ein Viertel aller Cannabiskonsumenten. Und (4) zunehmende Konsumfrequenzen zeigen jeweils ein Fünftel der Konsumenten von Alkohol und Cannabis, wobei dies noch nichts über die klinische Diagnose von Missbrauch und Abhängigkeit aussagt.

## FOLIE Risikowahrnehmung

Die Wahrnehmung eines persönlichen Gefährdungspotentials durch den Substanzgebrauch ist einer der deutlichsten Protektivfaktoren in diesem Bereich. Unerlässlich – auch für die Entwicklung einer Kompetenzperspektive – ist jedoch die Unterscheidung zwischen persönlicher und allgemeiner Risikowahrnehmung.

Wir haben die Jugendlichen zu allen sieben Zeitpunkten gefragt, für wie gefährlich sie die den Konsum bestimmter Substanzen im Allgemeinen halten und dann für wie gefährlich sie ihren eigenen Konsum der Substanz halten. Ergebnis: Wir sind sehr erfolgreich darin bei Jugendlichen eine zeitüberdauernde allgemeine Risikowahrnehmung zu erzeugen, also die Auffassung, dass Drogen gefährlich sind. Cannabis wird durchgängig als gefährlicher eingeschätzt als Alkohol. Und dies bleibt interes-

santerweise gerade auch in diesem fragilen Stadium der Entwicklung zwischen 14 und 18 Jahren stabil. Der Punkt ist jedoch, dass für das Handeln relevant vor allem die *persönliche* Einschätzung einer eigenen Gefährdung ist. Für alle Substanzen besteht hier eine Diskrepanz, d.h. die Konsumenten halten den Konsum im Allgemeinen für gefährlicher als bei sich selber. Von der Tendenz her sprechen die Daten dafür, dass dies eher eine Unterschätzung von Gefahren darstellt, weniger eine realistischere Einschätzung durch Erfahrung. (Da dieser Unterschied sich eben auch bei hochfrequenten Konsumenten zeigte.)

Eine höhere persönliche Risikowahrnehmung sagt dabei signifikant sowohl für Alkohol als auch für Cannabis einen mäßigeren Konsum voraus. (Personen, welche mindestens einmal im Untersuchungszeitraum eine hohe Risikowahrnehmung berichteten). Die Frage lautet also, wie verstärkt man eine *persönliche* Risikowahrnehmung, in Abgrenzung zur allgemeinen Auffassung, „Drogen“ seien gefährlich. Dies sind zwei verschiedene paar Stiefel.

### FOLIE Kohärenzsinn

Schließlich haben wir gefragt, ob der Kohärenzsinn, als das Gesundheitsressourcenmaß von Antonovsky ein bedeutsamer Prädiktor für die Art des späteren Konsums ist. Mit Kohärenzsinn ist gemeint, ob Menschen ihre Erfahrungsumwelt als verstehbar, sinnvoll und beeinflussbar einschätzen. Weisen also Jugendliche, die zum siebten Zeitpunkt mehr konsumieren als andere, einen geringen Kohärenzsinn auf? Wir haben dies über eine Extremgruppenbildung getestet und konnten bestätigen: Wer mitten in der Pubertät mit 14 Jahren seine Welt als einigermaßen verstehbar empfindet, darin persönlich sinnhafte Motivationen entwickeln kann und auch das Gefühl hat aktiv etwas bewirken zu können, der konsumiert mit 18 weniger und mäßiger Alkohol und Cannabis. Auch retrospektiv lässt sich zeigen: Jugendliche mit Phasen exzessiven Konsums in der Vergangenheit weisen einen geringeren Kohärenzsinn auf.

Diese Befunde möchte ich nun zuerst mit dem in Zusammenhang bringen, was ich „Sucht-Habitus“ nennen, und schließlich mit dem Konzept der Integrationsorientierung.

### 3. Der Sucht-Habitus und seine Folgen

#### FOLIE Referenzgruppen (4 Gruppen: geringe, diffuse, gute, hohe)

Wer nur von Sucht redet, redet Menschen süchtig – weil er Kontakt, Glaubwürdigkeit und damit Einfluss auf Konsumenten einbüßt und so dass soziale Netz schwächt. Auch in fragilen Experimentierphasen zeigen die meisten Jugendlichen entweder gute Kontrolle oder sie sind resilient genug, um Kontrolle wiederzugewinnen. Um Risikogruppen und User mit ambivalentem Konsum zu erreichen muss man die Autonomie und Identitätsrelevanz dieser Verhaltensweisen verstehen und die freiwillige Mitarbeit der Betroffenen für ihre Gesundheitsbalance motivieren. Das können wir am besten,

wenn wir auch die positiven Funktionen und Inhalte der Rauscherfahrungen herausarbeiten, deren Bedingungen nennen und zugleich skeptisch gegenüber den Mitteln bleiben.

