

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 15/2011

Das Integrative Modell der Suchtdynamik: Darstellung und Anwendung in der ambulanten Praxis *

Richard Zehnle
Marianne Bamert

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	2
2	HERAUSFORDERUNGEN IM AMBULANTEN SUCHTBEREICH	3
2.1	SUCHTPOLITISCHE SITUATION	3
2.1.1	<i>Gesetzliche Grundlagen</i>	3
2.1.2	<i>Suchtpolitische Notwendigkeiten</i>	4
2.2	KONSUMTRENDS.....	5
2.3	BETROFFENENPROFILE	7
2.4	SUCHT? ABHÄNGIGKEIT? UND WAS IST MIT DEN VERHALTENSÜCHTEN?	8
3	INSTITUTIONELLES UMFELD	10
3.1	ZÜRCHER FACHSTELLE FÜR ALKOHOLPROBLEME (ZFA).....	10
3.2	ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR RISIKOARMEN UMGANG MIT DROGEN (ARUD).....	12
4	INTEGRATIVES SUCHTVERSTÄNDNIS	14
4.1	UNTERSCHIEDUNG DES TRADITIONELLEN VOM INNOVATIVEN SUCHTVERSTÄNDNIS	14
4.2	PERSON	16
4.2.1	<i>Integratives Persönlichkeitsverständnis</i>	16
4.2.2	<i>Entwicklungsaspekte des Relationalen</i>	16
4.2.3	<i>Schutz-, Risiko- und Resilienzfaktoren</i>	17
4.2.4	<i>Sucht als Variante komplexen Lernens</i>	19
4.3	UMWELT	22
4.3.1	<i>Integratives Umweltverständnis</i>	22
4.3.2	<i>Soziale Welten</i>	23
4.3.4	<i>Konsumkontext</i>	24
4.4	SUBSTANZEN	26
4.4.1	<i>Pharmakologische Wirkmechanismen</i>	26
4.4.2	<i>Das Mesolimbische Dopaminsystem</i>	27
4.4.3	<i>Spezifische Substanzwirkungen</i>	28
4.4.3.1	Alkohol	29
4.4.3.2	Nikotin	30
4.4.3.3	Cannabis	30
4.4.3.4	Kokain	31
4.4.3.5	Heroin	31
4.5.	SUCHTENTWICKLUNG	32
4.5.1	<i>Allgemeine neurobiologische Aspekte der Gedächtnisbildung</i>	32
4.5.1.1	Neuronale Vernetzung	32
4.5.1.2	Langzeitpotenzierung (Long-Term-Potentiation / LTP)	33
4.5.1.3	Sensitivierung	33
4.5.1.4	Neurogenese	33
4.5.2	<i>Spezifische neurobiologische Aspekte der Suchtentwicklung</i>	34
4.5.3	<i>Entstehung und Wirkungsweise von Suchtmechanismen</i>	36
4.5.4	<i>Bedeutung von Bewusstseinsprozessen</i>	38
5	DAS INTEGRATIVE MODELL DER SUCHTDYNAMIK	40
5.1	VERSCHIEDENE BLICKWINKEL	40
5.1.1	<i>Blickwinkel I: Ko-respondenz von Person und Kontext</i>	41
5.1.2	<i>Blickwinkel II: Ko-respondenz von Person und Substanz</i>	45
5.1.3	<i>Blickwinkel III: Interaktion von Kontext und Substanz</i>	46
5.2	METHODOLOGISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUR ANWENDUNG.....	49
6	AUSBLICK UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	53
7	ZUSAMMENFASSUNG	54
8	LITERATURVERZEICHNIS	55
9	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	59
10	ANHANG	61

1 Einleitung

Auf dem Hintergrund unserer psychotherapeutischen Tätigkeit in zwei verschiedenen ambulanten Suchteinrichtungen in Zürich haben wir unser institutionsbezogenes Fachwissen ausgetauscht und ein Integratives Modell der Suchtdynamik entworfen.

Obwohl die ARUD (Zürcher Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen) traditionell auf den Umgang mit illegalen Substanzen, die ZFA (Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme) eher auf diesen mit Alkoholproblemen spezialisiert ist, gibt es viele Überschneidungsbereiche der ambulanten Suchthilfe dieser zwei Institutionen und eröffnet Möglichkeiten, Bezug zu nehmen zur aktuellen gesundheitspolitischen Situation in der Schweiz.

Auch wenn wir uns in der Präsentation dieses Modells auf substanzbezogene Süchte konzentrieren, kann das Integrative Modell der Suchtdynamik grundsätzlich auch substanzunabhängige (Verhaltens-) Süchte abbilden.

Der zentrale Aspekt dieser Graduierungsarbeit ist die Darstellung eines innovativen Suchtverständnisses anhand des o.g. Modells der Suchtdynamik, das sich in die Integrative Theorie und damit auch in die Integrative Therapie gut einbetten lässt. Wir wollen aufzeigen, wie dieses Modell in der konkreten Arbeit mit suchtkranken Menschen hilfreich und sinnvoll eingesetzt werden kann.

Ausgehend vom triadischen Bedingungsgefüge nach Feuerlein wollen wir die drei Dimensionen des „Individuums“, des „Sozialfelds“ und der „Droge“ um relevante biologische, psychologische, volitionale, soziale und ökologische Aspekte im Sinne des ganzheitlichen Menschenbildes der Integrativen Therapie erweitern. Dieses Suchtmodell geht dabei über die (durchaus wesentliche) Bedeutung von Lernprozessen hinaus und schliesst humanistische, tiefenpsychologische und systemisch-ökologische Perspektiven im Sinne eines Integrativen Paradigmas mit ein.

Die ursprünglichen Hoffnungen, die mit der Auseinandersetzung mit dieser Arbeit verbunden waren, sind erfreulicherweise eingetroffen:

- ✓ Eine Erweiterung unserer Mehrperspektivität einerseits hinsichtlich der vielfältigen Einflüsse der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtproblemen (Multikonditionalität), andererseits in Hinblick auf gesellschaftlich-politische Einflüsse in unseren Arbeitsfeldern.
- ✓ Eine erweiterte Methoden- und Interventionsvielfalt durch den fachlichen Austausch und gegenseitige Anregungen.

Insofern hat aus unserer Sicht nicht nur eine inhaltliche Integration von verschiedensten Einflussgrössen, Betrachtungsebenen, Perspektiven in Kristallisation eines Modells der Suchtdynamik stattgefunden, sondern auch eine weitere persönliche Integration von Wissensfeldern, Konzepten, Theorien und deren Bedeutung für unsere therapeutische Praxis.

2 Herausforderungen im ambulanten Suchtbereich

2.1 Suchtpolitische Situation

2.1.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Schweizer Suchtpolitik besteht wie in den meisten europäischen Ländern aus unterschiedlichen Politiken hauptsächlich zu Alkohol, Tabak und den unter „illegal“ zusammengefassten Substanzen, deren wichtigste Vertreter Heroin, Kokain und Cannabis sind. Die Gefährlichkeit der einzelnen Substanzen wird rechtlich unterschiedlich eingeschätzt: während die gesetzliche Regelungen beim Alkohol hauptsächlich den Jugendschutz sowie die Verkehrs- und Arbeitssicherheit betreffen, sind Handel, Besitz und Konsum von Cannabis, Kokain und Heroin grundsätzlich strafbar. Die entsprechenden Gesetze und Bestimmungen sind historisch gewachsen und tangieren in unterschiedlichem Masse gewerbliche, agrarische, fiskalische und regionale Interessen. Aus diesen Interessenverflechtungen entstehen diverse Zielkonflikte: an suchtpolitischen Fragestellungen ist eine Vielzahl an gesellschaftlichen AkteurInnen beteiligt und entsprechend verschieben sich die politischen Prioritäten je nach Thematik und politischer Konstellation.

Das wechselhafte Interesse von Staat und Gesellschaft an suchtpolitischen Fragestellungen wird einerseits durch wirtschaftliche und gesellschaftliche Interessen und andererseits durch die Sichtbarkeit der problematischen Seiten des Konsums bestimmt (*Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EDKF)* 2006). Ende des 19. Jh. beispielsweise war die „Trunksucht“ in der ländlichen Schweiz ein zentrales volkswirtschaftliches, gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Problem. FabrikarbeiterInnen - Männer, Frauen und Kinder - bedienten sich des billigen Kartoffelschnapses als Nahrungsmittlersatz und Betäubungsmittel. Erblindung und Tod durch die Fuselöle waren an der Tagesordnung. Die sogenannte „Kartoffelschnapspest“ führte nach einem heftig geführten Abstimmungskampf 1885 zur Annahme des ersten Alkoholgesetzes, das in Grundzügen bis heute die schweizerische Alkoholpolitik bestimmt (*Theunert* 2011). Ein Beispiel aus der jüngeren Geschichte ist die Verelendung der Drogenabhängigen in den Schweizer Städten in den frühen 1990er Jahren. Die damalige auf Prävention, Abstinenz und Repression angelegte Drogenpolitik versagte: die Heroinabhängigen verwahrlosten und starben unter katastrophalen Umständen, der öffentliche Raum war übermässig belastet und viele Menschen fühlten sich in der Öffentlichkeit nicht mehr sicher (*Berthel* 2006). In einem politischen Kraftakt wurde die Schadenminderung/Überlebenshilfe als „vierte Säule“ der Schweizerischen Drogenpolitik nebst Prävention, Therapie und Repression eingeführt. Durch die Einführung verschiedener überlebenssichernder Massnahmen gelang es in der Folge, die offenen Drogenszenen aufzulösen, die Neubildung zu verhindern und Mortalität sowie Morbidität der Betroffenen stark zu senken.

Mit dem Systemwechsel in der Drogenpolitik in den 1990er Jahren wurde auch der Anspruch auf eine abstinenten Gesellschaft aufgegeben und anerkannt, dass in einer pluralistischen Gesellschaft Werturteile über Konsum und Abhängigkeit nicht dazu beitragen, gesundheits- und gesellschaftspolitische Fragen zu beantworten (*EKDF* 2006). Das *Vier-Säulen-Modell* und der Grundsatz der Schadenminderung sind als Denkmodelle in der Politik und im drogenpolitischen Handeln inzwischen fest verankert und gesellschaftlich breit akzeptiert, wie 2008 die hohe basisdemokratische Zustimmung zur staatlichen Heroinsubstitution zeigte. Nach der gemeinsamen Bewältigung der offenen Drogenszenen erlahmte das politische Interesse an einer grundsätzlichen suchtpolitischen Neuorientierung wieder. Dies zeigte sich 2004 an der gescheiterten Revision des Betäubungsmittelgesetzes und aktuell am Widerstand

verschiedener gesellschaftlicher Akteure bei der Revision des Alkoholgesetzes und der Schaffung eines nationalen Präventionsgesetzes.

Im Wissen darum, dass die gesellschaftspolitischen Zielkonflikte letztlich nie ganz auflösbar sind, und dass es darum geht, Abwägungen in der komplexen Dynamik zwischen Individuum, Staat und (legalem) Markt zu treffen, wird aus Fachkreisen eine Hierarchisierung der verschiedenen Zielebenen anstelle der bisherigen Parallelität angestrebt. Bezug nehmend auf Artikel 118 der Bundesverfassung, worin der Gesundheitsschutz als staatliche Aufgabe festgehalten ist, wird vorgeschlagen, dass künftig der Gesundheitsschutz bei suchtpolitischen Überlegungen handlungsleitend sein soll (*Theunert 2011*). Erschwert werden solche Abwägungen durch die fachlich nicht begründete Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen. Gemessen an den gesundheitlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Folgekosten und der geschätzten Beeinträchtigung der normalen beschwerdefreien Lebenszeit (DALYS) werden die Gefährdungen durch Tabak und Alkohol unterschätzt und die Gefährlichkeit der illegalen Substanzen Cannabis, Heroin und Kokain überschätzt. Die Public Health-Forschung zeigt ausserdem, dass „die gesundheitlichen Folgekosten, die durch den alltäglichen und problembehafteten Konsum von Substanzen und durch bestimmte problembehaftete Verhaltensmuster entstehen, weit grössere Teile der Bevölkerung betreffen“ als nur die als abhängig diagnostizierten Menschen (*BAG 2010, S.26*).

2.1.2 Suchtpolitische Notwendigkeiten

Die Ausgangslage ist also eine in Substanzen aufgesplitterte, wenig kohärente Suchtpolitik, welche mit den gesellschaftlichen Veränderungen nicht Schritt hält. Dringlicher Handlungsbedarf wird hauptsächlich bei der Prävention, Gesundheitsförderung und der Marktregulierung von Tabak, Alkohol und Medikamenten geortet sowie bei Risikoeinschätzung und Umgang mit neueren Konsumformen wie Spielwetten, Internet (Games, Chats und Kommunikationssysteme, Pornos) und Kaufverhalten (*BAG 2010*). Als stossend wird aus fachlicher Sicht ausserdem die traditionell begründete und fachlich nicht begründbare Aufrechterhaltung der Unterscheidung von illegalen und legalen Substanzen gesehen, was einerseits zu rechtlicher und moralischer Diskriminierung der Betroffenen führt, und andererseits mit einer teilweisen Bagatellisierung des Konsums von legalen Substanzen einhergeht. Nach der gescheiterten Betäubungsmittelrevision veröffentlichte die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) den wegweisenden Bericht „psychoaktiv“ (*EKDF 2006*). Darin entwickelte sie das erfolgreiche *Vier-Säulenmodell der Drogenpolitik* weiter und entwickelten ein dreidimensionales Würfelmodell, welches drei Dimensionen der Suchtpolitik miteinander in Beziehung setzt:

- die vier Säulen der Suchtpolitik (Prävention/Gesundheitsförderung, Therapie, Schadensminderung, Marktregulierung/Repression)
- die unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen unabhängig von ihrem Legalstatus
- die Konsummuster, aufgeteilt in risikoarmen Konsum, problembehafteten Konsum und Abhängigkeit (*EKDF 2006*)

Mit diesem visionären Modell schuf die EKDF eine wichtige Grundlage, um „Gesetzgebung und die Suchtpolitik zu überprüfen und kohärent auf den Umgang mit den verschiedenen psychoaktiven Substanzen abzustimmen“ (*EKDF 2006 S.9*). Darauf baut der 2010 erschienene Entwurf des Leitbildes für eine nationale, kohärente, zukunftsweisende Suchtpolitik“ auf (*BAG 2010*). Im Bericht *Herausforderung Sucht* führen Fachleute aus den

verschiedenen Substanzbereichen die verschiedenen Substanzpolitiken unter einem Public Health-Ansatz zu einer kohärenten und zukunftsfähigen Suchtpolitik zusammen. In zehn Leitsätzen werden darin die erweiterte inhaltliche Orientierung und die neue strategische Ausrichtung festgehalten. Diese sollen zu einer *„kohärenten Politik in Bezug auf problembehafteten Konsum aller psychoaktiven Substanzen und in Bezug auf Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial beitragen“* (BAG 2010 S.3). Besonders bedeutsam ist die Erweiterung des Begriffs problematischer Konsum, eine verstärkte Orientierung an Schadenspotenzial und tatsächlicher Problemlast der Substanzen, die inhaltliche Ausweitung des suchtpolitischen Handelns auf Medikamente und substanzungebundene Süchte, eine verstärkte Zielgruppenorientierung sowie Anwendung des Ansatzes Schadensminderung auf alle Süchte. Auf struktureller Ebene sollen Wirtschaft und Handlungsträger der Zivilgesellschaft stärker in die Verantwortung genommen, die Gesundheitsförderung gesetzlich verankert und ein Suchtmonitoring aufgebaut werden.

Einen erfolgsversprechenden Weg in der Cannabispolitik weisen die Prüfung einer kontrollierten Cannabisabgabe und das Ordnungsbussenmodell des Kantons St. Gallen, das gegenwärtig in der Vernehmlassung für eine nationale Regelung ist. Im Ordnungsbussenmodell werden erwachsene „Kiffer“ von der Polizei nur noch mit einer Ordnungsbusse belegt wie beim Falschparken. Dies hat für die „Gesetzesbrecher“ den Vorteil, dass kein Verfahren eröffnet wird und sie nicht in der polizeilichen Datenbank registriert werden. Bei Jugendlichen unter 18 Jahren obliegt es der Einschätzung des/der kontrollierenden PolizistIn, ob er/sie bei der Jugendanwaltschaft eine Gefährdungsmeldung macht. In diesem Fall werden die Jugendlichen zur Abklärung an die Suchtfachstelle verwiesen und als eine der möglichen Massnahmen zur Teilnahme an einem Präventionskurs verpflichtet. Bei erfolgtem Durchlauf wird das Verfahren eingestellt und die Busse entfällt. Gegenwärtig ist das St. Galler Ordnungsbussenmodell in der Vernehmlassung für eine nationale Regelung.

2.2 Konsumtrends

Wir leben in einer leistungs- und konsumorientierten Zeit, die gleichzeitig durch grosse gesellschaftliche Umbrüche gekennzeichnet ist: geopolitische Verschiebungen, die politische Dominanz der Finanzmärkte, Verlust der Arbeitssicherheit bewirken eine gesellschaftliche Verunsicherung. Neue Kommunikationsformen, die ständige Verfügbarkeit von Informationen, die hohe gesellschaftliche Mobilität beschleunigen unseren Lebensrhythmus und verändern unsere sozialen Netzwerke. Auch das Angebot von psychoaktiven Substanzen ist heutzutage vielfältig, gut zugänglich und verfügbar wie nie zuvor. Deregulierte Ladenöffnungszeiten und die Aufhebung des sonntäglichen Alkoholverkaufsverbots haben zu einer permanenten Verfügbarkeit von Alkoholika geführt und ermöglichen spontane Alkoholeinkäufe rund um die Uhr. Neue Vertriebskanäle im Internet sorgen für eine hohe Zugänglichkeit von Medikamenten und synthetischen Drogen.