### FOLIE Sucht-Habitus als Konglomerat von historisch gewachsenen Ideen

Der Sucht-Habitus verhindert das. Damit meine ich die Einengung unserer Diskussion auf den Negativpol des Drogengebrauchs. Das motiviert nicht, sondern schreckt ab – einige vom Drogengebrauch, die meisten aber vom Zuhören. Er lässt Eltern, Lehrer, Erwachsene und Experten vor allem defizitär agieren. Er ist in uns allen stark, weil er eine historisch gewachsene, unbewusst wirkende Mentalität ist, wie sie der französische Soziologie Pierre Bourdieu als *Habitus* (Bourdieu 1987) bezeichnet. Der Sucht-Habitus umfasst beispielsweise folgende Einstellungen:

- (1) die Angst vor Kontrollverlust – und zwar einem persönlichen, aber auch vor dem Verlust sozialer Kontrolle
- (2) die Angst vor dem Fremden
- (3) das fehlende Vorstellungsvermögen über die tatsächlichen Wirkweisen einiger psychoaktiver Substanzen, darunter vor allem die seltsame Vorstellung, dass es nur um Spaß und Lustgewinn gehen würde
- (4) die Betroffenheit über unnötiges Leiden und die Zerstörung von Leben
- (5) die Überzeugung, der Gebrauch vor allem illegaler Substanzen müsse unweigerlich in Krankheit münden, Menschen seien Drogen passiv ausgeliefert
- (6) die Auffassung, dass Sucht die unmittelbare Folge der körperlichen Wirkung einer Substanz auf den Organismus sei – und nicht ein Konglomerat genetischer, sozialer oder psychologischer Prozesse, die im Prinzip steuerbar sind
- (7) der Glaube durch bloße Furchtappelle Unglück vermeiden zu können
- (8) die Kriminalisierung unerwünschter Konsumformen

Diese Ideen und Emotionen vermischen sich zu einer ängstlichen Haltung, die zur Tabuisierung des Themas beiträgt und für *persuasive Propaganda*, die an positiven Zielen orientiert sein muss, nicht geeignet ist. Es finden sich verschiedene Spielarten, darunter Menschen, die selbst von Suchttendenzen betroffen sind, Kontrollfanatiker, Moralisten, Helfertypen, aber auch aggressiv Abwehrende, so wie der Suchtkrankenpfleger, der mir auf einer Supervisionsveranstaltung einmal sagte: „Ich kann nicht verstehen, warum wir diese Junkies nicht einfach alle an die Wand stellen und abknallen“.

Was soll falsch sein an diesem Bild des Drogengebrauchs, wo es doch so viel negative Evidenz auf seiner Seite hat?

### FOLIE Konsequenzen der Sucht-Fixierung

Wenn wir Drogengebrauch nur unter dem Gesichtspunkt von Krankheit und des Versagens von Kontrolle kommunizieren, also mit der Formel: Drogen=Sucht, dann (1) *etikettieren* wir bereits in frühen

Stadien von Experimentierkonsum einen negativen Ausgang und verstärken die pathologisierende, pharmakozentrierte Sichtweise (Szasz 1989). Während unter einer Kompetenzperspektive der Gebrauch von Alkohol, Zigaretten und Cannabis mit dem Erlernen von Fähigkeiten zu tun hat, ist er unter einer Suchtperspektive immer das Vorstadium einer Krankheit. Das Phänomen des sogenannten *Maturing out*, also des Herauswachsens aus intensiven Formen von Konsum Mitte bis Ende Zwanzig, straft diese Vorstellung jedoch Lügen.

(2) Durch die Idee, jeder Konsum sei irgendwie falsch und verwerflich, wird einer *Entdifferenzierung* Vorschub geleistet. Vorbilder mit mäßigem Konsum zählen nicht mehr oder werden überhaupt nicht wahrgenommen. Wir demoralisieren die von Zinberg und anderen beschriebenen Kontrollprozesse innerhalb von Konsumentengruppen. Dort sollten die Betroffenen untereinander jene Regeln lernen, verstärken und sanktionieren, die zu einer Kontrolle über oder einem Ausstieg aus dem Substanzkonsum befähigen (Zinberg and Harding 1982).

(3) Schließlich gibt es wesentliche Konsequenzen für die Wissenschaft. Sie liegen vor allem in der sich selbst bestätigenden Kreation von „pharmakozentrischen“ Theorien, also einer Forschung, die sich primär am biologischen Suchtpotential von Substanzen orientiert. Dies hat Szasz (ebd.) „Pharmakomythologie“ genannt. Fast unser gesamter Forschungsetat in diesem Bereich konzentriert sich auf biologische Suchtforschung. Diese ist sehr wichtig für die Behandlung von Abhängigkeit, aber oft kaum relevant für Präventionsfragen.

#### 4. Drogengebrauch vom Gelingen her denken - Integrationsorientierung

##### FOLIE Alternativen zum Sucht-Paradigma

Der sogenannte kontrollierte Konsum psychoaktiver Substanzen genügt als *alternatives Leitbild* für Prävention und Politik nicht. Kontrolle ist nur ein wichtiger Teil des Merkmalspektrums, das verantwortungsvolle und risikobewusste Konsumformen ausmacht. Man kann drei Formen von Kontrolle unterscheiden: die formelle, institutionelle Kontrolle von außen, die informelle soziale Kontrolle und die Selbstkontrolle (Freitag and Hurrelmann 1999; Rink 2004). Es gibt viele Konsumenten, die Alkoholi, Tabak, Cannabis, Halluzinogene oder Empathogene usw. kontrolliert, aber motivational orientierungslos oder zur Selbstmedikation bei dauerhaft belastenden Lebensumständen nutzen. Kontrolle thematisiert im Wesentlichen die Organismus-Substanz-Interaktion und die Frage, ob eine neuroadaptive Veränderung mit negativer Konsequenz stattfindet, die Willensentscheidungen beeinflusst.

##### FOLIE Forschungsarbeiten zum kontrollierten Gebrauch

Die wesentlichen Forschungsarbeiten zum kontrollierten Gebrauch gehen in den 70er Jahren von Zinberg und Harding aus (Zinberg 1983; Zinberg 1984). Sie hatten das Merkmalsdreieck *Drug-Set-Setting* untersucht und als Unterschied zwischen abhängigen und kontrollierten Verläufen vor allem die *Setting-Faktoren* herausgearbeitet, also den protektiven oder destruktiven Einfluss sozialer Mi-

lieus. Diese vermitteln im positiven Fall soziale „Rituale“ und Regeln der Selbstkontrolle. Auch eine Reihe anderer Autoren wie Reinarman (Reinarman and Levine 1997), Cohen und Sas (Cohen and Sas 1994) und Shewan und Delgarno (2005 XX) zeigen, dass es offene und auch sogenannte „hidden populations“ gibt, die selbst hochadditive Substanzen wie Heroin nicht-abhängig gebrauchen und dass dies zuvorderst durch den sozialen Halt vermittelt wird. Die umgekehrte Argumentation der sozialen Unsicherheit als Risikofaktor und Ursache von Suchtentwicklung ist ja bekannt.

In den meisten Untersuchungen wird unter kontrolliertem Gebrauch ein Muster verstanden, das bezüglich Menge und Häufigkeit limitiert und deshalb in seinen Konsequenzen relativ unproblematisch ist. Eine Reihe von Autoren wie bei Schippers und Cramer (Schippers and Cramer 2004) nennen richtigerweise ergänzende Merkmale: Kontrollierter Konsum kollidiert nicht mit persönlichen Zielen und wird durch Selbstkontrollregeln gesteuert. Rainarman (1994 XX) ergänzt: Kontrollierter Gebrauch sei ein selbstreguliertes Gebrauchsmuster, welches die Bewältigung sozialer Anforderungen nicht beeinträchtigt. *Dies sind negative Definitionen*, die sich immer noch in ängstlicher Abgrenzung zum Suchtbegriff befinden. Wir bleiben dabei in der Suchtfalle hängen und starren wie die Maus auf die Schlinge in Richtung der immer möglichen Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. So ist es ja auch ein Denkmuster, zu sagen, wer kontrolliert gebraucht, ist einfach *noch nicht* abhängig. Ein Zirkelschluss.