In der öffentlichen Wahrnehmung und medialen Berichterstattung sind die sogenannten Partydrogen wie Kokain, Amphetamine, Ecstasy, GHB/GBL überrepräsentiert. Alex Bücheli von Streetwork hält „Partydrogen“ für irreführend: *„Allgemein wird angenommen, sogenannte Partydrogen würden nur an Partys konsumiert und nur von jungen Menschen. Doch die am häufigsten konsumierten „Partydrogen“ sind Alkohol und Cannabis. Erst dann folgen Substanzen wie Ecstasy, Kokain und GHB/GBL. Der Begriff Partydrogen beschreibt somit das Phänomen so genau wie eine Sonnenuhr die Zeit. Deshalb hat sich im englischen Sprechraum der Begriff „recreational drug use“ durchgesetzt. Diese Beschreibung ist genauer, da sie keine Substanzklasse abbildet,*

sondern beschreibt, was die Menschen mit dem Konsum beabsichtigen. Sie wollen entweder vom Alltag abschalten, den Stress vergessen oder die Alltagsmüdigkeit bekämpfen.“ (Kamber, S. 28, 2009).

Streetwork¹ hat im Bericht 2010 die aktuellen Konsumtrends für die Zürcher Partyszenen zusammengefasst (*Stadt Zürich* 2010). Alkohol ist szen-, schicht- und altersübergreifend (nach Nikotin) die am häufigsten konsumierte Substanz. Ein Problem stellt die zunehmende Gewaltbereitschaft im Nachtleben dar, die vor allem von sehr jungen Partybesuchern ausgeht und im Zusammenhang mit exzessivem Alkoholkonsum steht. Generell gilt, dass jüngere Menschen eher legale und illegale Substanzen kombiniert konsumieren, während ältere Menschen sich hauptsächlich auf den Konsum von legalen Substanzen beschränken. In den Partyszenen wird die Wirkung von Alkohol häufig mit Cannabis, Kokain oder anderen Substanzen kombiniert. In der Elektro- und der Hiphop-Szene hat sich das Amphetamin „Ritalin“ als neue Partydroge etabliert und das ebenfalls euphorisierende Ketamin - gemischt mit Kokain - als neuer Trend gezeigt. Die zunehmende Beliebtheit von Ketamin wird teilweise mit der abnehmenden Qualität von Ecstasy und dem tieferen Preis als MDMA erklärt. Diese Tendenz lässt sich auch bei den substituierten Opiatabhängigen beobachten, deren problematisches Konsumverhalten (Beikonsum) sich ab ca. 35-jährig vom Heroin und Kokain weg auf den legalen Alkohol hin verlagert (*Dampz, Falcato, Beck* 2010). Als Konsumform hat sich die nasale Applikation (bei Kokain, Heroin, Ritalin, Medikamenten) gegenüber dem intravenösen Konsum in den letzten Jahren massgeblich durchgesetzt.

Der Trend zu synthetischen Substanzen mit euphorisierender oder stimulierender Wirkung wird nicht nur in den lokalen Zürcher Szenen beobachtet. Auch im Weltrogenbericht der WHO wird auf die weltweite Zunahme des Konsums von Amphetaminen hingewiesen, welche in unterschiedlicher Zusammensetzung als „Speed“ oder „Thai-Pillen“ auf dem Markt sind (*WHO* 2010). Obwohl mehrheitlich als Freizeitdroge konsumiert, werden Amphetamine aufgrund ihrer neurostimulierenden Wirkung auch zunehmend zur Leistungssteigerung im Arbeitsalltag („brain doping“) eingesetzt.

Während der Konsum von Stimulantien zunimmt, nimmt die Inzidenz von Opioidabhängigen ab (*WHO* 2010). Trotz Preiszerfall steigen aktuell nur wenige junge Menschen in den Heroinkonsum ein. In der Schweiz gilt Heroin gegenwärtig als „Looserdroge“. Meili sieht das schlechte Image von Heroin als eine Folge der Entmystifizierung von Heroin durch die ärztliche Verschreibung (*Meili* 2007). Dadurch habe die Heroinabhängigkeit den Status einer chronischen Krankheit erhalten.

Zusammenfassend können folgende Konsumtrends festgehalten werden:

Nach Nikotin ist Alkohol die in allen Gesellschaftsschichten am häufigsten konsumierte Substanz. Das Einstiegsalter für den Substanzkonsum (Zigaretten, Alkohol und Cannabis) ist gesunken. Ebenso haben Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen und Adoleszenten zugenommen. PartybesucherInnen kombinieren den Alkoholkonsum häufig mit Cannabis, Amphetaminen oder Kokain, wobei sich die Konsumgewohnheiten je nach Szene und entsprechendem lifestyle unterscheiden. In den Partyszenen wird ein zunehmendes Interesse an stimulierenden Substanzen beobachtet. Der Anteil an synthetischen Substanzen (Designerdrogen, Pillen) hat generell zugenommen. Der Trend zu einer Verschiebung von intravenösem zu nasalem und freebase-Konsum wurde fortgesetzt, ohne dass bisher genügende Ansätze zur Schadensminderung entwickelt wurden. Langjährig substituierte Opiatabhängige verlagern den problematischen Beikonsum zunehmend in den legalen Bereich, auf Alkohol, teilweise auch auf Medikamente (Benzodiazepine).

¹ „Streetwork“ führt im Auftrag der Stadt Zürich an Partys anonyme Pillentestings durch, klärt über Konsumrisiken auf und berät die KonsumentInnen bezüglich eines risikoarmen Konsums.

2.3 Betroffenenprofile

Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung konsumiert psychoaktive Substanzen auf eine risikoarme Art und Weise. Die psychoaktiven Substanzen entfalten dabei ihre rekreative Wirkung. Nach dem derzeit gängigen Verständnis wird Substanzkonsum auf einem Kontinuum verortet, welches von Genusskonsum über riskanten und schädlichen bis hin zu abhängigem Konsum reicht. Im ICD-10 wird die Diagnose eines schädlichen Konsums dann gestellt, wenn beim Betroffenen erste konsumbedingte körperliche, psychische oder soziale Folgeschäden auftreten (*Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2000*). Häufig sind dies soziale Probleme wie Fahrausweisentzug, Schulden oder Konflikte in der Partnerschaft. Eine Substanzabhängigkeit wird dann diagnostiziert, wenn drei der folgenden Kriterien zusammentreffen: Kontrollverlust, Entzugssymptomatik, Toleranzentwicklung, starkes Verlangen („craving“), Vernachlässigung anderer Interessen sowie fortgesetzter Konsum trotz Nachweis eindeutiger Schäden. Als riskant wird ein Konsumverhalten bezeichnet, das auf die Dauer mit hoher Wahrscheinlichkeit zu den erwähnten gesundheitlichen oder sozialen Problemen führt. Unter den Begriff problematischer Konsum fällt sowohl der schädliche und abhängige als auch der riskante Konsum.

Das individuelle Konsummuster kann im Verlauf des Lebens stark variieren. Beispielsweise gilt das Jugendalter als eine besonders kritische Phase für problematischen Substanzkonsum. Der problematische Konsum zählt nebst sexueller Gesundheit und Unfällen zu den speziellen Gesundheitsrisiken von Jugendlichen. Bei etwa 90% der Jugendlichen bleibt ein vorübergehend problematischer Konsum weitgehend auf die Phase der Adoleszenz begrenzt (*Kamber 2009*). Gefährdet sind hingegen Jugendliche mit zusätzlichen sozialen oder psychischen Problemen. Diese Beobachtung wird durch den Trend zu früherem Erstkonsum (bereits mit 12, 13 Jahren) und ein unkritisches Konsumverhalten bei Jugendlichen und Adoleszenten bestätigt (*Bundesamt für Statistik 2008*). Besorgniserregend ist die Zunahme von Alkoholintoxikationen bei den 10-23-Jährigen, die zwischen 2003 und 2007 um fast das Doppelte zugenommen hat (*Hagen 2011*). Die steigende Gewaltbereitschaft im Zürcher Nachtleben wird mit dem exzessiven Alkoholkonsum insbesondere bei den sehr jungen PartygängerInnen in Zusammenhang gebracht (*Stadt Zürich 2010*).

Die einseitige Fokussierung auf Jugendliche und junge Erwachsene in Medien und Öffentlichkeit verstellt bisweilen den Blick auf weniger sichtbare Betroffenengruppen. Da eine Abhängigkeitsproblematik gesellschaftlich geächtet ist und bei den Betroffenen entsprechend stark schambehaftet ist, werden in Suchthilfeeinrichtungen viele Betroffene gar nicht oder erst nach langer Leidensgeschichte vorstellig. Ungenügend durch das Suchthilfesystem erreicht wurden bisher beispielsweise Menschen mit Migrationshintergrund aller Altersgruppen. Der Zugang ist einerseits durch fehlende Sprach- und transkulturelle Kompetenz im Suchthilfesystem erschwert, andererseits durch kulturelle Merkmale, Sprachbarrieren oder ein generelles Misstrauen der Betroffenen gegenüber Behörden (*Graf, Annaheim & Messerli 2006*).

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen weisen ein erhöhtes Risiko für komorbide psychische Störungen auf. Häufig sind affektive Störungen, Angsterkrankungen, AD(H)S, Suizidversuche, Traumafolgestörungen, komorbide Substanz- oder Verhaltenssuchte, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenien. Bei alkoholabhängigen Männern sind etwa 65% von einer prognostisch relevanten komorbiden psychischen Störung betroffen, bei alkoholabhängigen Frauen und opiatabhängigen Frauen und Männern liegt dieser Wert noch deutlich höher. Die Zusammenhänge können vielfältig sein: die psychischen Störungen können unmittelbar durch den Substanzkonsum verursacht werden oder Auswirkungen eines

protrahierten Entzugs darstellen; sie können auch als Reaktion auf die durch den Substanzkonsum veränderten psychosozialen Lebensumstände auftreten; oder sie können schon vor der Substanzstörung bestanden haben und der Konsum kann dann als dysfunktionale Form der Selbstmedikation verstanden werden; die Substanzstörung kann auch durch einen gemeinsamen dritten Faktor verursacht sein. Langjährige chronifizierte Suchtkarrieren können auch mit Wesensveränderungen einhergehen, die nicht mit einer psychiatrischen Erkrankung gleichzusetzen sind, sondern in ausgeprägter Weise das bekannte Suchtverhalten darstellen. Diese Menschen sind häufiger somatisch vorgealtert und multimorbid.

2.4 Sucht? Abhängigkeit? Und was ist mit den Verhaltenssüchten?

Gemäss aktuellem Forschungsstand werden unter dem Begriff der „Verhaltenssüchte“ gegenwärtig Glücksspielsucht, Kaufsucht und die verschiedenen Formen von Mediensucht² (Computerspiele on- und offline, Internetchatten und –surfen, Fernsehsucht, etc.) zusammengefasst (*Grüsser-Sinopoli & Thalemann 2006*). Die verschiedenen Formen von Essstörungen (Magersucht, Bulimie, Esssucht) fallen ebenso wenig unter die Verhaltenssüchte wie Sammelsucht, Arbeitssucht, Sexsucht und Sportsucht.

Die Konzeptualisierung exzessiver Verhaltensweisen als stoffungebundene Süchte ist nicht neu. Bereits Ende des 19. Jh. wurde die Spielsucht als stoffungebundene Sucht neben der Trunk-, Morphin- und Kokainsucht beschrieben. Trotz der Verwendung des „Suchtbegriffs“ ist die diagnostische Einordnung der Verhaltenssüchte gegenwärtig unklar und wird in der Forschungsliteratur kontrovers diskutiert (Patricia Mörsen, mündliche Mitteilung). Aufgrund der Ähnlichkeiten mit den Substanzstörungen in Phänomenologie, Neurobiologie sowie Genese wird eine Klassifikation als Verhaltenssucht analog zu den stoffgebundenen Abhängigkeiten in Betracht gezogen. Bisher existieren aber weltweit noch keine eigenständigen Diagnosekriterien für Verhaltenssüchte. Aktuell werden exzessiv belohnende Verhaltensweisen dem Zwangsspektrum zugeordnet. Eine Ausnahme bildet das pathologische Glücksspielen, das im ICD-10 explizit als Impulskontrollstörung klassifiziert ist.

Die Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden in den Wissenschaften unterschiedlich gehandhabt. Während in den Sozialwissenschaften die Verwendung des Begriffs *Sucht* gängig ist und auch in der Therapie aufgrund seiner Alltagsnähe im Allgemeinen geschätzt wird, hat sich in der Medizin, den Neurowissenschaften und den Medien der Begriff der *Abhängigkeit* durchgesetzt. Ihnen gilt der Begriff *Sucht* als moralisch überladen und ungenau. Was steckt hinter den Begriffen *Sucht* und *Abhängigkeit*?

Etymologisch leitet sich *Sucht* von siechen (germanisch *suht*, *secht*) ab und weist Verwandtschaft mit dem Begriff „Seuche“ auf. Darin klingt die Doppelbedeutung von Sucht als einerseits Krankheit und andererseits Sünde und Laster an. Seit dem 16. Jahrhundert wird *Sucht* als Sammelbegriff für alle fiebrigen Krankheiten und Auszehrungen des Körpers sowie als Ausdruck für einen ausschweifenden Trieb benutzt (*Wolf 2002*). Im 18. und 19. Jahrhundert wurde *Sucht* einerseits als Teilwort für spezifische Krankheiten verwendet (Schwind-sucht, Gelb-sucht), andererseits auch als Bezeichnung für moralisch-religiöses

² Für den anglikanischen Sprachraum hat Griffith (1995) die zutreffende Bezeichnung „technological addictions“ entwickelt.

Fehlverhalten. Dies kommt in den Bezeichnungen „Hab-sucht“, „Streit-sucht“, „Eifer-sucht“ zum Ausdruck. Während die „Trunk-sucht“ historisch als „*ein heftiger Trieb oder ein unwillkürliches Verlangen zum Genuss geistiger Getränke*“ (Feuerlein 1998, S. 5) bezeichnet wurde, wurde der Begriff Alkoholismus durch ein Bild des langjährigen exzessiven Alkoholkonsums mit seinen sozialen und körperlichen Folgen geprägt. Die moralische Befrachtung des Begriffs Sucht erwies sich bei der Festlegung von international gültigen Suchtkriterien als hinderlich. 1964 ersetzte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Begriff „Drogensucht“ erstmals durch „Drogenabhängigkeit“ (Wolf 2002). Im Begriff Abhängigkeit wird die pharmakologische Wirkung der Droge in den Vordergrund gerückt im Gegensatz zum Suchtbegriff, in welchem das subjektive Erleben stärker zum Ausdruck kommt.

Im Integrativen Modell der Suchtdynamik wurde der Begriff *Sucht* gewählt, weil darin die unterschiedlichen Ausprägungen einer Substanzproblematik vereinfacht und komprimiert zum Ausdruck kommen.

3 Institutionelles Umfeld

Im Folgenden erläutern wir kurz den institutionellen Kontext, in dem wir arbeiten und in dem die vorliegende Arbeit entstanden ist.

3.1 Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA)

Die ZFA wurde bereits 1912 als politisch und konfessionell neutraler Verein in Zürich gegründet. Sie verfolgt das Ziel, problematischen Konsum und Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten sowie anderen Suchtmitteln zu vermindern.

Während in den Anfängen bis in die 80er-Jahre des 20. Jahrhunderts noch unter dem Namen „Fürsorgestelle für Alkoholgefährdete“ eine sozialarbeiterische Ausrichtung dominierte, wurden nach und nach auch PsychologInnen im Behandlungsteam angestellt, bis heute in einem nahezu paritätischen Verhältnis (aktuell: 4 SozialarbeiterInnen und 5 PsychologInnen, 640 Stellenprozent).

Durch die jeweiligen Zusatzausbildungen der Mitarbeitenden in körper-, sozial-, system- oder psychotherapeutischen Verfahren hat sich die Angebotspalette des Fachbereichs Beratung/Therapie in der Zwischenzeit neben den psychosozialen um psychotherapeutische Begleitungen im Einzelsetting, mit Paaren und Familien erweitert.

Zu weiteren Kernaufgaben des Behandlungsteams gehören Gruppenangebote mit einerseits psychoedukativen, agogischen, andererseits psychotherapeutischen Hintergrund für Direktbetroffene und Angehörige, als auch die Durchführung von ambulanten Alkoholentzügen.

Der Behandlungsansatz ist systemisch, ressourcen-, ziel- und lösungsorientiert und kann der Tradition der Humanistischen Psychologie zugeordnet werden.

Neben dem Bereich Beratung/Therapie hat die ZFA eine Abteilung für Sekundärprävention bzw. Früherfassung (1 Psychologin und 1 Sozialarbeiterin, 160 Stellenprozent). Dort werden Vorgesetzte und Führungskräfte für den Umgang mit Direktbetroffenen am Arbeitsplatz in Betrieben, Organisationen und Institutionen geschult, gecoacht und sensibilisiert.

Mitsamt der Geschäftsführerin, dem Leitungsteam und den Zentralen Diensten umfasst das Gesamtteam der ZFA 20 Mitarbeitende.

Neben oben genannten Aufgabenbereichen steht die ZFA der Bevölkerung und den Behörden der Stadt Zürich bei alkohol- und suchtspezifischen Fragestellungen zur Verfügung.

Die ZFA steht in enger Kooperation mit dem Psychiatrisch-Psychologischen Dienst (PPD) der Stadt Zürich. Durch das Angebot einer Sprechstunde des PPD in den Räumlichkeiten der ZFA können im Bedarfsfall suchtmmedizinische und psychiatrische Abklärungen schnell, unmittelbar und damit unkompliziert vermittelt werden.

Die Finanzierung der Angebote der ZFA erfolgt weitgehend über öffentliche Gelder, wobei die Stadt Zürich den Hauptanteil trägt. Der Auftrag der ZFA wird vom Vereinszweck abgeleitet und hauptsächlich im Rahmen des Leistungskontrakts der Stadt Zürich erfüllt: "Die Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme leistet in der Stadt Zürich einen wichtigen Beitrag zur Bekämpfung des Alkoholismus. Mit ihrem breit gefächerten und differenzierten Angebot trägt sie wesentlich zur sozialen und beruflichen Integration von Personen mit Alkoholproblemen und von deren Angehörigen bei (vgl. Protokoll des Stadtrates von Zürich, 9.7.2008, Betriebsbeiträge für die Jahre 2009 bis 2012)."

Der Leistungsvertrag zwischen dem Amt für Justizvollzug des Kantons Zürich (JUV) und der Fachstellenkonferenz des Kantons Zürich (FSKZ) bzw. der ZFA regelt die Durchführung von alkoholspezifischen Behandlungen bei KlientInnen des Justizvollzugs durch Mitarbeitende der ZFA.

Die KlientInnen tragen ihren persönlichen finanziellen Verhältnissen entsprechend einen sozial verträglichen Kostenbeitrag bei. Menschen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind, bekommen diesen Beitrag über das Sozialdepartement der Stadt Zürich finanziert.

Zusätzlich generiert die ZFA auf eigene Initiative Aufträge durch die Konzeption von innovativen Projekten bzw. neuen bedarfsgerechten Dienstleistungen mit separater Finanzierung.

Trotz unterschiedlicher wissenschaftlicher Erklärungsansätze besteht heute weitgehend Konsens darüber, dass die Entwicklung von Suchtverhalten multikausal bzw. multifaktoriell ist. Die individuelle Lebensgeschichte sowie biologische und gesellschaftliche Faktoren sind für das Verständnis von Suchtmittelproblemen für die Mitarbeitenden der ZFA von besonderer Bedeutung. Der Verlauf einer Suchtproblematik ist nicht linear, sondern entwickelt sich in einem interaktiven Prozess. Die Folgen risikoreichen und abhängigen Trinkverhaltens oder des Medikamentenmissbrauchs sind sehr vielschichtig. Bei Beratungen und Therapien der ZFA stehen deshalb das psychische und physische Wohlbefinden sowie eine gute soziale Einbindung der Betroffenen im Vordergrund. Mitarbeitende des Behandlungsteams bieten Unterstützung beim Erreichen des übergeordneten Ziels, den Konsum von psychoaktiven Substanzen zu verändern, kontrolliert zu trinken oder abstinenter zu leben. Angehörige aus dem direkten Umfeld können sich als Mitbetroffene ebenfalls bei der ZFA Unterstützung holen, um mit der Problematik der Direktbetroffenen und mit der eigenen Involvierung innerhalb der Beziehung zu ihnen einen guten Umgang zu finden.

Den in den Beratungs- und Therapiesitzungen meist nicht anwesenden Kindern der alkoholbelasteten Familien wird grosse Aufmerksamkeit geschenkt. Diese Kinder erhalten an der ZFA spezifische Unterstützungsangeboten.

Das ganzheitliche Suchtverständnis beinhaltet auch die Mitbehandlung und Berücksichtigung zusätzlicher Abhängigkeiten (z.B. Tabak, illegale Stoffe), substanzunabhängige Suchtprobleme (z.B. Essstörungen, Glücksspiel, neue Medien) sowie weitere psychische und soziale Problemstellungen.

Die ZFA pflegt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachleuten und Einrichtungen der Suchtberatung und Suchttherapie, der Medizin bzw. Psychiatrie sowie der Sozialdienste.

Sie fördert eigenverantwortliches, sozial kompetentes Handeln und unterstützt persönliche, ressourcenorientierte Entwicklungsprozesse.

Neben diesen Grundsätzen zur Philosophie sind weitere Prinzipien bzgl. Auftrag, Kompetenz und Organisation im ZFA-Leitbild deklariert.

Das Betriebskonzept, welches aus dem ZFA-Leitbild und der ZFA-Strategie abgeleitet wird, dient als Orientierungshilfe und Handlungsrichtlinie und hält fest, wie die ZFA betriebswirtschaftlich und organisatorisch gestaltet und geführt wird.

Das Dienstleistungskonzept wiederum steht in Ergänzung zum Betriebskonzept und regelt folgende Themenbereiche: Verständnis von Suchtmittelabhängigkeit, Zielgruppen, Ziele, Angebote, Querschnittsthemen wie Gender oder Migration, Methoden, Rahmenbedingungen und schliesslich Ethik, Rechte und Pflichten der KlientInnen.

3.2 Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (Arud)

Die Arud wurde 1991 als gemeinnütziger Verein von engagierten ÄrztInnen und Fachleuten aus dem Suchtbereich gegründet. Arud setzt sich in Politik und Öffentlichkeit für eine liberale, wissenschaftlich fundierte und solidarische Suchtpolitik ein. Sie tritt für eine Gesellschaft ein, in der die Menschen grundsätzlich frei sind in der Verfolgung ihrer Ziele und in der Gestaltung ihrer eigenen Lebensentwürfe. Das Bekenntnis zur grundsätzlichen Freiheit des Menschen bedingt die gesellschaftliche Akzeptanz von Risiken. Dazu gehören auch die Risiken, welche mit einem übermässigen Konsum psychotroper Substanzen verbunden sind.

Durch die konsequente Anwendung von schadenmindernden Massnahmen soll den Folgen eines problematischen Substanzkonsums entgegengewirkt und Menschen wirkungsvoll vor körperlichen Folgeschäden, sozialer Marginalisierung und psychischem Zerfall geschützt werden. Ganz allgemein werden bei der Arud Menschen mit Substanzproblematiken dabei unterstützt, den Konsum legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen möglichst risikoarm zu gestalten und konsumbedingte Schädigungen zu vermeiden. Dadurch wird der körperliche und psychische Gesundheitszustand verbessert, die soziale Integration gefördert und das Verantwortungsbewusstsein betreffend HIV- und Hepatiden-Infektionsrisiken erhöht.

Mit der Einführung der niederschweligen Substitutionsbehandlung für Heroinabhängige trug die Arud in den 1990er Jahren wesentlich zum Paradigmenwechsel in der Drogenpolitik (Prinzip Schadenminderung) bei. Im weiteren Verlauf erweiterte Arud die Angebotspalette auf das gesamte Spektrum der legalen und illegalen psychotropen Substanzen und unterstützt nunmehr alle Personen, die Schwierigkeiten im Umgang mit Alkohol, Tabak, Cannabis, Kokain, Heroin, Partydrogen und Medikamenten haben.

In vier ambulanten Polikliniken - den Polikliniken Zok11, Zok12 und Gain in der Stadt Zürich sowie der Poliklinik DBB in Horgen - steht Menschen mit sämtlichen Substanzstörungen ein umfassendes psychiatrisch-psychotherapeutisches, allgemeinärztlich-internistisches und sozialarbeiterisches Angebot zur Verfügung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachleuten ermöglicht einen mehrperspektivischen Zugang zum/r PatientIn, sodass zusätzlich zur Suchtproblematik auch Einfluss auf psychiatrische und somatische Komorbiditäten sowie prekäre Lebenslagen genommen werden kann. Die InternistInnen sind neben einer hausärztlichen Versorgung auf die Behandlung von Infektionserkrankungen spezialisiert, mit Schwerpunkt HIV und Hepatiden. Die Kliniken in Zürich unterscheiden sich durch ihre Grösse, die Lage und die infrastrukturellen Schwerpunkte und Möglichkeiten. Über ein zentrales Intake soll für jeden Patienten das individuell am besten passende Angebot zur Verfügung gestellt werden.

Behandlungssetting, -dauer und -frequenz richten sich nach den Bedürfnissen und Möglichkeiten der PatientInnen. Nebst reinen Kriseninterventionen sind kürzere und längere psychotherapeutische Prozesse sowie intermittierende Begleitungen möglich. Es werden auch therapeutische Massnahmen im Auftrag der Justiz oder des Strassenverkehrsamts durchgeführt. Die therapeutischen Gespräche finden vorwiegend im Einzelsetting statt. In Absprache mit dem/r PatientIn erfolgt bei Bedarf der Einbezug von PartnerIn, Familienangehörigen, ArbeitgeberIn oder die Einberufung von Helferkonferenzen. In Einzelfällen - Einverständnis des/r PatientIn - vorausgesetzt, werden Angehörige auch innerhalb der Institution weiterbetreut.

Den Grundsätzen der Selbstverantwortung und -befähigung wird in der Behandlung eine hohe Bedeutung zugemessen. Interventionen haben grundsätzlich in dyadischer Auseinandersetzung auf „gleicher Augenhöhe“ zu erfolgen. Die Zielsetzungen sind

individuell verschieden. Substanzbezogene Ziele können im Spektrum der denkbaren Konsumformen von einer Konsumreduktion (im Sinne des kontrollierten Konsums) bis zum Erreichen oder Aufrechterhalten einer Abstinenz reichen. Bei Mehrfachabhängigkeit können die substanzbezogenen Ziele auch je nach Substanz variieren. Die Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit wird mit möglichst wenig Auflagen, flexibel und individuell mit Methadon, Buprenorphin und retardiertem Morphin angeboten, und unter strengeren, staatlich auferlegten Bedingungen mit Diacetylmorphin (Heroin). Die Dosierung des Substitutionsmittels wird flexibel gehandhabt. Durch regelmässige Kurzkontakte am Abgabeschalter kann so auf krisenhafte Entwicklungen rasch reagiert werden. Im flexiblen, interdisziplinären Setting der Polikliniken kann auf krisenhafte Entwicklungen mit dem Angebot hochfrequenter Kurzkontakte und gezielter Interventionen rasch reagiert werden. Damit können auch schwer kranke PatientInnen, beispielsweise schizophrene Menschen, in ambulanter Behandlung gehalten werden. PatientInnen mit ausgeprägter Ko- und Multimorbidität haben zudem nebst psychotherapeutischer und pharmakologischer Unterstützung die Möglichkeit einer intensiven und hochfrequenten somatischen Behandlung, beispielsweise HIV- und Hepatitis C-Behandlungen.

Die erbrachten Leistungen werden über die Grundversicherung der Krankenkasse abgerechnet. Bei SubstitutionspatientInnen werden den Krankenkassen wöchentliche Fallpauschalen verrechnet.

Es bestehen verschiedene institutionelle Kooperationen im Bereich Schadenminderung:

- „Checkpoint Zürich“ ist eine Kooperation mit der Zürcher Aids-Hilfe
- „Drogeninformationszentrum Zürich“ (DIZ) ist eine Kooperation mit der Jugendberatung Streetwork des Sozialdepartements der Stadt Zürich
- „Beratungsstelle für Angehörige von Drogenabhängigen“ ist eine Kooperation mit der Angehörigenvereinigung Drogenabhängiger Zürich ada-zh

Die verschiedenen Pfeiler der Arud – vom therapeutischen Angebot über die Forschungstätigkeit und die Weitergabe von Erfahrung und Wissen bis zur Kooperation mit anderen Institutionen und dem gesellschaftspolitischen Engagement – haben ein gemeinsames Ziel: die Angebotspalette zu erweitern, zu flexibilisieren und zu verbessern, um konsumbedingte Schädigungen zu mindern und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen. Erst kürzlich wurde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ein Online-Selbsthilfetool für Kokainkonsumierende entwickelt (www.snowcontrol.ch). Ebenfalls neu ist das Angebot einer Walk-In-Klinik.

4 Integratives Suchtverständnis

4.1 Unterscheidung des traditionellen vom innovativen Suchtverständnis

Während im traditionellen Suchtverständnis der eigentliche Grund der Suchtproblematik auf eine Willensschwäche reduziert wird, müssen Suchtprobleme ihrer Wirklichkeit entsprechend differenzierter betrachtet werden. Die Reduktion auf eine Willensschwäche wird der Komplexität der Problematik nicht gerecht. Es ist ein vereinfachtes, monokausales Erklärungsmodell, welches das Aufwerfen der Eigenschuldfrage bei den Betroffenen suggeriert. Menschen mit Suchtmittelproblemen reagieren dadurch während der Sucht oder bei Rückfällen in ein Suchtverhalten oft mit Schuldgefühlen, verbunden mit Enttäuschungen über sich selbst, Selbstzweifel, Selbstabwertungen, Frust, Ärger und Wut. Das direkte Umfeld der Betroffenen reagiert häufig ebenfalls mit Varianten dieser negativen Gefühlspalette. Diese emotionalen Reaktionen werden von der Erwartungshaltung geschürt, das Problem müsste doch „einfach“ zu lösen sein, wenn die Betroffenen doch nur „einfach“ richtig *wollen* würden. Dieses einfache Erklärungsmodell des traditionellen Suchtverständnisses trägt dazu bei, ein einfaches Wunschenken aufrecht zu erhalten, welches zur Bewältigung der Suchtproblematik nicht ausreicht, und im Kontakt zwischen Betroffenen und ihren Angehörigen häufig zu Konflikten und deren Zunahme oder Verschärfung führt.

»Die ursächlichen Faktoren einer Suchtentwicklung sind äusserst heterogen und zeigen in komplexer Weise Vernetzungen. Eine „monodisziplinäre“ reduktionistische Betrachtungsweise erscheint daher kontraproduktiv. Es ist vielmehr erforderlich, im Rahmen eines „biopsychosozialen“ Ursachenmodells therapeutische, präventive und rehabilitative Massnahmen zu gestalten« (Tretter 2001, S. 68).

Ausgehend vom triadischen Bedingungsgefüge nach Feuerlein (Feuerlein 1998, S.12), das das Individuum, das Sozialfeld und die Droge in Relation zueinander stellt, wollen wir dieses Modell um wichtige Aspekte des tiefenpsychologischen, des humanitären und des systemisch-ökologischen Paradigmas als auch um Erkenntnisse der Lern- und Gedächtnispsychologie und der Neurowissenschaften erweitern.

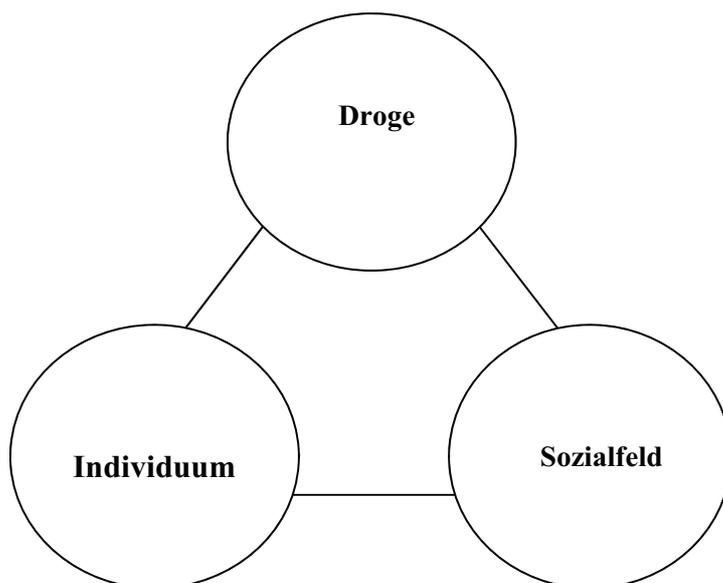


Abbildung 1: Triadisches Bedingungsgefüge nach Feuerlein

Im Unterschied zur graphischen Darstellung von Feuerlein wollen wir den Menschen in den Mittelpunkt rücken und den Begriff des Individuums durch die „Person“ ersetzen, „Person: Charakter, Mensch, (...) in seiner besonderen Eigenart“ (Duden, Etymologie der deutschen Sprache). Das von Feuerlein verwendete „Sozialfeld“ wird ersetzt durch den in der Integrativen Theorie gebräuchlichen Begriff des „Kontextes“. Die „Droge“ mutiert zur im heutigen Fachjargon üblichen Begriff „Substanz“ (s. ICD 10). Mit unserem „Verhalten“ treten wir in Kontakt mit unserer Umgebung, Mit- und Umwelt, mit unserem Kontext. Diese Form des Triadischen Bedingungsgefüges bildet das Grundgerüst des Integrativen Modells der Suchtdynamik.

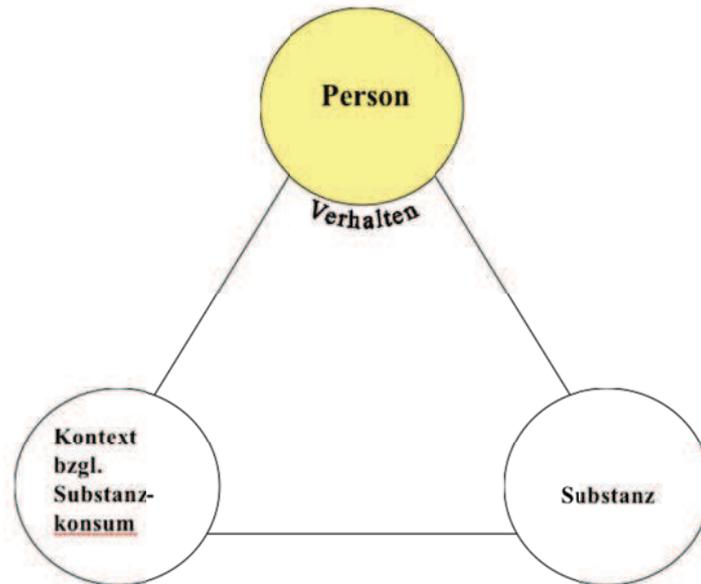


Abbildung 2: Triadisches Bedingungsgefüge im Zusammenspiel von Person, Kontext und Substanz (Zehnle 2011)

Das Integrative Modell der Suchtdynamik, welches wir im Folgenden in all seinen Facetten aufzeigen wollen, und welches die vielfältigen Einflussfaktoren einer Suchtproblematik aufzugreifen, zu veranschaulichen und zu erklären vermag, wollen wir dem traditionellen Suchtverständnis entgegen setzen.