Ich selber arbeite seit einiger Zeit an einer Alternative zum Suchtparadigma, ich nenne sie Integrationsorientierung und spreche von integrativen Konsumformen. Es ist möglich Konsumformen auf einem Spektrum von abhängig bis integriert anzuordnen. Der Begriff kommt vom Griechischen *entagros* unversehrt, unberührt, ganz. Er wird vor allem in der Migrationsdebatte, beim Behindertenproblem oder für ökonomische Prozesse verwendet. Als Fachbegriff hat er eine lange Tradition in der kognitiven Psychologie, aber auch diversen Psychotherapieformen (vgl. Jung 2006). Man meint damit das funktionale Zusammenwirken oder –wachsen von Teilen zu einer Einheit.

### FOLIE Dimensionen integrativen Substanzgebrauchs

Integrative Formen von Drogengebrauch haben drei Merkmale: eine *Autonomiedimension* (1) Kontrolle der Organismus-Substanzinteraktion, also keine körperliche Abhängigkeit im Sinne der ICD 10/DSM IV, eine *Gesundheitsdimension*: (2a) überwiegend positive Funktionen für die Stabilisierung und Verbesserung der Gesundheitsbalance, dies zeigt sich (2b) insbesondere an der Fähigkeit von Konsumenten, die von Klaus Grawe formulierten vier wichtigsten psychischen Grundbedürfnisse ohne Hilfe von psychoaktiven Substanzen erfüllen zu können. Dies sind (1) Lustgewinn/Unlustvermeidung, (2) soziale Bindung, (3) Selbstwerterhaltung/Prestige sowie (4) Orientierung, Kontrolle und Sinn. Gerade diese Bedürfnisse genügen schon als Zieldimension für ein ganzes pädagogisches Kompetenzprogramm. Schließlich eine *Gestaltungsdimension* (3) aktive Einstellungen und Handlungen des Konsumenten, die zur Integration des Substanzgebrauchs in die Lebens Ganzheit

führen sollen. Dazu gehören beispielsweise explizite Gebrauchsregeln (Wann, wo, mit wem, was, wie oft, wozu), Techniken der Selbstklärung und kompetente soziale Netzwerke.

### FOLIE Modell Anforderungen - Ressourcen

Hier wird der Umgang mit psychoaktiven Substanzen nicht als passives Erleiden toxischer Wirkungen auf den biologischen Organismus gedacht, sondern als aktiver Gestaltungsprozess. Jede Substanz stellt biologische, psychische und soziale *Anforderungen* an den Organismus. Diesen Anforderungen gegenüber stehen biologische, psychische und soziale *Ressourcen*. Ein Teil dieser Ressourcen sind erlernbare Kompetenzen wie zum Beispiel die Fähigkeit seine Grenzen bei Alkoholkonsum zu kennen. Wenn die zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht den Anforderungen entsprechen, entsteht ein Spannungszustand im Individuum, die *Integrationsspannung*. Solche Spannungszustände erfordern Reaktionen der Person. Nach einem Kater zum Beispiel eine Pause einzulegen und beim nächsten Mal die Trinkmenge zu reduzieren. Das nenne ich *Integrationsarbeit*. Diese kann mühelos gelingen, wie beim Gelegenheitsbier, sie kann mühevoll sein, wie bei einer schwierigen Halluzinogen-Erfahrung und man kann natürlich daran scheitern und eine Form von Abhängigkeit entwickeln. Integrationsarbeit findet auf vielen verschiedenen Ebenen statt.

### FOLIE Grundannahme & Bild

Das Modell macht eine Grundannahme: Dass es eine biologische Tendenz gibt und dass es wünschenswert ist, einen Zustand der Integration zu erreichen (also: die meisten Menschen wollen so gesund sein, wie es ihnen möglich ist). Natürlich kann diese Tendenz verformt werden oder z.B. wie in der Opiat-Szene häufig zu beobachten, durch suizidale Tendenzen beinahe umgekehrt werden. Völlige Integration ist ähnlich wie in Carl Rogers Modell der „fully functioning person“ nicht erreichbar, genauso wie völlige Gesundheit. Völlige Desintegration bedeutet Tod.