4.2 Person

4.2.1 Integratives Persönlichkeitsverständnis

Der Integrativen Persönlichkeitstheorie liegt ein philosophischer Bezugsrahmen zugrunde, in dessen Grundüberzeugung der Mensch ein grundsätzlich ko-existierendes, intersubjektives und ökologisches Wesen ist, ein „*Leibsubjekt in der Lebenswelt*“ (Petzold 1990h). Auf diesen Axiomen gründet die Persönlichkeitstheorie, die Erklärungsfolien für den Aufbau und das Funktionieren der Persönlichkeit bieten will. Die Integrative Persönlichkeitstheorie gründet demnach in der Relationalität und kann als „*entwicklungsbezogen-relational und polylogisch*“ bezeichnet werden (Petzold 1991k, S.430). Durch Ko-respondenzprozesse mit seiner Umwelt balanciert der Mensch in einem lebenslangen Entwicklungsprozess zwischen Offenheit und Abgrenzung, Autonomie und Abhängigkeit, Gefühl und Verstand (Hüther 2010). Ziel dieser *transversalen Identitätsarbeit des Ich* ist eine facettenreiche emanzipierte Identität, welche eben nicht „*entfremdende Rollen- und Identitätszwänge*“ perpetuiert (Petzold 1991k, S. 432). Identität ist sozial konstituiert und im Leibgedächtnis verkörpert durch entsprechende sensumotorische, emotionale, volitionale, kognitive und kommunikative Schemata, Skripts und Strukturen. Dieses Syngem von Strukturen und Schemata wird im Integrativen Ansatz als *Selbst* oder *Leib-Selbst* (auch *Rollen-Selbst*) bezeichnet. Es bildet eine Art transmaterielles Geflecht von verarbeiteten und archivierten Erfahrungen. Das Ich ist dabei zu verstehen als „Selbst in actu“: durch das bewusste Wahrnehmen, Fühlen, Wollen, Memorieren, Denken, Werten, Handeln, Selbstreflexion, soziale Kompetenz.

4.2.2 Entwicklungsaspekte des Relationalen

Die Persönlichkeit eines Menschen entwickelt sich in seinen vielfältigen sozialen (Dyaden, Triaden und Polylogen) und ökologischen Bezügen (Petzold 2002c). Die ökologischen Zusammenhänge wirken von Säuglingszeiten an durch kulturelle Faktoren auf die Entwicklung des Menschen ein (Petzold 1991k). Im Zusammenwirken von genetisch vorgegebenen Reifungsschritten und Stimulierungen der Umwelt formt sich in der embryonalen und frühkindlichen Entwicklung die Anlage von sensumotorischen, emotionalen, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata. Bereits in der frühen embryonalen Entwicklung differenziert sich die ursprüngliche foetale Konfluenz in der Interaktion zwischen dem Fötus und seiner intrauterinen Umwelt zur primordialen Ko-respondenz. Damit beginnt die Differenzierung in Eigenes und Anderes, entsteht das *archaische Leibselbst*. Spätestens von Geburt an stehen wir in leiblich-gestischem Austausch mit unserer Mit- und Umwelt. Aus diesem wechselseitigen Austausch entwickelt sich die Körpersprache und später als zusätzliche Kommunikationsform die begriffliche Sprache. Durch multiple Stimulierung aus der Umgebung, insbesondere in der Interaktion mit einer empathischen Mutter oder anderen ‚empathic caregivers‘ bildet der Säugling *Daseinsgewissheit*. Die sensumotorische, mnestische und affektive Entwicklung im und durch den kommunikativen Kontext ist dazu von zentraler Bedeutung. Dabei differenziert sich das *archaische Leibselbst* zum *subjektiven Leibselbst* und zum *archaischen Ich*. Bereits das *archaische Ich* eines Säuglings artikuliert sich durch Kontaktaufnahme und Interaktionsverhalten, erlebt dabei ‚matches‘ (stimmige empathische Koaktionen) und ‚mismatches‘, ‚attunements‘ und ‚misattunements‘, wobei Dissonanzen, sofern sie nicht chronisch erfolgen, notwendig und entwicklungsfördernd sind (Petzold 2003a). Dadurch, dass die ‚caregivers‘ dem Kind ein permanentes Feedback über seine affektiven Zustände vermitteln, entwickelt es allmählich ein Gefühl für seine inneren Zustände, ein *Selbstgefühl*. Das *Selbstgefühl* ist zunächst noch kein reflexives, sondern ist an konkrete

Beziehungssituationen gebunden. Das eigene Selbst wird zunehmend prägnanter erfahrbar, es entstehen rudimentäre Formen der Selbstempathie und damit über die Daseinsgewissheit hinausgehende *Selbstgewissheit*. Im Alter zwischen 18 Monaten und 4 Jahren entwickelt das Kind zunehmend einen reflexiven Bezug zu seinem Selbst und formiert aus sozialen Zuschreibungen und Verinnerlichung anderer Identitäten Selbstbilder und Rollenschemata, die es in immer komplexerer Weise zu einer „Reihe von Identitäten“ synthetisiert, bis es schliesslich mit ca. 4 Jahren eine *reife Identität* ausgebildet hat. Das *reife Leib-Selbst* besitzt *Ich* und *Identität*, die wiederum formend auf das *Selbst* und die selbstreferentiellen Gefühle und Kognitionen sowie auf die leibliche Realität des sich wahrnehmenden Subjekts zurückwirken.

Diese Ausführungen dürften deutlich gemacht haben, wie grundsätzlich die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen an Relationalität gebunden ist, und dass die Geschichte eines Menschen immer eine „*Geschichte des Relationalen*“ ist (Petzold 1991b, S. 800). Damit wir uns als eigenständige Einheit, als *Ich* erleben können, sind wir auf interpersonale Erfahrungen angewiesen. Erst durch das „Du“ werden wir zum Subjekt, das selbstreflexiv zu sich und der Welt in Beziehung treten kann. Diese individuellen Beziehungsgeschichten im therapeutischen Prozess aufzuspüren und zu verstehen, ist nicht nur diagnostisch relevant, sondern hilft auch, therapeutische Wege zum Patienten, zur Patientin zu finden.

4.2.3 Schutz-, Risiko- und Resilienzfaktoren

Im Verlauf seines Lebens ist der Mensch verschiedensten psychosozialen Belastungen und Risikosituationen ausgesetzt. Die Longitudinalforschung konnte zeigen, dass Belastungen in Kindheit und Jugend ihre pathogene Valenz weniger entfalten, wenn es in der Biografie ausreichend protektive Faktoren gibt, die kompensatorisch wirken (Petzold 1990e). „*Protektive Faktoren sind einerseits – internal – Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits – external – spezifische und unspezifische Einflussgrössen des sozioökologischen Kontexts (..)*“ (Petzold 1991k S. 463). Ressourcen wie Freundschaft, Liebe, Fantasie, Spiel und als sinnvoll empfundene Aufgaben zählen genauso dazu wie der Zuwachs an Kompetenz, Performanz und Selbstwert, der aus der erfolgreichen Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen erwächst, die sogenannte *Resilienz*. Seit Antonovskys Salutogenesemodell wird in Forschung und Praxis vermehrt die Frage diskutiert, welches denn die Bedingungen von Gesundheit sind, bzw. welches die Prädiktoren für eine gelungene Bewältigung von Krankheit darstellen. Antonovsky begriff die Pole Krankheit und Gesundheit nicht als Dichotomie, sondern als mehrdimensionales System. Demnach hat jeder Mensch, auch ein Suchtkranker, gesunde Anteile, die es zu entdecken und zu fördern gilt, sodass insgesamt eine Bewegung hin zum gesunden Pol entsteht (Ostermann 2003). Antonovsky befasste sich in seiner Forschung mit Überlebenden von Konzentrationslagern. Bei der Gruppe von Menschen, welche diese prekäre Lebenslage - im Gegensatz zu anderen Überlebenden - körperlich und seelisch relativ unbeschadet überstanden hatten, identifizierte er drei mentale Gemeinsamkeiten: ein Gefühl von Verstehbarkeit (der Welt und des Lebens), ein Gefühl von Handhabbarkeit (Vertrauen in die Bewältigbarkeit) und ein Gefühl von Sinnhaftigkeit (der Existenz, des eigenen Lebens). Diese drei Komponenten zusammen bilden nach Antonovsky das *Kohärenzgefühl*. Der *'sense of coherence'* bezeichnet eine Grundstimmung oder Grundsicherheit, innerlich zusammengehalten zu werden, nicht zu zerbrechen und gleichzeitig auch an äusseren Anbindungen Unterstützung und Halt zu finden (Ostermann 2003). Auch in der Lebensgeschichte von Suchtkranken gibt es salutogene und heilende Einflüsse. Der Zugang zu positiven und stärkenden Erfahrungen in der Biografie von

Drogensüchtigen ist in der Therapie zunächst oft schwer möglich, da das Leben stark um die Sucht kreist und die Biografie überschattet. Dringlicher ist dann oft zunächst eine Entlastung von Schuldgefühlen und Unterstützung bei der Einordnung der eigenen Sucht in ein persönliches Sinnsystem. Dadurch kann es leichter fallen, die Suchterkrankung und deren oft schuldbehaftete Auswirkungen als Teil der eigenen Biografie zu begreifen und in das Kontinuum des eigenen Daseins zu integrieren (*Petzold 2002: in Ostermann 2003*). Sind Ressourcen nur schwach oder gar nicht vorhanden, hat die Therapie die Aufgabe, schützende Faktoren zu entwickeln, um dadurch die Selbstheilungskräfte – die “gesunden Kräfte” - und ein positives Selbstkonzept zu stärken (*Petzold, Orth 2008a*). Gute und stärkende Erinnerungen sind wichtig, um sich die ganze Lebensgeschichte wieder anzueignen und nicht auf die “Identifikation als “Süchtiger” reduziert zu bleiben (*Ostermann 2003*). Aspekte wie Einsichtsfähigkeit, Verständnis, Autonomie, Abgrenzungsfähigkeit, Beziehungsfähigkeit, Frustrationstoleranz, Initiative, Kreativität, Humor bis hin zur Anregung der moralischen Entwicklung sind das Ergebnis der einerseits erfolgreichen Auseinandersetzung mit schwierigen Erfahrungen durch das Anzapfen zur Verfügung stehender Ressourcen und das Nutzen salutogener Stimulierungskonstellationen. Derartige Potenziale sind für die spätere Entwicklung von Kompetenzen und Performanzen zur Problembewältigung von grösster Bedeutung.

Nach den Modellvorstellungen der Integrativen Therapie sind Krankheiten des Individuums meist Ausdruck pathogener Lebenszusammenhänge, kranker sozialer Netzwerke, prävalent pathogener Milieus, (*Petzold 1991k*). In solchen Lebenszusammenhängen sind pathogene Einflüsse akkumuliert und chronifiziert. Bei Drogenabhängigen finden wir besonders häufig eine Kette von adversiven Ereignissen und pathogenen Milieus: frühe ungünstige Stimulierungsbedingungen in der Kindheit und prekäre Lebenslagen in der Jugend bei gleichzeitig fehlenden protektiven Faktoren und Kompensationsmöglichkeiten. Negative oder gar gefährliche Umwelten stellen ungenügende oder schädliche Performanzmöglichkeiten zur Verfügung, sodass Menschen in diesem Umfeld falsche kognitive Problemlösungsstrategien, negative emotionale Stile oder dysfunktionale Volitionen entwickeln und daraus häufig negative Identitäten entwickeln (*Petzold 2003a*).

Die neurobiologische Traumaforschung konnte zeigen, dass Menschen, die in Kindheit und Jugend massiven emotionalen Belastungen ausgesetzt waren, im späteren Leben häufig ein chronifiziertes leiblich-autonomes Stressmuster aufweisen. Leiblich chronifizierte Stressreaktionen sind in den tieferen Strukturen des Gehirns abgespeichert und steuern unsere Automatik und unser Verhalten regulativ (*Egger 2006*). Menschen mit einer akuten Suchterkrankung befinden sich in einer permanenten psycho-physiologischen Stresslage. Aus der neurobiologischen Suchtforschung wissen wir ausserdem, dass “kalte” Entzüge eine massive Stressreaktion bewirken und eine tiefere Eingravierung ins Suchtgedächtnis bewirken. Dies wird mit einer erhöhten Rückfälligkeit in ein problematisches Konsummuster in Verbindung gebracht. In der Substitutionsbehandlung ist es deshalb häufig ein erster und wichtiger Schritt, durch ausreichend hohe Dosierung des Substitutionsmittels für Stabilisierung zu sorgen im Sinne einer psychophysiologischen Regulationshilfe.

4.2.4 Sucht als Variante komplexen Lernens

Der Mensch ist unbestritten ein äusserst komplexes Wesen. Allein unser Gehirn, und man könnte das gesamte Ausmass unserer Komplexität bereits an diesem Organ festmachen, übernimmt in einem unfassbaren Tempo und in einer unüberschaubaren Fülle Funktionen und Steuerungsaufgaben, die unser Vorstellungsvermögen übersteigen. Unser gesamtes Erleben und Verhalten ist selbstverständlich an neurobiologische Prozesse gekoppelt. Lernprozesse sind mit einer enormen Vielfalt an intra- und interzellulären Veränderungen verbunden. »Wenn wir uns ändern, ändert sich unser Gehirn« (Spitzer 2003, S. 35).

Da Störungen durch psychotrope Substanzen, wie weiter unten aufgezeigt wird, aufgrund ihres direkten Einflusses auf neurobiologische Funktionen ihre Wirkung entfalten und schliesslich das Verhalten der Betroffenen verändern, müssen Substanzprobleme unbedingt auf unterschiedlichen Ebenen betroffener biologischer Systeme beleuchtet werden.

Genetische Dispositionen und deren Veränderungen bzgl. des An- bzw. Abschaltens von Gensequenzen (nicht nur über Generationen hinweg) haben unmittelbaren Einfluss auf endokrinologische, neurotransmittorische und weitere biologische Prozesse (Bauer: Das Gedächtnis des Körpers).

Die Wirkungen des Substanzkonsums auf den Neurotransmitterhaushalt werden wir hinreichend erörtern. Dort können molekulare und zelluläre Betrachtungsebenen unterschieden werden.

Die Nervenzellen hängen anatomisch in Form von Kernen (Nuclei), Bahnungen und Schaltkreisen netzwerkartig zusammen. Im Zusammenhang mit Substanzproblemen werden wir auf die zentrale Bedeutung des mesolimbischen Dopaminsystems hinweisen.

In verschiedenen Hirnregionen können grössere Hirnstrukturen zusammengefasst werden, die gut umschreibbare Funktionen übernehmen, teilweise gar in Form von neuronalen Repräsentationen lokalisiert werden können (Spitzer 2003, S. 37). In diesem Zusammenhang sind emotionale, motivationale und volitionaler Konsequenzen des Substanzkonsums von grosser Bedeutung, da das limbische System an diesen Funktionen hohen Steuerungsanteil hat.

Auf der Ebene der Grosshirnrinde sind bspw. Funktionen wie die Integration von Erfahrungen, die Antizipation zu erwartender Situationen und die Planung, Vorbereitung der willkürlichen Handlungssteuerung angesiedelt. Diese Phänomene höherer kortikaler Strukturen sind bewusstseinsfähig, diese Bewusstheit auf einer Metaebene *wiederum* bewusstseinsfähig. In der Exzentrizität zu uns selbst betreten wir den Bereich des Selbstbewusstseins.³ Auf dieser Ebene der Betrachtung können wir aufgrund der neurobiologischen Möglichkeiten der Gedächtnisbildung und des Abrufs von Erinnerungen in unsere Biographie abtauchen und somit das Kontinuum, indem wir uns bewegen, berücksichtigen.

Spätestens an diesem Punkt wird deutlich, dass es nicht nur ausreicht, die biologischen Ebenen zu beleuchten, wenn wir ein umfassendes Verständnis von uns, oder im Speziellen

³ Hier könnte die Diskussion eröffnet werden, wieso der Mensch im Laufe der Evolution geistige Fähigkeiten entwickelt hat. »William James war der Ansicht, Geist sei eine Eigenschaft, die ein Gehirn erwarb, das zu komplex geworden war, um sich selbst zu kontrollieren« (Eccles 1989, S. 282). Und Eccles postuliert selbst, »dass das Auftreten von bewussten mentalen Erfahrungen in der Evolution zusammenfiel mit der Entwicklung des visuellen Verarbeitungsmechanismus und dass es für die Verhaltenssteuerung des (höheren, A.d.V.) Tieres notwendig war. Einfachere visuelle Inputs, die einfachere tierische Verhaltensweisen steuern, erfordern möglicherweise keine Integration zu einem globalen visuellen Bild. (...) Ich stelle daher die Hypothese auf, dass die Emergenz mentaler Erlebnisse in der Evolution verstanden werden kann als ein Mittel, um die vielfältigen Inputs, die zum Gehirn hochentwickelter Tiere gelangen, zu integrieren (...) ,dass diese Emergenz einen evolutionären Vorteil verschaffen würde« (Eccles 1989, S. 283). Diese Diskussion ist innerhalb der Integrativen Theorie auf der philosophischen Ebene der Kosmologie bzw. Ontologie angesiedelt. Eine nähere Ausführung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

auch von Substanzproblemen bekommen wollen. Sowohl während unserer gesamten Biographie als auch in unseren aktuellen Lebensbezügen wird deutlich, dass wir als soziale Wesen kontinuierlich im Kontakt, in der Interaktion, sprich in Ko-respondenz stehen zu anderen Menschen, zu unserer Mit- und Umwelt, also zu unserem Kontext.

»Die Dynamik eines gegenwärtigen Systems lässt sich verstehen, indem wir die Relationen zwischen seinen Teilen und die Regelmässigkeiten in deren Interaktionen aufzeigen und so seine Organisation sichtbar machen. Um solch ein System aber vollständig zu verstehen, dürfen wir es nicht nur als eine Einheit betrachten, in der eine innere Dynamik wirksam ist, sondern wir müssen es auch in seiner Umgebung, in seinem Umfeld oder Kontext betrachten, in dem das System durch seine Funktionen verbunden ist« (*Maturana, Varela 1987*).

In wechselseitigen Gestaltungsprozessen wird unsere jeweilige Lebenssituation nicht nur von aussen geprägt, sondern wir gestalten eigenverantwortlich und im Rahmen der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten unseren Kontext mit. In einem gegenseitigen Prozess der Ko-Kreation ergibt sich ein für jeden Menschen individueller Lebenspfad, dessen Spuren (auch neurobiologisch) bis in die aktuelle Lebenssituation hineinwirken.

Auf die Thematik des Suchtverständnisses bezogen würde dies heissen, dass nicht nur die gesamten durchaus wesentlichen Veränderungsprozesse auf biologischen Ebenen betrachtet werden sollen, sondern dass die jeweils persönlichen Erfahrungen mit und um den Suchtmittelkonsum einbezogen werden müssen. Darüber hinaus sind Prägungen und Erfahrungen aus der Zeit vor Beginn eines Substanzkonsums von wesentlicher Bedeutung, die eine spätere Suchtmittelproblematik begünstigt haben könnten. An dieser Stelle wird die Frage nach der Vulnerabilität, auf der anderen Seite diese nach der Resilienz aufgeworfen.

Wie in der Integrativen Krankheits- und Gesundheitstheorie umfassend beschrieben (*Petzold 1993*) sind Stimulierungskonstellationen in der Kindheit und Jugend⁴ als Faktoren der Vulnerabilität von entscheidender Bedeutung. Hinweise auf Störungen, Konflikte, Defizite, Traumata, zeitüberdauernde Be- oder Überlastungen oder die Unterdrückung expressiver Impulse liefern wesentliche Informationen bzgl. pathogenen Einflüssen und malignen Verläufen für ein umfassendes Verständnis der Entstehungsgeschichte einer Problematik und bieten im psychotherapeutischen Rahmen Ansatzpunkte für strukturelle Veränderungen. Andererseits sind Potenziale vorhanden, Ressourcen stehen zur Verfügung, die noch nicht oder schon länger nicht mehr angezapft wurden. Die Bewältigung stresshafter Lebenssituationen oder –phasen hat Resilienzen herausentwickelt. Diese salutogenen Einflüsse der Persönlichkeitsentwicklung sind wichtige Ansatzpunkte zur Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, der Entwicklung von Kompetenzen und Performanzen, und somit zur Problembewältigung.

Wollen wir nicht vergessen, dass das Zusammenspiel all dieser Einflussgrössen schliesslich das persönliche Verhalten steuert. Suchtprobleme sind schlussendlich Verhaltensprobleme. Sie sind das Ergebnis des komplexen Zusammenspiels mehrerer Systemebenen. Hier scheint gleichzeitig die Komplexität des Verhaltensbegriffs auf.

⁴ Der der Integrativen Entwicklungstheorie zugrunde liegende Lifespan-Development-Approach soll hier nicht ausser Acht gelassen werden. Allerdings sollen die für die Persönlichkeitsentwicklung sensiblen Entwicklungsphasen wie Kindheit und Jugend herausgestrichen werden, auch deshalb, weil der Erstkonsum, bzw. Beginn eines problematischen Substanzkonsums häufig im Jugendalter liegt. Die selbstverständlich hochsensible pränatale Entwicklungsphase spielt sowohl hinsichtlich gewichtiger Lebensereignisse (vgl. hierzu: *Spitzer 2003*, S. 67ff) als auch im Zusammenhang mit toxischen Einflüssen aufgrund eines etwaigen Substanzkonsums der schwangeren Mutter auch eine grosse Rolle. Bspw. führt Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zum Risiko eines fetalen Alkoholsyndroms. Der Embryo oder der Fötus wird regelrecht mit Alkohol durchschwemmt, da er die Möglichkeit zum Abbau des ins eigene Blut gelangten Alkohols noch nicht besitzt. Die Alkoholdehydrogenase ist erst ab dem 5. Lebensjahr entwickelt. Die Folgen sind oft Missbildungen oder geistige Retardierung.

Lindenmeyer spricht sich ebenfalls für ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell für das Verständnis der Entstehung einer Suchtproblematik aus. Er unterscheidet dabei in Anlehnung an Kufner und Bühlinger drei Teufelskreise:

Ein „Intrapsychischer Teufelskreis“ zeichnet sich aus durch eine beeinträchtigte Selbstwahrnehmung, unrealistische Wirkungserwartungen, Copingdefizite, suchtbezogene Grundannahmen wie bspw. „Alkohol hilft mir...“ und das Abstinenzverletzungssyndrom (Negative Selbstwirksamkeitsüberzeugungen verbunden mit einer starken affektiven Reaktion auf einen Rückfall bieten die Rechtfertigung für die Fortsetzung des problematischen Konsumverhaltens).

Im „Neurobiologischen Teufelskreis“ kommt es zur Toleranzsteigerung, einem zunehmenden Endorphinmangel und dem Aufbau eines Suchtgedächtnisses.

Der „Psychosoziale Teufelskreis“ ist geprägt von einer gestörten Trinkkultur, ungünstige Veränderungen der Familieninteraktion im Sinne co-abhängiger Tendenzen von Familienangehörigen zur Aufrechterhaltung der Suchtproblematik, soziale Folgeschäden und dem Mangel an Alternativressourcen (*Lindenmeyer 2005b*).

Wenn wir nun die vorgängig beschriebene Vielschichtigkeit der Betrachtung überblicken, dann wird dadurch nicht nur der Notwendigkeit zur Mehrperspektivität das Wort geredet, sondern es wird deutlich, dass der Komplexität einer Suchtproblematik nur durch die Differenzierung unterschiedlicher Einflussebenen beizukommen ist.

Wenn wir uns vergewissern, dass auf all diesen Ebenen Systeme wirksam werden, die einerseits konzeptuell jeweils für sich abgeschlossen betrachtet werden können, andererseits miteinander vernetzt sind, so wird schnell deutlich, dass ein einfaches monokausales Erklärungsmodell nicht ausreicht, um die Wirklichkeit einer Suchtproblematik abzubilden.

Unter Berufung auf Siepers und Petzolds Erläuterungen zum „Komplexen Lernen“ (*Sieper, Petzold 2002*) bekommen hier non-lineare Systemtheorien eine besondere Bedeutung. In Form einer dynamischen Regulation werden all diese unterschiedlichen Ebenen jeweils für sich und im Zusammenspiel in ihrer Gesamtheit gesteuert.

Abgespeicherte Veränderungen sind jeweils mit Lernprozessen verbunden.

»Lernen und Verhalten (wird) im Integrativen Ansatz konsequent kontextualisiert und temporalisiert gesehen (...): „Lernen geschieht aufgrund, durch, an, mit, für...“ (...) und „Verhalten geschieht verursacht von, im Kontext von, in Bezug auf, in Kooperation mit, für die Zielsetzung...“; hier liegt das Charakteristikum eines komplexen Lern- und Verhaltensbegriffes und die Überschreitung des ursprünglichen reflexologischen (Pawlow) und basalbehavioristischen (Watson) Lern- und Verhaltenskonzeptes« (*Sieper, Petzold 2002*).

Lernprozesse werden im Fall eines Substanzkonsums durch die direkte oder teils auch indirekte Induktion des mesolimbischen Dopaminssystems in hohem Masse begünstigt und verfestigt. Sie können auf molekularer, zellulärer, zellsystemischer, kortikal-vernetzter, emotionaler, kognitiv-mentaler, volitiver, handlungsleitender und selbstbewusstseinsfähiger Ebene punktuell jeweils für sich betrachtet werden. Sie hängen jedoch in der Verknüpfung all dieser Ebenen miteinander zusammen, und können somit in der Gesamtschau nicht voneinander losgelöst betrachtet werden.

Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.

4.3 Umwelt

4.3.1 Integratives Umweltverständnis

Unter Umwelt verstehen wir im Integrativen Ansatz die Gesamtheit von soziokulturellen und ökologischen Systemen, die auf den Menschen – Mann oder Frau – aktuell und im Verlauf seines Lebens einwirken. Die Systeme wirken auf unterschiedlichen Ebenen auf das Individuum, weshalb es hilfreich ist, verschiedene Systemebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) zu unterscheiden (Bronfenbrenner 1981). Mit Makroebene sind die übergeordneten soziokulturellen, wirtschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen einer Gesellschaft/Nation/Religion gemeint mit ihren je eigenen Entwicklungsmöglichkeiten und -grenzen, Werten und Normen. Auf einer Mesoebene können regionale oder schichtspezifische Einflüsse in den Blick genommen werden, das „Milieu“. Soziale Netzwerke, insbesondere die Familie, aber auch Freundschaften, Lebens- und Arbeitsgemeinschaften bilden verschiedene, aufeinander einwirkende, Mikrosysteme. Diese vielfältigen ökologischen Einflüsse bestimmen das individuelle Wahrnehmungsgeschehen. Einflüsse auf der Makroebene prägen etwa als „Zeitgeist“ mit seinen lifestyles die Meso- und Mikrosysteme (Petzold 2000h). Die sozialen Beziehungen und Netzwerke prägen das Individuum durch vielfältige soziale Interaktionen direkt und sind ihrerseits durch kulturelle Einflüsse beeinflusst. Das Herkunftsmilieu prägt die Sprache, die Gebärden, den Blick auf die Welt und das Verhaltensrepertoire.

Die Bedeutung der Individuum-Umwelt-Bezüge ist im Integrativen Ansatz im ‚Koexistenzaxiom‘ (Tree of Science, Metatheorien) begründet. Demnach ist der Mensch durch eine besondere Doppelstruktur gekennzeichnet: einerseits ist er Teil dieser Welt und ihr leiblich zugehörig (Merleau-Ponty), andererseits zeichnet er sich durch Subjekthaftigkeit aus, die er im Sozialisierungsprozess durch Grenzziehung und Distanznahme entwickelt. Dadurch und durch die Sprachbemächtigung entwickelt er Exzentrizität, Intersubjektivität und die Fähigkeit, selbstreflexiv zu sich und der Welt in Beziehung zu treten. Diese Prozesse bilden die Grundlage des Integrativen Umweltverständnisses, das sich durch Wechselseitigkeit auszeichnet. Der Mensch ist ‚Leibsubjekt in der Lebenswelt‘ (tree of science) und tritt auf der Grundlage der gemeinsamen Existenz (Koexistenzaxiom) in ständige Ko-responzenzprozesse mit seiner Umwelt ein.

Aus obigen Ausführungen sollte deutlich geworden werden, weshalb die Lebenswelt mit all ihren persönlichen, gesellschaftlichen und ökologischen Facetten für das Gesamtverständnis einer Suchtproblematik zwingend berücksichtigt werden muss. Dabei kann nicht von linearen Ursache-Wirkungsbeziehungen ausgegangen werden. Lernen und Verhalten findet in evolutionär herausgebildeten motivationalen und emotionalen Systemen statt, die molekular, neuronal und in Netzwerken vorgebahnt sind. Ohne differenzierten Einbezug dieser sozialen und ökologischen Dimensionen ist aus Integrativer Sicht kein wirkliches Verständnis des Individuums möglich, denn: „Die Persönlichkeit „ist“ ihre integrierten Umweltbeziehungen.“ (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach 1999 S. 113).

Die sozioökologischen Systeme bilden im Integrativen Verständnis den Rahmen für sämtliche Lernprozesse des Individuums. Konsequenterweise sind Lernen und Verhalten immer kontextbezogen und Identität ist immer nur verstehbar als Identität im Feld (Sieper 2002).

In der Therapie werden Bewusstheitsprozesse gefördert, um Einsicht ins ‚eigene Gewordensein‘ zu ermöglichen und neue Affiliations- oder Abgrenzungsprozesse anzustossen. Insbesondere die sozialen Netzwerke (Mikrosysteme) können in der Therapie als Matrix in einem sozioökologischen Kontext betrachtet werden, „...in der sich soziale Prozesse abspielen und die Ansatzmöglichkeiten für Interventionen bietet“ (Hass, Petzold 1999).

4.3.2 Soziale Welten

Grundlegend ist die von Petzold vorgenommene Ergänzung der sozialen Gefüge um die Dimension der geteilten kollektiven Wertesysteme, die „*von einer sozialen Gruppe geteilte Perspektive auf die Welt mit ihren belief systems, Wertvorstellungen, Basisüberzeugungen.*“ (Petzold 2000h). Eine ‚social world‘ bezeichnet also eine symbolische Realität. Ihren Ursprung haben diese ‚social worlds‘ in den frühen Polyaden, den Erzählgemeinschaften in der frühen Menschheitsgeschichte. Sozialisation findet hauptsächlich in den familialen und sozialen Netzwerken mit ihren ‚social worlds‘ statt (Hass, Petzold 1999). Innerhalb einer Familie können durchaus unterschiedliche, ja disparate soziale Welten vorhanden sein: Eltern leben in einer spezifischen Erwachsenenkultur und haben keinen Zugang zur Jugendkultur ihrer heranwachsenden Kinder. Um miteinander kommunizieren zu können, müssen aber bei aller „Fremdheit des Anderen“ genügend gemeinsame Interessen und Perspektiven vorhanden sein, damit der gemeinsame Boden noch tragfähig ist (Ramin, Petzold 2003). „*Eine gute repräsentionale Familie kann eine hohe Enttäuschungsfestigkeit haben und über die Existenz der zugrunde liegenden Familie hinaus einem Menschen Orientierung, Sinn und Trost bieten, genauso wie eine negative repräsentionale Familie Menschen ein Leben lang belasten kann, wenn ihre Auswirkungen nicht bearbeitet und verarbeitet werden können*“ (Petzold, 2006v). Ein soziales Netz über die Zeit betrachtet ist ein „Weggeleit“, ein Konvoi. Langjährige Freundschaften, Wohn-, Lebens- und Wertegemeinschaften gehören dazu. Ebenfalls eng mit der Vorstellung des Konvois verbunden ist die therapeutische Konzeption der „*Karrierebegleitung*“ (Brühlmann-Jecklin & Petzold 2005). Eine besondere Form des Konvois ist die Familie. Stabile, ressourcenreiche und supportive Konvois üben eine Schutzschildfunktion aus. „*‘Gute’ Familien bieten ein Konvoi von hinlänglicher Stabilität, in dem eine intensive Affiliation, ein Wir-Gefühl der Zugehörigkeit herrscht und mentale Repräsentationen der Familie als Gesamtgemeinschaft, mit ihren Mitgliedern und ihren Traditionen und Werten, Kognitionen familialer Identität möglich machen, die Sicherheit und Beständigkeit für das persönliche Identitätserleben bieten*“ (Petzold, 2006v). Schwache, negative oder sogar gefährliche Konvois sind Risikofaktoren für die weitere Entwicklung. Bei vielen substanzabhängigen Menschen finden wir schwache, negative oder sogar gefährliche Konvois.

Die allgemeine Lebenssituation von Jugendlichen (und auch Erwachsenen) ist heute durch ein Nebeneinander von sozialen Welten mit unterschiedlichen Werten gekennzeichnet. Der Mensch ist angewiesen auf eine Weltanschauung und ein Kulturmuster, das seinem Denken und Handeln eine Richtung, Orientierung und Entlastung bietet. Eine „deregulierte“ Gesellschaft, in der Werte, Traditionen, Autoritäten und Familie stark im Wandel sind, bietet dabei wenig Haltepunkte für die Identitätsentwicklung (Brühlmann, Petzold 2003). Gerade im Lebensabschnitt von Pubertät und Adoleszenz muss die bisher in der familiären Lebenswelt abgesicherte Identität zugunsten eines eigenen Identitätsentwurfs aufgegeben werden. Dies kann nur in der Interaktion mit anderen geschehen in der gemeinsamen Auseinandersetzung (Ab- und Angrenzung) mit den gesellschaftlich angebotenen Wertesystemen (Petzold 1995). Durch die Ausbildung von eigenen Identitätsstilen und die Wahl von lifestyles gestaltet das Individuum seine eigenen Identitätsprozesse. Heute steht dem Individuum eine ganze Palette an verschiedenen lifestyles zur Verfügung. Gleichzeitig entsteht durch die Kommerzialisierung der Freizeit- und Jugendkultur ein erhöhter Anpassungsdruck auf das Individuum.

Fallvignette

Herr T., 30-jährig, ist in der Schweiz geboren und aufgewachsen. Seine in den 1960ern aus Italien immigrierten Eltern beschreibt er als sehr arbeitsam und angepasst. In der Pubertät beehrte er gegen die väterliche Autorität auf, der Vater reagierte darauf verständnislos und autoritär. Durch eine Freundin geriet er in den Sog einer jugendlichen Gegenwelt mit Partys und Drogen. Ausbildung und Kontakt zur Familie brach er ab. Durch Geschick beim Dealen kam er rasch zu Geld und Ansehen. Dieser riskante, ständig von der Polizei oder Dealern bedrohte Lebensstil war sehr abenteuerlich und intensiv. Die Jugendlichen stellten einen eigenen Wertekodex auf, Mut und Solidarität zählten. Niemand, auch nicht Feinde, durfte an die Polizei verpöffelt werden. Die Polizei war der gemeinsame Feind.