### FOLIE Spektrum

Man kann von integrativen Konsumformen sprechen, wenn sie relativ nahe am Funktionspol sind, von desintegrativen, wenn sie in Richtung Sucht und anderer Gefahren driften.

Zwei Beispiele: Integrationsspannung entsteht, wenn die Anforderungen nicht mit den Ressourcen übereinstimmen: Der 16jährige Ali mit täglichem Alkoholkonsum muss wegen Leistungsabfall und Schulschwänzen die Schule wechseln. Physisch war er nicht in der Lage, die Toxine so gut abzubauen, dass er ungehindert am Unterricht teilnehmen konnte, psychisch hat er die Funktion des Saufens für die Nicht-Erfüllung seiner Entwicklungsaufgaben nicht begriffen, und sozial hat er die Hinweise seiner Lehrer nicht umsetzen können. Integrationsspannung ist hauptsächlich unbewusst geblieben und durch Druck von außen entstanden, er hat sie nicht zu einem eigenen Projekt der Integrationsarbeit entwickelt. Ihm fehlen Ressourcen, die eine erfolgreiche Integrationsarbeit ausmachen würden. – Die 16jährige Lilly hat ein halbes Jahr vor ihrem Hauptschulabschluss den Cannabiskonsum einges-

tellt, um sich vorbereiten zu können. Sie hat die Integrationsspannung bewusst wahrgenommen, ihr Ziel, einen Schulabschluss zu erreichen, um ihre Grundbedürfnisse erfüllen zu können, war stark, ihre Integrationsarbeit verlief auf einer kognitiv planenden Ebene und bedeutete, den Drogenkonsum einzustellen.

#### FOLIE Integrationsspannung erhöhen

Ich könnte Ihnen eine Fülle von Beispielen aus der Erwachsenenstichprobe unseres eigenen Projekts geben. Das Integrationsmodell ist eher eine Meta-Theorie. Sie vermeidet eine voreilige Pathologisierung und betrachtet Probleme im Umgang mit Substanzen zunächst als Krisen und Entwicklungschancen, bevor es Störungen und Krankheiten in Betracht zieht. Es ist dynamisch und entwicklungspsychologisch, weil es davon ausgeht, dass Menschen implizit und explizit permanent und aktiv auf wechselnde Herausforderungen reagieren. Es ist kontextbezogen, weil es davon ausgeht, dass die soziokulturellen Ressourcen eine wesentliche Rolle bei der Bewältigung von Integrationsarbeit spielen. Es lässt sich mit einer Reihe empirischer Theorien zum Substanzkonsum verbinden. Und es bietet einen klaren Ansatz für präventive Maßnahmen: die Steigerung der *Integrationsspannung* und Unterstützung von *Integrationsarbeit*.

### 5. Einige Schlussfolgerungen für die Prävention von Substanzmissbrauch

#### FOLIE Therapie nicht gleich Prävention

Therapeutische Interventionen funktionieren nach einer anderen Logik als präventives Handeln. Ich habe heute nicht über die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen gesprochen und auch nicht darüber, ob Abhängige irgendwann einmal wieder kontrolliert konsumieren können. Angesichts von Leid und Verfall, dessen Ausgangspunkt irgendwann einmal eine freiwillige Entscheidung war, appellieren Ärzte und Therapeuten zum simplen Verzicht auf Risiken. Präventionsfachleute stehen vor ganz anderen Herausforderungen als Therapeuten. Sie wollen die aktuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse von Jugendlichen so stärken, dass diese eine gute und risikobewusste Wahl treffen können.

#### FOLIE Vorteile kompetenzorientierte Sichtweise 1

(1) Risiken können vermieden oder der Umgang mit ihnen erlernt werden. Durch eine kompetenzorientierte Sichtweise ändert sich nichts an der Tatsache, dass sehr viele Jugendliche *die schlechtesten Voraussetzungen* für das Erlernen verantwortungsvoller Umgangsformen mit Tabak, Alkohol und Cannabis haben. Abstinenz bleibt deshalb das erste und sicherste Ziel für Primär- und Sekundärprävention.