Im Drogenmilieu werden Menschen mit höchst prekären und gefährlichen Situationen konfrontiert, die ihre persönlichen und kollektiven Bewältigungsmöglichkeiten überfordern. Ein destruktiver lifestyle, eine prekäre Lebenslage kann auch in gefährlicher Weise Selbstbetäubung und Selbstvergessen fördern und Situationen aushalten lassen, die ihrerseits mit einem hohen Traumatisierungsrisiko verbunden sind.

Das Leben in der Drogenszene ist auch verbunden mit der Internalisierung der Werte der Subkultur. Eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die Gesellschaft, die Arbeitswelt bedingt deshalb, dass diese Menschen ihre Vorstellungen von Gerechtigkeit reflektieren und einbringen können und wieder Anbindung an zentrale gesellschaftliche Werte finden. Werte spielen bei der Identitätsentwicklung eine grosse Rolle. Die Bedeutung der Auseinandersetzung mit Fragen zu Ethik, Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld oder Schuldfähigkeit in der Therapie kann deshalb nicht hoch genug eingeschätzt werden (Brühlmann, Petzold 2003).

In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff „Entfremdung“ bedeutsam. Entfremdung bedeutet Bedrohung oder Verlust des sinnlich-leiblichen Bezugs zu sich selbst, den Mitmenschen, der Lebenswelt, eine Ver-sachlichung des Leib-Subjekts, die durch „Haben“ und „Machen“ bestimmt ist. Mit „multipler Entfremdung“ bezeichnet Petzold eine Situation, die von Abspaltung und Verdinglichung in allen Bereichen gekennzeichnet ist (Petzold 2003a) und die mit einem Verlust von Zugehörigkeit und Sinn verbunden ist (Petzold 2001k). Einer Substanzabhängigkeit ist immer auch mit einer Verdinglichung des Selbst mit der damit verbundenen Funktionalisierung des Körpers und der Gefühle verbunden. *„Bei vielen drogenabhängigen/suchtkranken Menschen finden wir den Niederschlag und die Auswirkungen solcher Entfremdungs- und Verdinglichungsprozesse, gravierende Selbstverdinglichungen; und das ist immer mit der Beeinträchtigung, Störung einer „Selbstanschauung“ verbunden, mit der Disfiguration von Betrachtungen der Welt, mit schlechten Theorien über das Leben. Hier wird Theorie als „Selbstaufklärung“, als ein neues Anschauen der „Lebenslage“, der „Weltverhältnisse“, der eigenen Wirksamkeit (Flammer 1990), der eigenen Wirkungsmöglichkeiten und des eigenen Willens und Wollens (Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003) von zentraler Bedeutung, denn ohne eine „neue theoria“, eine neue Betrachtung des eigenen Lebens, kann es zu keinem Entschluß kommen, ein anderes Leben zu wollen(..) (Petzold 2004, S.5).*

4.3.4 Konsumkontext

Der Umgang mit Substanzen wird durch familiale, lokale, regionale und nationale, schicht-, geschlechts- und altersspezifische Rituale, Traditionen, Normen und Werthaltungen geprägt. Alkohol ist als Genussmittel gesellschaftlich akzeptiert, aber nicht alle Konsumformen von Alkohol werden akzeptiert und die Signale, die vor allem Jugendliche dabei von der Erwachsenenwelt erhalten, sind alles andere als eindeutig und klar. Die Grenzen, die

gesellschaftlich gesetzt werden, verändern sich mit der Zeit: die Zugänglichkeit und Verfügbarkeit der Substanz, die gesellschaftliche Bewertung der unterschiedlichen Substanzen und des Konsum an sich. Dieses komplexe und im Wandel befindliche Geflecht von gesetzlichen und sozialen Normen und Zuschreibungen prägt die individuellen Trinkerfahrungen und –stile. Auch die äussere Einflussnahme auf das Konsumverhalten des Individuum bis hin zu sozialem Druck kann genau eruiert werden sowie der Einfluss von Peer- und Freizeitverhalten.

Die gesellschaftliche Stigmatisierungs- und Bestrafungstendenz gegenüber Suchtkranken äussert sich einerseits in einseitigen Schuldzuschreibungen und andererseits auf struktureller Ebene in der Illegalisierung bestimmter Substanzen und beispielsweise Ausschlussklauseln für Suchterkrankungen bei Versicherungsleistungen. Bei den Betroffenen können sie sich aber auch als internalisierte Versagensängste und Schuldgefühle äussern und ein heimliches Konsummuster begünstigen.

4.4 Substanzen⁶

4.4.1 Pharmakologische Wirkmechanismen

Eine entscheidende Rolle für ein umfassendes Verständnis einer Suchtproblematik spielt der Einbezug der pharmakologischen Wirkung des jeweiligen Suchtmittels auf (neuro-) biologische Prozesse im Organismus. Jede Substanz hat eine ihr eigene Wirkung auf den Organismus. Sie entfalten diese Wirkung in oder an den Reizleitungsnervenzellen. Von den ca. 100 Milliarden Nervenzellen unseres Nervensystems befinden sich ca. 20 Milliarden im Gehirn⁷ (Bauer 2005, S. 52). Eine Nervenzelle kann mit bis zu 10.000 weiteren Nervenzellen verbunden sein. Jüngste Berechnungen der vom Gehirn zu leistenden „Rechenoperationen“ übersteigen unser Vorstellungsvermögen: Unser Gehirn ist in der Lage 6,4 Exaflops, das sind 6,4 Milliarden x Milliarden, also $6,4 \times 10^{18}$ Rechenschritte pro Sekunde durchzuführen! (Schweizerische Tageszeitung „Tagesanzeiger“, 12.2.11, S. 44 unter Berufung auf einen Artikel von Hilbert, M & Lopez, P. im Wissenschaftsmagazin „Science“).

Die neurobiologischen Effekte der psychotropen Substanzen hängen von folgenden 3 grundsätzlichen biochemischen Wirksystemen der Reizübertragung zwischen den Nervenzellen ab⁸:

1. Psychotrope Substanzen können innerhalb der biochemischen Reizleitung (Neurotransmission) im Gehirn an bestimmten Rezeptor-Typen andocken und dort entweder als Agonisten (gleiche oder verstärkende Wirkung des Neurotransmitters) oder als Antagonisten (gegenläufige oder bremsende Wirkung des Neurotransmitters)

⁶ In diesen Ausführungen zu pharmakologischen Wirkungen von Substanzen lehne ich mich grundsätzlich, abgesehen von gekennzeichneten Quellenangaben, an Fritz Recks eindrücklicher Graduierungsarbeit am Fritz-Perls-Institut („Nerven, Gehirn, Drogen, Rausch und Sucht“) an.

⁷ Ca. 10 Milliarden Nervenzellen stehen dem Cortex, also der Grosshirnrinde zur Verfügung, wo die höheren Wahrnehmungs- und Steuerungsfunktionen ihren Sitz haben.

⁸ Es sei daran erinnert, dass die Übertragung von Nervensignalen innerhalb der Nervenzelle nach Auslösen eines Aktionspotenzials im Zellkern über den Nervenfortsatz, das Axon, zunächst bioelektrisch weiter geleitet wird. Am Endknöpfchen des Axons werden Neurotransmitter gebildet, in Vesikel verpackt, und an der Synapsenmembran nach Eintreffen des elektrischen Impulses in den synaptischen Spalt ausgeschüttet. Das zunächst bioelektrische Signal *innerhalb* einer Nervenzelle wird hier also in ein biochemisches *im Kontakt mit* anderen Nervenzellen verwandelt.

wirken. Man spricht in diesem Zusammenhang von **kompetitiven** Agonisten bzw. Antagonisten, da sie quasi in Konkurrenz stehen zu den eigentlich für diese Rezeptoren vorgesehenen körpereigenen Botenstoffen.

2. Psychotrope Substanzen können aber auch auf den Neurotransmitterhaushalt bzgl. deren Herstellung (Präsynapse), Ausschüttung (präsynaptische Membran) oder Beseitigung (synaptischer Spalt) Einfluss nehmen.

An der Präsynapse des reizleitenden Axons der Sender-Zelle kann die Wiederaufnahme des Neurotransmitters nach dessen ursprünglicher Aufgabenerfüllung (an den Dendriten der Empfänger-Zelle) blockiert werden (Reuptake-Hemmer). Dieser Mechanismus wird zur Behandlung von Depressionen genutzt. Ausgehend von der Erkenntnis, dass der Neurotransmitter Serotonin einen wichtigen Einfluss auf unsere Stimmungslage ausübt, wird die Wiederaufnahme in der Präsynapse durch entsprechende Medikamente blockiert (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer).

Oder es wird die Menge der Transmitter-Killerezyme verändert, sodass der Neurotransmitter nach erfüllter Aufgabe verlängert und damit höher dosiert im synaptischen Spalt verbleibt. Dadurch kann er dort weiterhin seine Wirkung entfalten. Dieser Mechanismus wird ebenfalls zur Behandlung von Depressionen genutzt. Davon ausgehend, dass bei Depressionen die Monoamine Dopamin und Noradrenalin im synaptischen Spalt zu schnell abgebaut werden, wird eben dieser Abbau, die sogenannte Monoaminoxidase, gehemmt (MAO-Hemmer).

Auch bei diesem Mechanismus wirken die Substanzen als Agonisten oder Antagonisten, je nachdem, ob sie die Wirkung des entsprechenden Neurotransmitters verstärken oder abschwächen. Man spricht in diesem Zusammenhang von sogenannten **funktionalen** Agonisten bzw. Antagonisten.

3. Wenn eine Substanz auf die Reizschwelle der empfangenen Nervenzelle Einfluss nimmt, wird sie als Neuromodulator bezeichnet. Je nachdem in welche Richtung das Ruhepotenzial verschoben wird, braucht es mehr oder auch weniger des Neurotransmitters, um in der Empfängerzelle ein Aktionspotenzial zu erreichen (wodurch der Reiz ja erst weiter geleitet wird).

Diese Wirksysteme entfalten ihre Wirkung natürlich grundsätzlich in unterschiedlichen Hirnregionen, abhängig davon, wo sie die passenden neuronalen Bedingungen vorfinden. Je nachdem, welche Funktionen oder Hirnleistungen von der jeweiligen Hirnregion bzw. den miteinander verbundenen Hirnsystemen oder auch Schaltkreisen ausgeübt werden, nimmt die eingenommene Substanz folglich auf die entsprechenden Funktionen oder Hirnleistungen Einfluss.

»Für das Verständnis von Drogeneffekten ist wegen der vielfältigen Verschaltung der Zellen nicht nur die Betrachtung der zellulären oder molekularen Prozesse, sondern vor allem auch der systemischen Prozesse der neuronalen Schaltkreise relevant« (Tretter 2001, S. 61).

4.4.2 Das Mesolimbische Dopaminsystem

Von zentraler Bedeutung für das Suchtverständnis ist das sogenannte mesolimbische Dopaminsystem (hinlänglich auch als Belohnungssystem⁹ oder auch als Lustzentrum bekannt). Ausgehend von der ATV (Area Tegmentalis Ventralis) im Mittelhirn (Mesencephalon) verläuft ein Nervenstrang, das Vorderhirnbündel, zum Nucleus Accumbens im Limbischen System. Die Projektion von Nervensignalen in diesem System über Dopamin führt zu einem Wohlbefinden, je nach Stärke sogar zu einem Hochgefühl.

»Das Belohnungssystem steuert die Qualität der Hirnfunktionen und damit des Erlebens, ist mit allen elementaren Lebensfunktionen verbunden und somit lebenserhaltend. Nach chemischer Ausschaltung ihres Belohnungssystems nehmen Tiere keine Nahrung und Flüssigkeit mehr zu sich, werden stumpf, teilnahms- und antriebslos« (*Schmidt, L. 1986, S.96*).

Die angenehmen Gefühlsqualitäten die bei seiner Aktivierung ausgelöst werden, waren und sind entwicklungsgeschichtlich von überlebenswichtiger Bedeutung, werden doch auf dieser Grundlage Lernprozesse angeregt. Dieses System wird auf natürlicher Basis dann aktiviert, wenn wir eine Erfahrung machen, die im positiven Sinne unsere Erwartungen übersteigt, quasi in Form einer freudigen Überraschung. Unsere während der Evolution entwickelte innere Natur belohnt uns dann, wenn uns etwas gelingt, wenn wir erfolgreich sind. Um die Realisierungswahrscheinlichkeit dieser erfolgreichen Handlungen zu erhöhen, dieses Verhalten also einzuüben und im Erfolgsfall beizubehalten, braucht es diese Form der inneren Belohnung – das mesolimbische Dopaminsystem wird aktiviert. Es ist quasi die Basis von Lernprozessen, zumindest von positiv eingefärbten.

»Neben ihrer spezifischen Einwirkung auf das Gehirn ist sämtlichen Suchtmitteln ein Merkmal gemeinsam: Sie haben alle eine erhöhte Dopaminausschüttung im Belohnungssystem zur Folge« (*Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin, SSAM, S. 16*).

»Das ist die Struktur (mesolimbisches Dopaminsystem, A.d.V.), der für die Suchtentwicklung nach gegenwärtiger Auffassung die tragende Rolle zugewiesen wird« (*Reck 2009, S.29*).

»...aber obgleich die Suchtmittel sehr unterschiedlichen chemischen Substanzklassen zuzuordnen sind und auch an Synapsen unterschiedlicher Transmitter angreifen, ist ihnen doch gemeinsam, dass sie das Belohnungszentrum aktivieren« (*Schmid, W.J. 2002, S. 40*).

Olds und Milner konnten bereits 1954 in einer aufsehenerregenden Studie die wichtige Bedeutung dieser neuronalen Verschaltung, insbesondere die Rolle des Nucleus Accumbens aufzeigen. Ratten, denen im Gehirn im Bereich des Nucleus Accumbens (oder auch anderer Areale des mesolimbischen Dopaminsystems) Elektroden eingepflanzt wurden, konnten dieses Hirnareal per Tastendruck selber stimulieren. Die Folge war eine unablässige Tastenbedienung, sogar so weit, dass die Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme völlig vernachlässigt wurden.

Wir werden im Zusammenhang mit der 'Suchtentwicklung' nochmals auf diesen bedeutsamen Mechanismus zur Anregung und Festigung von Lernprozessen zurückkommen.

In diesem Kapitel sollen die gebräuchlichsten Suchtmittel (Alkohol, Nikotin, Cannabis, Kokain, Heroin) mit ihren neurobiologischen Konsequenzen auf den Organismus kurz dargestellt werden.

⁹ Es gibt in der Fachliteratur bereits unterschiedliche Auffassungen darüber, was zum Limbischen System gerechnet werden soll. Auch das „Belohnungssystem“ wird mal enger, mal weiter gefasst. Selbstverständlich gibt es auch bedeutsame Verbindungen hinunter in den Hirnstamm, andererseits auch zu höher liegenden kortikalen Strukturen. Auch wenn in den zusammenhängenden Hirnsystemen weitere Neurotransmitter wie Noradrenalin, Serotonin oder körpereigene Opioide wichtige Rollen spielen, wollen wir uns hier auf das allgemein anerkannte Kerngebiet des „Belohnungssystems“, das mesolimbische Dopaminsystem konzentrieren.

4.4.3 Spezifische Substanzwirkungen

Die hier aufgeführten Substanzen werden entsprechend ihrer Hauptwirkungen den psychoaktiven Wirkgruppen „anregend“, „dämpfend“ und/oder „halluzinogen“ zugeordnet.

Wirkung \ Substanz	anregend	dämpfend	halluzinogen
Alkohol		x	
Nikotin	x		
Cannabis		x	x
Kokain	x		
Heroin		x	

Tab. 1: Klassifikation der psychoaktiven Wirkungen verschiedener Substanzen (SSAM, S.16)

4.4.3.1 Alkohol

Alkohol (aus arabisch alkul: das Feinste, der feinste Puder) entsteht durch Gärung von Zuckerarten, die durch Hefe in Alkohol und Kohlensäure gespalten werden. Die chemische Formel ist C₂H₅OH.

Da es keine (zumindest bisher noch nicht entdeckten) Alkoholrezeptoren gibt, wird Alkohol auch als „unspezifische“ Droge bezeichnet. Während andere Substanzen in der Regel direkt an irgendwelchen Rezeptoren andocken, tut dies der Alkohol nicht. Dafür ist sein Wirkungsfeld umso komplexer.

Im Allgemeinen wird Alkohol der Gruppe dämpfender Substanzen zugeordnet (SSAM, 2010, S. 16). Bekanntlich bestehen aber die zentralen psychotropen Effekte des Alkohols nicht nur in seiner beruhigenden, entspannenden und sedierenden Wirkung (direkt), sondern auch in seinen enthemmenden, anregenden bis hin zu euphorisierenden Effekten (indirekt).

»Während man (...) annahm, Alkohol bewirke ausschliesslich eine allgemeine Dämpfung im Gehirn, stimmen Alkoholforscher mittlerweile darin überein, dass Alkohol darüber hinaus (...) in das komplizierte Gleichgewicht von hemmenden und aktivierenden Botenstoffen (...) zwischen den Nervenzellen im Belohnungszentrum des Gehirns eingreift« (Lindenmeyer 2005a, S. 41).

Alkohol wirkt auf verschiedene Neurotransmittersysteme ein, und hat darüber hinaus auch noch interessante psychotrope „Nebenwirkungen“ (s.u.).

Die dämpfende Wirkung des Alkohols ergibt sich aus seiner Einflussnahme auf das glutamaterge und GABAerge Transmittersystem, die zwar beide als Neuromodulatoren aber als Gegenspieler auftreten. Alkohol reduziert die Ausschüttung von Natrium-Glutamat (in der Folge kurz „Glutamat“), welches die Auslöseschwelle der Empfängerzelle in der Postsynapse senkt, d.h. für das Auslösen eines Aktionspotenzials empfindlicher macht. »Glutamat ist der wichtigste aktivierende Überträgerstoff in unserem zentralen Nervensystem« (Nille 2000, S.28). Der Förderung der „Un-Empfindlichkeit“ der Nervenzellen nicht genug, erhöht Alkohol auch noch die Ausschüttung von GABA (Gamma-Amino-Butter-Acid)¹⁰, welches im Gegensatz zum Glutamat die Auslöseschwelle in der Postsynapse anhebt, die Empfängerzelle also unempfindlicher macht für ein Aktionspotenzial. »GABA ist der wichtigste hemmende

¹⁰ Benzodiazepine und Barbiturate sind GABA-Agonisten

Überträgerstoff in unserem Gehirn« (Nille 2000, S. 29). Während also Glutamat eigentlich „auf's Gas drückt“, und GABA „bremst“, verstärkt Alkohol im Zusammenspiel dieser zwei Neurotransmitter die Bremswirkung doppelt – der sedierende Effekt tritt ein.

»Dieses Bremsen kann vor allem beim Alkohol zuerst paradox aussehen, das heisst: es werden zunächst innere Zurückhaltungs- und Hemmungsmechanismen (Scham, Angst, ...) ausgebremst, sodass bislang im Zaum gehaltene Impulse durchbrechen können. Das kann vom Sich-Mut-Antrinken über Zügellosigkeit bis zum gewalttätigen Exzess gehen. Nach und nach werden die Sprachfunktionen, die motorischen Funktionen wie der Gleichgewichtssinn und die Gangsicherheit sowie die kognitiven Funktionen fortschreitend eingeschränkt, bis zum letztlichen Ausfall (Filmriss). Danach kommen Bewusstlosigkeit, Koma und, bei entsprechender Alkoholkonzentration, der Tod durch Atemstillstand« (Reck 2009, S. 40).

Alkohol wirkt indirekt auf das mesolimbische Dopaminsystem (und gleichzeitig auch auf andere dopaminerge Systeme), indem er in der ATV (Area Tegmentalis Ventralis) diejenigen Neurone hemmt, die den Dopaminhaushalt herunterregulieren wollen. Dies erklärt die in einer ersten akuten Trinkphase häufig auftretende Unternehmungslust.

Der berauschende und euphorisierende Effekt des Alkohols kommt allerdings nicht nur über die indirekte Anregung des mesolimbischen Dopaminsystems zu Stande. Alkohol steigert die Ausschüttung körpereigener Opioide. Es kommt »zu einer vermehrten Ausschüttung von Endorphinen« (Lindenmeyer 2005a, S. 41), Dem nicht genug kommt es beim Abbau von Alkohol in der Leber zusätzlich zu einem opioiden Nebenprodukt (oben erwähnte „Nebenwirkung“): Das durch den Abbau von Alkohol in der Leber entstehende Acetaldehyd¹¹ reagiert mit den Monoaminen Dopamin und Noradrenalin, woraus sich sogenannte Tetrahydroisochinoline (TIQs) bilden. Aufgrund ihrer chemischen Morphinstruktur docken diese ebenfalls an den Opioidrezeptoren an – wenn jetzt der Rausch noch nicht komplett ist!

4.4.3.2 Nikotin

Nikotin wird hauptsächlich aus der Tabakpflanze gewonnen und ist ein kompetitiver Acetylcholin-Agonist. Es dockt also an einem der beiden Acetylcholinrezeptoren an¹².

Acetylcholin ist der im Organismus am häufigsten vorkommende Neurotransmitter (insbesondere in der Willkürmuskulatur) und wirkt anregend.

Da die cholinergen Bahnen, in denen Acetylcholin seine Wirkung entfaltet, im neuronalen Netzwerk von Limbischen System und Frontalhirn bei der Gedächtnisbildung und beim Abruf von Erinnerungen eine wichtige Funktion übernimmt, hat akuter Nikotinkonsum ein beschränkt positiven Effekt auf Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen. Grundsätzlich wirkt Nikotin natürlich, entsprechend der Wirkung des Acetylcholins, anregend.

Durch die als positiv erlebte Nikotinzufuhr wird in der Folge das mesolimbische Belohnungssystem angeregt, eine weitere wohltuende Wirkung.

Das Fatale der Nikotinabhängigkeit ist nicht so sehr die neuroplastische Veränderung der Zellstruktur, ein an für sich natürlicher Anpassungsprozess der Nervenzellen (abgesehen von dem damit einhergehenden Abhängigkeitseffekt) sondern die massiv schädigenden Wirkungen der Begleitsubstanzen, die der Tabakrauch beinhaltet.

¹¹ Der Alkoholabbau findet über verschiedene Prozesse vorwiegend in der Leber statt. Das wichtigste System hierfür ist ein Enzymsystem: Alkohol wird durch die Alkoholdehydrogenase zu Acetaldehyd, dieses wiederum über die Acetaldehyddehydrogenase zunächst zu Azetat und schliesslich zu Kohlendioxid und Wasser abgebaut. Ein zweites wichtiges System, das MEOS (Microsomal Ethanol Oxydizing System), hat einen wesentlichen Einfluss auf die Toleranzentwicklung dem Alkohol gegenüber. Man spricht in diesem Zusammenhang von der sogenannten dispositionellen Toleranz (Feuerlein 1999, S.13).

¹² Der andere Acetylcholinrezeptor ist dem Muskarin vorbehalten, das Fliegenpilzgift. Ein Antagonist des Muskarinrezeptors wiederum ist übrigens der Wirkstoff der Tollkirsche oder des Stechapfels, das Atropin.

4.4.3.3 Cannabis

Cannabis ist die lateinische Bezeichnung für die Hanfpflanze, aus der Marihuana (das Kraut) und Haschisch (das Harz der Blattdrüsen) gewonnen werden können.

Der Wirkstoff der Cannabispflanze, das Tetrahydrocannabinol (THC), ist ein kompetitiver Anandamid-Agonist und dockt an den Cannabinoid-Rezeptoren¹³ an. Anandamid war das erste Endocannabinoid (körpereigener Cannabinoidtransmitter), welches isoliert werden konnte und regt u.a. die Serotoninausschüttung an. Es handelt sich also auch um eine sekundär induzierte Serotonin-Wirkung. Serotonin bewirkt im Allgemeinen ein in sich gekehrtes Wohlbefinden.

Cannabinoid-Rezeptoren wurden vorwiegend in drei Hirnregionen nachgewiesen. Zum einen im Kleinhirn, zum zweiten im Frontalhirn, wo Funktionen wie die Konzentration und das Zeitempfinden beeinflusst werden, schliesslich im Hippocampus¹⁴, wodurch die Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses unter Cannabiseinfluss erklärt werden kann.

4.4.3.4 Kokain

Kokain wird aus den Blättern der Kokapflanze gewonnen. Bei Kokain handelt es sich um einen funktionalen Monoamin-Agonisten in Form eines Monoamin-Reuptake-Hemmers. Das heisst, dass bei Kokainkonsum die Monoamine Dopamin und Noradrenalin verlängert im synaptischen Spalt verweilen und damit dort weiterhin ihre Wirkung entfalten können.

»Kokain blockiert den Dopamintransporter, ein Protein, welches Dopamin im synaptischen Spalt bindet und zurück in das präsynaptische Neuron transportiert. Der Botenstoff Dopamin kann damit nicht wieder in die präsynaptische Nervenzelle aufgenommen werden, was zu einer Anreicherung von Dopamin im synaptischen Spalt führt« (*Herdener, M. et. al., S. 26*).

Da eines der 4 dopaminergen Systeme ausgehend von der ATV (Area Tegmentalis Ventralis) im Mittelhirn in den Hirnstamm hinunter verläuft und dort den Schlaf-Wach-Rhythmus mitbestimmt, lässt sich die überzogene Wachheit unter Kokaineinfluss durch ein Überangebot von Dopamin in dieser Verschaltung erklären.

Die aktivierende Wirkung des Kokain liesse sich auch über einen erhöhten Umsatz von Noradrenalin in der noradrenergen Bahn ausgehend vom Mittelhirn über das Limbische System über das Frontalhirn bis in den motorischen Cortex hinein, welche die gerichtete Aufmerksamkeit und die körperliche Reaktionsbereitschaft mit reguliert, erklären.

Als Gegenspieler zum Serotonin im Frontalhirn, welches dort bei einem Überschuss einen inneren Rückzug bewirken kann, lässt eine erhöhte Noradrenalindosis in diesem Bereich die starke Aussenbezogenheit unter Kokaineinfluss erklären.

Der euphorisierende Effekt des Kokain liesse sich einerseits über eine noradrenerge Bahnung zwischen Thalamus und Limbischen System verständlich machen, da dort dann das Ausblenden von situativ Unwesentlichem unterstützt würde. Andererseits spricht Kokain natürlich auch das mesolimbische Dopaminsystem an, was zu einer unmittelbaren Anhebung der Stimmungslage führt.

¹³ Die Rezeptoren wurden zunächst einmal nach den Cannabinoiden benannt, weil erst später die körpereigenen Liganden gefunden werden konnten.

¹⁴ Der Hippocampus ist ein wichtiger Bestandteil des Limbischen Systems und innerhalb des Papez'schen Schaltkreises (nach dem amerikanischen Mediziner und Neuroanatom James Papez benannt, 1883 – 1958) mit den Mammilarkörpern und dem anterioren Thalamus vernetzt. Dieser Schaltkreis ist einer der beiden wichtigsten Schaltkreise der Informationsverarbeitung, da er sich mit die Filterung, Verarbeitung und Abspeicherung von vor allem faktischen Informationen befasst.

4.4.3.5 Heroin

Zunächst einmal ist eine begriffliche Klärung hilfreich.

Opiate sind Stoffe, die aus dem Saft der Schlafmohnkapsel, dem Opium, gewonnen werden. Es sind dies vorwiegend das Morphin und in geringeren Mengen u.a. das Codein.

Opioide sind Substanzen mit morphinanaloger Wirkung. Halbsynthetische Opioide sind u.a. **Heroin** und Buprenorphin. Vertreter synthetischer Opioide sind Methadon oder Pethidin (Seidenberg, Honegger 1998, S. 23ff).

Körpereigene Opioide sind Endorphine, Enkephaline und Dynorphine, die an den jeweils für sie vorgesehenen Rezeptoren andocken¹⁵. Die überwiegend benutzten Opiate und Opioide entfalten ihre Wirkung vorwiegend an μ -Rezeptoren.

Heroin ist neurobiologisch ein kompetitiver β -Endorphin-Agonist und wirkt einerseits sedierend bis narkotisch, andererseits euphorisierend.

Opioidrezeptoren finden sich am häufigsten im Limbischen System, vor allem im Nucleus Accumbens. Dort angedockt bewirken die Substanzen einen Zustand der glückseligen Zufriedenheit. Die Anregung des mesolimbischen Dopaminsystems wird zusätzlich verstärkt durch die Hemmung GABA-erger Interneurone, die eigentlich die Dopaminausschüttung drosseln sollten (Seidenberg, Honegger 1998, S. 60).

Neben der Aktivierung des mesolimbischen Dopaminsystems¹⁶ wird der euphorisierende Effekt im Zusammenspiel von Thalamus und Limbischen System erzielt, wo eine bestimmte Filterfunktion massiv verstärkt wird. Dem Neocortex, sprich dem Bewusstsein, werden keine negativen oder unangenehmen Inhalte mehr zugespielt. Ein Zustand der Ur-Geborgenheit und des ozeanischen Glücksgefühls stellt sich ein.

In einer weiteren Bahnung ins Rückenmark hinab wirken Opioide analgetisch.

4.5. Suchtentwicklung

4.5.1 Allgemeine neurobiologische Aspekte der Gedächtnisbildung

Im Zusammenhang mit Lernen und Gedächtnisbildung im Allgemeinen sind folgende vier wichtige neurobiologische Aspekte bedeutsam:

#

4.5.1.1 Neuronale Vernetzung

Benachbarte Nervenzellen stehen über ihre Synapsen in Verbindung miteinander (wie weiter oben bereits erwähnt, kann das Axon einer Reizleitungszelle bis zu 10.000 synaptische Kontaktstellen mit anderen Nervenzellen besitzen). Diese Zellverbände bilden über ihre Vernetzung raumzeitliche Erregungsmuster aus, die bei wiederholter Reizexposition verfestigt und einverleibt werden.

»Die Fähigkeit des Gehirns, immer neue neuronale Netze zu knüpfen, bezeichnen Neurologen als „Plastizität“. (...) Die Gehirne von Musikern (...) liefern ein besonders eindrucksvolles Bild: Die Hirnregionen, die (...) die Hand repräsentiert, nimmt bei den Musikern eine bis zu 30 Prozent grössere Fläche in der Hirnrinde ein als bei Vergleichspersonen. Bei Taxifahrern

¹⁵ Opiatantagonisten wie Naloxon oder Naltrexon (Handelsname Nemexin) blockieren die Opioidrezeptoren und verhindern dadurch die Rauschwirkung bei Opiat- oder Opioidkonsum.

¹⁶ Körpereigene Opioide sind Auslösetransmitter von Dopamin in der ATV, sprich auch für das mesolimbische Dopaminsystem.

sind die Hirnareale, die für das Ortsgedächtnis zuständig sind, gegenüber Vergleichspersonen vergrößert« (*Newsletter der Schweizerischen Hirnliga*, 4/2005).

Diese Ergebnisse der neurowissenschaftlichen Forschung mit bildgebenden Verfahren zeigen auf, dass sich wiederholte Erfahrungen und Erlebnisse in unserem Gehirn regelrecht einspüren, diese Spürungen sogar anatomisch nachgewiesen werden können.

Der Kortex kann quasi landkartenförmige Repräsentationen ausbilden. »Von einer kortikalen Repräsentation spricht man, wenn ein Neuron bzw. eine Neuronengruppe durch ein bestimmtes Signal aktiviert wird. Dieses Signal, das heisst dieses Impulsmuster, wird von den entsprechenden aktivierten Neuronen repräsentiert« (*Spitzer* 2003, S. 37).

Mittlerweile gibt es Hinweise dafür, dass dieses Ordnungsprinzip kortikaler Repräsentationen nicht nur primäre und sekundäre sensorische Areale betreffen, sondern sich auch in höherstufigen Arealen finden lässt, auf einer Ebene also, wo wir den Wahrnehmungen Bedeutungen verleihen.

In der entwicklungspsychologischen Kleinkindforschung konnte aufgezeigt werden, dass die Verknüpfung neuronaler Erregungsmuster nicht nur einfache Assoziationen darstellen, sondern, dass bereits im Alter von 7 Monaten Regeln erlernt werden können, die uns die Zuordnung neuer Informationen erlauben (*Spitzer* 2003, S. 84ff). Unter anderem ist dies eine Voraussetzung eines differenzierten Spracherwerbs.

4.5.1.2 Langzeitpotenzierung (*Long-Term-Potentiation / LTP*)

Die innerhalb eines Netzwerkes miteinander verbundenen Nervenzellen, die durch bestimmte Reize erregt werden, sind für die gleiche Reizkonstellation aufgrund einer synaptischen Verstärkung für eine gewisse Zeit leichter erregbar (ein teilweise bis zu Wochen anhaltender Effekt). Wenn also die gleiche oder ähnliche Situation innerhalb eines gewissen Zeitraums dieser Verstärkung nochmals erlebt wird (beim intendierten Lernprozess wäre dies mit dem Rehearsal oder der wiederholten Informationsaufnahme vergleichbar), dann reagieren bereits vorher vernetzte Nervenzellen schneller bzw. stärker als benachbarte Nervenzellen, die vorher an einer entsprechenden Erregung nicht beteiligt waren.

Eccles beschreibt unter Berufung auf Untersuchungen von Bliss und Lomo aus dem Jahre 1973, dass nach einer kurzen Stimulierung von Nervenzellen des Hippocampus »die Synapsen auf etwas das Doppelte verstärkt waren und es über zehn Stunden lang blieben. Man erkannte sofort, dass diese lange Dauer der synaptischen Verstärkung ein ausgezeichnetes synaptisches Modell des Gedächtnisses bot. Es war, als würde sich die Synapse ihrer Aktivität „erinnern“« (*Eccles* 1989, S. 248).

»Die Synapse kann ein Engramm eines zeitgleich auftretenden Aktivierungsmusters bilden. Die Verstärkung der synaptischen Verschaltung durch Longterm potentiation ist also offenbar ein entscheidendes neurobiologisches Korrelat längerfristiger Gedächtnisprozesse« (*Heinz, Batra* 2003, S. 33).

Die Langzeitpotenzierung ist also eine lang andauernde Verstärkung der synaptischen Übertragung.

Whitlock konnte später den Beweis erbringen, dass räumliches Lernen bei Ratten mit LTP einhergeht.

4.5.1.3 Sensitivierung

Die Sensitivierung ist eine erhöhte Reaktionsbereitschaft auf der Verhaltensebene. Sie ist auf ein erhöhtes Erregungsniveau der an der Verarbeitung von Informationen und Sinneswahrnehmungen vernetzten Zellen zurück zu führen. Zeitgleich erlebte Reize werden bei der Konditionierung miteinander verknüpft (konditionierte und unkonditionierte Stimuli).

Die an diesen Prozessen beteiligten Zellverbände sensitivieren sich durch Vermehrung der Endknöpfchen an den Dendriten und können bei wiederholter Reizexposition entsprechende Reaktionen schneller auslösen.

4.5.1.4 Neurogenese

Bis vor wenigen Jahrzehnten wurde noch die Auffassung vertreten, Nervenzellen könnten nicht mehr nachwachsen.