(2) Man kann das Paradoxon aber nicht vermeiden, dass zugleich Rausch- und Risikokompetenz das zweite Ziel auf einer Stufenleiter von Präventionsanstrengungen sein muss – das haben wir auch in unseren Karlsruher Thesen formuliert. Die heute noch vorherrschende Abstinenzorientierung spiegelt eine trügerische Radikalität vor, die im Grund nur dazu führt, dass Eltern, Schulen und Lehrer

relativ hilflos zwischen Laissez-faire und autoritären Maßnahmen hin- und her schwanken müssen. Wir können mehr für konsumierende Jugendliche tun und vor allem für die größte Gruppe, die ambivalent und orientierungslos konsumiert und bei negativen Life-Events leicht zum Drogengebrauch als Problembewältigung neigen könnte. Es ist Zeit, sekundärpräventive Inhalte auch in Schulen einzuführen und die Altersgruppe zwischen 12 und 20 Jahren anzusprechen.

(3) Jugendliche dabei zu unterstützen, ihren Sinn für *Mastery und Kontrolle* zu entwickeln, bleibt zentral (vgl. Resch 1999; Fend 2001). Ich habe das auch mit dem Kohärenzsinn als Prädiktor für moderate Konsumformen demonstriert. Dazu braucht es Vorbilder und einen Sinn für verantwortungsvolle Konsumformen. Verantwortung setzt die Grenze: ja. Verantwortliche Vorbilder gibt es sowohl beim Konsum legaler als auch illegaler Substanzen – auch dieses Paradox muss man ertragen, nicht tilgen. Sie kennen den folgenden Gedanken: Wer würde auf die Idee kommen, einem Fahranfänger oder Skischüler ausschließlich Bilder von tödlichen Unfällen zu zeigen? Welchen Effekt hätte es, einem Bergsteiger nur Absturzopfer vorzuführen, statt Klettern zu lehren? Wir können sie ganz im Sinn des Integrationsansatzes, im Bewusstsein unterstützen, dass man solchen Herausforderungen auch mit entsprechenden Fähigkeiten gegenüber treten muss – wenn man sie überhaupt annimmt. Das haben wir in unseren Karlsruher Thesen unter dem Stichwort *Fordernde Prävention* beschrieben.

#### FOLIE Vorteile kompetenzorientierte Sichtweise 2

(4) Eine kompetenzorientierte Sichtweise kann praktisch mit Negativ- und Positiv-Entwicklungen argumentieren und diese drastisch und lebensnah, z.B. mit den Mitteln von Film und Theater demonstrieren. Durch eine Theorie des integrativen Gebrauchs verschiebt sich der Akzent in unserer Wahrnehmung des Drogenproblems wie folgt. Bisher stand die Frage an die Konsumenten im Mittelpunkt: „Bist du schon süchtig?“ Jetzt lautet die Frage: „Hast du tatsächlich die Fähigkeit, mit den Anforderungen umzugehen, die dein Konsum stellen würde oder stellt?“ Wir haben in unserer Forschergruppe bereits zwei Selbsteinschätzungsinstrumente entwickelt, die es ermöglichen, Risikofaktoren und Ressourcen sowie das eigene Wissen und Verhalten bezüglich psychoaktiver Substanzen kompetenzorientiert einzuschätzen. In diese Richtung gehen auch Überlegungen zur Einführung eines „Gesundheitspasses“, der für vieles benutzt werden kann, aber zunächst einfach zwei Dinge dokumentiert: das aktuelle Risiko-Ressourcen-Profil eines Menschen und zweitens die tatsächlich durchgemachten Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention.

(6) Jugendliche sind sehr verschieden. Im Theaterstück gestern haben Sie eine mögliche Typisierung von Jugendlichen gesehen, die wir in unserem Forschungsprojekt entwickelt haben (Grenzgänger, Problembewältiger, Subkulturelle usw.). Eine der größten Herausforderungen ist die Unterscheidung zwischen verschiedenen Zielgruppen, die jeweils andere Strategien brauchen. Es ist meiner Erfahrung nach jedoch gut möglich, über regelmäßige anonyme Befragungen in Klassen auf einfachem Niveau

ein Bild von den Entwicklungsthemen zu bekommen, mit denen sich Jugendliche gerade beschäftigen.

(7) Insbesondere, wenn man Jugendliche im Sinne von Peer-Education gewinnt, hat man die Chance, die soziale Kontrolle unter Jugendlichen zu stützen. Mentoren- und Tutorenprogramme sind vielversprechende Ansätze, die in Deutschland bisher kaum je durchgeführt worden sind. Hier haben wir noch viel zu lernen, z.B. was den Aufbau von wirksamer Risikowahrnehmung unter Jugendlichen selber betrifft.

### FOLIE Vorteile kompetenzorientierte Sichtweise 3

(8) Der Risikocharakter von Genussmitteln muss möglichst prägnant demonstriert werden, z.B. indem man auch die legalen Drogen nur noch in Fachgeschäften zugänglich macht, Tabakautomaten abschafft und öffentliche Werbung verbietet. Warum nicht? Diese Verhältnispräventionsmaßnahmen sind leicht durchzuführen. Auch Kontrolle von außen ist wichtig: so sollten statt strafrechtlicher Konsequenzen vor allem Ordnungsstrafen unsere sozialen Grenzen demonstrieren.

(9) Die Themen Rausch und Drogen sind ein Teil der Identitätsarbeit. Wenn die Auseinandersetzung gelingt, werden gelegentliche Rauscherfahrungen eher zu *Werkzeugen* als zu Bremsen der Entwicklung. Neben einer Pädagogik, die sprachliche und mathematisch-logische Intelligenz schult, benötigen wir zunehmend wieder eine Pädagogik des Erlebnisses, der Herausforderungen und des Körpers. Das ist nun wahrlich keine neue Forderung – aber richtig bleibt sie. Hier haben auch drogenfrei Rauscherfahrungen Platz, clean kicks.

Der Integrationsansatz thematisiert eher die eingefleischten Haltungen im Hintergrund unseres Denkens über Drogen. Meine Überlegungen zu einem kompetenzorientierten Umgang mit Drogen lassen sich in einer einfachen Formel zusammenfassen: „Wer nicht ohne Drogen leben kann, der kann auch mit Drogen nicht leben.“

## Literatur

- Bourdieu, P. (1987). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a.M., Suhrkamp.
- Bundesregierung, D. D. d. (2007). Drogen- und Suchtbericht 2007. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Cohen, P. and A. Sas (1994). "Cocain Use in Amsterdam in non deviant subcultures." Addiction Research 2(1): 71-94.
- Fend, H. (2001). Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Opladen, Leske&Budrich.
- Freitag, M. and K. Hurrelmann, Eds. (1999). Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter. Jugendforschung. Weinheim-München, Juventa Verlag.
- Jung, B. (2006). "Das Leben nach der Ekstase - die Suche nach Integration. Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Heidelberg. Heidelberg, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Jungaberle, H. (2006). Rituale und Integrationskompetenz beim Gebrauch psychoaktiver Substanzen. Rituale erneuern - Ritualdynamik und Grenzerfahrung in interdisziplinärer Perspektive. H. Jungaberle, R. Verres and F. DuBois. Gießen, Psychosozial Verlag.

- Jungaberle, H. and F. DuBois (2006). Risk and ritual - two frames for drug use. Rituale in Bewegung. Rahmungs- und Reflexivitätsprozesse in Kulturen der Gegenwart. H. Jungaberle and J. Weinhold. Münster-Hamburg-Berlin, LIT-Verlag.
- Reinarman, C. and H. Levine (1997). Crack in America. Demon drugs and social justice. Berkley, University of California.
- Resch, F. (1999). Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch. Weinheim, Beltz - Psychologie Verlags Union.
- Rink, J. (2004). Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht, Neuland.
- Schippers, G. M. and E. Cramer (2004). Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain. Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. J. Rink. Geesthacht, Neuland: 107-127.
- Szasz, T. S. (1989). Ceremonial chemistry. The ritual persecution of drugs, addicts, and pushers. Holmes Beach, Learning Publ,.
- UN ODCCP, -. U. N. O. f. D. C. a. C. P. (2003). Global Illicit Drug Trends 2003. New York, United Nations Publication. Sales No. E.03.XI.5. ISBN 92-1-148156-2.
- Zinberg, N. E. (1983). Soziale Kontrollmechanismen und soziales Lernen im Umfeld des Rauschmittelkonsums. Drogenabhängigkeit - Ursachen und Verlaufsformen. Ein Handbuch. D. J. Lettieri and R. Welz. Weinheim, Beltz: 256-266.
- Zinberg, N. E. (1984). Drug, Set and Setting: The basis for controlled intoxicant use. New Haven/London, Yale University Press.
- Zinberg, N. E. and W. M. Harding, Eds. (1982). Control over intoxicant use. Pharmacological, psychological and social considerations. New York, Yale University Press.