»... man wusste (bis Anfang 2000, A.d.V.) nicht, dass erstens neue Nervenzellen in erwachsenen Gehirnen entstehen und dass sie zweitens bei regenerativen Prozessen zumindest prinzipiell eine Rolle spielen können« (Spitzer 2003, S. 50). Und unter Berufung auf Macklis: »Shors und Mitarbeiter haben damit begonnen, die Frage zu beantworten, ob die Neurogenese im erwachsene Hippocampus zur Gedächtnisfunktion beiträgt. Die Daten legen nahe, dass proliferierende Zellen im erwachsenen Gehirn für bestimmte Formen des zeitlichen Gedächtnisses erforderlich sind, an denen die kontinuierliche Erneuerung hippocampaler Schaltkreise beteiligt ist« (Spitzer 2003, S. 52).

Da diese grundlegenden Mechanismen der Gedächtnisbildung für alle Formen des Lernens von zentraler Bedeutung sind, stellen sie verständlicherweise auch die neurobiologische Basis der Entwicklung von Suchtmittelproblemen dar.

4.5.2 Spezifische neurobiologische Aspekte der Suchtentwicklung

Bei regelmässigem Substanzkonsum kommt es zu Anpassungsleistungen des Organismus. Auf die erhöhte Neurotransmitterdosis im synaptischen Spalt wird u.a. die Anzahl der Rezeptoren für diese Botenstoffe reduziert. Die Empfängerzelle „weiss“ sozusagen, wie viel sie von dem jeweiligen Stoff „benötigt“, und leitet entsprechende Massnahmen zur Regulierung ihrer Empfänglichkeit ein.

Ein weiterer regulierender Mechanismus findet auf der molekularen Ebene statt: Bei erhöhtem Umsatz von Botenstoffen im synaptischen Spalt wird die Konzentration von Killerenzymen zur Beseitigung dieser Stoffe erhöht. Ist der Umsatz zu tief, werden die Killerenzyme zurück genommen.

Ausserdem stellt sich die Bereitstellung der Neurotransmitter auf den veränderten Umsatz im synaptischen Spalt ein. Hat es bereits genug davon, so wird die körpereigene Produktion gedrosselt.

Auf einer psychischen Ebene wird dies in Form von Verlangen nach der Wirkung, sprich nach der Substanz spürbar und führt in der Folge zur Dosissteigerung. Diese Prozesse führen zu einem Toleranzaufbau der Substanz gegenüber. Im Zuge der Konsumsteigerung „verträgt“ der Organismus zunehmend mehr von der Substanz, ohne dass eine Intoxikation auftritt.

»Man nimmt daher an, dass eine wiederholte Exposition zur Ingangsetzung anhaltender Kompensationsprozesse führt, die den verursachenden Störungen entgegenwirken. Es handelt sich dabei um eine Art „Sicherheitsnetz“, dank welchem die Hirnfunktion in einem gewissen Grad aufrechterhalten werden soll. Diese dynamische Suche nach einem neuen Gleichgewicht würde zusammen mit weiteren Substanzeinnahmen (u.a., A.d.V.) zu einer allmählichen Herabsetzung des dopaminergen Stoffwechsels führen« (SSAM, 2010, S. 20).

Im Zuge der 2-Phasen-Wirkung kommt es aufgrund der mit Abbauprozessen im Körper verbundenen Halbwertszeit der Substanz nach Abklingen des zunächst erwünschten und deshalb erzielten primären angenehmen Effekts zu unangenehmen Nachwirkungen in einer sekundären Phase. Aufgrund der reduzierten neuronalen Empfänglichkeit können auch die für die betroffenen Rezeptoren vorgesehenen körpereigenen Neurotransmitter nicht mehr

ausreichend ihre Wirkung entfalten. Stehen weniger Rezeptoren zur Verfügung, kann selbstverständlich auch weniger des dort andockenden (natürlichen) Neurotransmitters aufgenommen werden, sofern dessen Produktion nicht ohnehin schon völlig eingestellt wurde. Werden Neurotransmittersysteme derart aus ihrem Gleichgewicht gehoben, so wird mit der Zeit ihre Selbstaktivierung eingeschränkt. Das Defizit wirkt sich auf die eigentlich zu regulierenden Hirnfunktionen negativ aus. Die Stimmungslage sinkt, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit werden beeinträchtigt, die Reizbarkeit steigt an und es kommt zu dysphorischen Zuständen.

In der Folge wird bei einer Abhängigkeitsentwicklung die Dosis bzw. Konsumhäufigkeit gesteigert, um schliesslich, zumindest kurzzeitig, die als angenehm empfundene Substanzwirkung zu erzielen. Mit der Zeit verliert sich diese als positiv erlebte Qualität der Substanzeinnahme häufig völlig.

Während also die Substanz anfangs auch zur Anregung positiver Effekte eingenommen wird (positive reinforcement in der klassischen Lerntheorie), kommt es durch die zwischenzeitliche Toleranzentwicklung der Substanz gegenüber mit der Zeit u.a. zur Vermeidung negativer Konsequenzen (negative reinforcement).

»Man spricht hier von negativer Verstärkung, weil die Drogeneinnahme durch den Wegfall unangenehmer Entzugserscheinungen belohnt wird« (Heinz, Batra 2003, S. 20).

»So nehmen Süchtige die Droge am Anfang, um einen „Kick“ zu erleben, nach einer Weile aber, um nicht in eine dysphorische Phase zu fallen« (Schlöpfer, Burri 2000, S.17).

Die Suchtdynamik hat sich eingespielt.

Eine Hypothese zur Erklärung des Suchtverhaltens, trotzdem die euphorisierende Wirkung bereits nicht mehr spürbar ist, liefern Robinson und Berridge: Die Dopaminausschüttung im ventralen Striatum (Teil der Basalganglien des limbischen Systems) löst das Verlangen nach der Substanz aus, ohne dass damit Lust- und Glücksgefühle verbunden sein müssen¹⁷. Dieses Phänomen der „Incentive-Sensitization“, zu deutsch Sensitivierung (s.o.), führt im Extremfall dazu, dass das Suchtverhalten ohne bewusste Steuerungsmöglichkeit und damit völlig automatisch abläuft. Damit werden Erfahrungsberichte von Betroffenen verständlich, die ihren ungewollten Konsum quasi als Beobachter erlebten, als ob sie keine Möglichkeit gehabt hätten, eingreifen zu können.

»Eine denkbare Erklärung ist hierfür, dass die einmal angestossene Aktivität im Verstärkungssystem des Ncl. Accumbens so stark ist, dass sie nicht ausreichend von anderen Hirnregionen (z.B. frontaler Kortex und anteriorem Cingulum [Regionen, die für bewusste Entscheidungsprozesse mitverantwortlich sind, A.d.V.]) beherrscht werden kann« (Kienast, Heinz 2006).

Zusätzlich erschwerend kann hinzukommen, dass durch substanzbedingte Schädigungen im Bereich des Frontalkortex die von diesen Hirnregionen ansonsten zur Verfügung stehenden Kontrollfunktionen für die Handlungsausführung beeinträchtigt sind. Subkortikale Strukturen würden somit zunehmend Steuerungsfunktionen übernehmen, insbesondere der Corpus Striatum, in dem Handlungsschablonen abgespeichert sind (Kienast et al 2007, S. 21). Offenbar wird bei zwanghaftem Verlangen nach Substanzkonsum der gleiche Regelkreis aktiviert (orbitofrontal-striatär-thalamisch), der bei zwanghaftem Verhalten stereotype Handlungsschablonen freisetzt (Heinz, Batra 2003, S. 21).

Lindenmeyer weist auf die Aktivierung „regulativer Gene“, sogenannte c-fos-Gene, in Nervenzellen durch endorphinerg und glutamaterg innervierte Prozesse im Belohnungssystem hin, »die im Zellkern dauerhafte Gedächtnisspuren hinterlassen können. Auf diese Weise können bei Alkoholabhängigen in bestimmten Auslösesituationen, die in der Vergangenheit mit der Einnahme von Alkohol verknüpft waren (...), neurophysiologische Reaktionsweisen

¹⁷ Diese Befunde sind umso interessanter, als dass schliesslich auch der Ncl. Accumbens zu dieser Hirnstruktur gehört, der Kern, der mit am stärksten für unser Lustempfinden verantwortlich sein soll.

auftreten, die ausserhalb jeder willentlichen Kontrolle liegen, auf Grund einer Veränderung des motivational-emotionalen Zustandes der Betroffenen aber ein erhebliches Rückfallrisiko beinhalten« (Lindenmeyer 2005b, S. 31).

Wurde durch einen kontinuierlichen, übermässigen Substanzkonsum eine hohe Toleranz aufgebaut, hinkt die Rücknahme der Gegenregulierungsprozesse mit der Absicht der Herstellung eines ursprünglich natürlichen Gleichgewichts der Halbwertszeit der Substanz bei weitem hinterher; es kommt zu Entzugserscheinungen. Eine körperliche Abhängigkeit zeigt sich (am Beispiel des Alkohols) in der Folge eines Konsumstopps in Form von motorischer Unruhe, Tremor, Schwitzen, Übelkeit, in extremer Form bis hin zu epileptischen Anfällen und deliranten Zuständen.

Um die körpereigene Produktion der Neurotransmitter wieder anzuregen, den Organismus also wieder in sein natürliches Gleichgewicht kommen zu lassen, braucht es, zumindest für eine gewisse Zeit, den Verzicht auf den Substanzkonsum. Die Regulierung dieser Prozesse kann durch bereits zerstörte Nervenzellen erschwert werden.

4.5.3 Entstehung und Wirkungsweise von Suchtmechanismen¹⁸

Wir wollen den wichtigen Beitrag der klassischen Lerntheorie nicht ausser Acht lassen, wurden hiermit doch stichhaltige Erklärungsversuche unternommen. Ursprünglich als einfaches Reiz-Reaktions-Modell (Klassische Konditionierung), bei dem auf einen bestimmten Reiz eine bestimmte erwünschte Reaktion erlernt werden kann, wurde später die Variable „O“ dazwischen gesetzt (das S-O-R-Modell, Hull), um die im Organismus zwischengeschalteten Prozesse mit zu berücksichtigen. Solange „O“ als „Blackbox“ betrachtet wurde, konnte eine Differenzierung der damit verbundenen Prozesse erst gar nicht stattfinden. Ferstl forderte 1989 im Zuge neuerer Verhaltenstheorien, dass »die vielfältige Wechselwirkung von kognitiven, behavioralen, sozialen und biologischen Faktoren erforscht werden müsse« (Feuerlein, 1998, S. 75), was der Integrativen Sichtweise entgegen kommt.

So wurden dann auch Erwartungen wie die „Erwartung der Substanzeinnahme“, die „Erwartung der Substanzwirkung“ und die „Erwartung spezifischer Substanzwirkungen“ als Ereigniskette auf einen Auslöserreiz (cue) berücksichtigt. So »besteht der zentrale Mechanismus, der zur Entwicklung einer erhöhten Toleranz führt, in der Aneignung einer klassisch konditionierten kompensatorischen Reaktion auf Umgebungsreize oder interozeptive Stimuli, die in der Vergangenheit wiederholt mit der Substanzgabe gepaart waren. Diese antizipatorische und antagonistische Reaktion interpretiert Siegel als Ausdruck einer homöostatischen Gegenregulation« (Demmel und Rist unter Bezugnahme auf Siegel in: Tretter 2001, 144f).

Unter Hinzunahme von Variablen wie Stimulus-Reaktions-Kontingenz und Konsequenzen entwickelte sich das SORKC-Modell der Sucht: Situation – Organismus – Reaktion – Kontingente – K(C)onsequenz (Tretter, 2001, S. 52). Das Prinzip des klassischen Konditionierens wurde auch als Signallernen bezeichnet.

Lernen am Erfolg wird umschrieben mit der Steigerung positiver und der Minderung aversiver Zustände. Mit dem Lernen am Modell werden schliesslich auch frühe Erfahrungen aus der Kindheit, bspw. die Beobachtung des elterlichen Alkoholkonsums, mit in die Suchtanalyse einbezogen.

Suchtmechanismen bilden sich, indem Erfahrungen und Erlebnisse wie verschiedene Sinneseindrücke der Umgebung und situative Ereignisse mit der stimmungsaufhellenden und entspannenden Wirkung des Alkohols verknüpft werden.

¹⁸ Zur Veranschaulichung wird exemplarisch häufig auf die Substanz „Alkohol“ zurückgegriffen.

Der Drink mit den Freunden, Freundinnen, der Aperero oder der „gute Wein zum guten Essen“ wird mit der zunächst wohltuenden Wirkung des Alkohols in einen unmittelbaren Zusammenhang gebracht. Sinneseindrücke wie beispielsweise die Atmosphäre, der Geruch, die Musik, die Gesichter in einer vertrauten Beiz werden in Verbindung mit der Wirkung des Alkoholkonsums im Suchtgedächtnis abgelegt. Die Sinneswahrnehmung ist natürlich auch hier auf allen Kanälen aktiv. Die wahrgenommenen Reize werden über die Aktivierung des mesolimbischen Dopaminsystems mit dem eigenen (Konsum-)Verhalten in der jeweiligen Situation verknüpft und abgespeichert. Sie wirken schliesslich als konditionierte Stimuli (englisch: „alcohol-associated cues“).

Es gibt deutliche Hinweise dafür, dass sich die neuronalen Aktivitäten im Laufe der Suchtentwicklung nach und nach weg von der ursprünglich eigentlichen Belohnung („liking“) zunehmend auf Stimuli konzentrieren, die Belohnung ankündigen („wanting“). In diesem Sinne kann Sucht als antizipatorischer Lerneffekt betrachtet werden (*Lindenmeyer* 2005, S.33).

Erlebnisqualitäten wie depressive Verstimmungen, die dem Alkoholkonsum vorausgehen können, werden mit der stimmungsaufhellenden Wirkung des Alkohols in Verbindung gebracht. Das Gehirn lernt „wie von allein“, dass sich, zumindest für eine gewisse Zeit des fortgesetzten Alkoholkonsums der depressive Zustand verändert.

Ängstliche Zustände scheinen sich im Alkoholkonsum zu verlieren, Hemmungen werden abgebaut.

Alkohol kann hier wie ein Medikament wirken. Er verspricht Besserung.

Auf der Verhaltensebene entstehen Automatismen, so wie wir beim Autofahren nach recht kurzer Zeit des Lernens „automatisch“ den Ganghebel bedienen, oder „automatisch“ auf die Bremse drücken, wenn wir auf eine rote Ampel zufahren. Diese Tätigkeiten benötigen nicht mehr die bewusste Aufmerksamkeit. Sie werden halbunbewusst oder unbewusst durchgeführt – eine für unser Bewusstsein sparsame und deshalb überlebenswichtige Errungenschaft unserer Entwicklungsgeschichte. Wären wir doch mit der Bewusstwerdung *aller* Abläufe auf der Handlungsebene überfordert, und könnten unsere Aufmerksamkeit nicht immer dem Wesentlichen zuwenden.

Neurobiologisch entspricht der unbewusste Handlungsvollzug einer subkortikalen Steuerung. Hinter diesen Automatisierungen verbergen sich, wie bereits weiter oben erläutert, Handlungsschablonen (orbitofrontal-striatär-thalamisch), die in angemessener Form nicht mehr der Bewusstheit bedürfen.

Die Freisetzung von Dopamin und körpereigener Opioiden im „Belohnungssystem“ ist von zentraler Bedeutung für Lernprozesse im Allgemeinen. Grundsätzlich wird die körpereigene Produktion dieser Botenstoffe auch dann angeregt, wenn wir, zumindest subjektiv, erfolgreich sind, wenn wir also einen Lernprozess subjektiv als Erfolg wahrnehmen (auch subliminal) und positiv bewerten. Durch diesen natürlichen „Belohnungseffekt“ neigen wir dazu, das für unser Erleben erfolgreiche Verhalten zu wiederholen und in möglichst angemessenen Situationen anzuwenden.

»Es zeichnet sich immer deutlicher ab, dass dieses System (das Dopaminsystem, A.d.V.) die gemeinsame Endstrecke des Angriffspunkts der verschiedenen Suchtstoffe ist, ob Kokain oder Alkohol, Amphetamine oder Haschisch. All diese Stoffe bewirken direkt oder indirekt eine Freisetzung von Dopamin, allerdings ohne dass zuvor eine entsprechende Verhaltens- oder Ereignissequenz eingetreten wäre. Sie wirken sozusagen direkt an der Belohnungsstrecke, ohne dass etwas, was zu belohnen wäre, zuvor eingetreten war. Dies erklärt das Suchtpotenzial der Substanzen« (*Spitzer* 2003, S. 209).

Die treffende Ausführung Spitzers möchte ich an dieser Stelle um einen wesentlichen Aspekt ergänzen: Es findet doch eine Verhaltens- oder Ereignissequenz statt, allerdings nicht diese, die er in Zusammenhang bringt mit natürlichen Lernprozessen, nämlich Erlebnisse, bei denen

unsere Erwartung durch positive, erfreuliche, erfolgreiche Ereignisse des eigenen (Zu-) Tuns übertroffen werden. Jedoch findet ein Substanzkonsum statt, eine Verhaltens- und Ereignissequenz, deren Umstände, Begleiterscheinungen, Wirkungen (auch auf andere neurobiologische Systeme) bis hin zum eigenen Handeln (das in dieser Situation erlebte Zutun) über den belohnenden Effekt des mesolimbischen Dopaminsystems umso stärker im Suchtgedächtnis abgespeichert werden.

Die Aktivierung des „Belohnungssystems“ durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen erklärt die Hartnäckigkeit einverleibter Suchtmechanismen.

Die bereits erwähnten Aspekte des sozialen Kontextes wie ein vertrauter Personenkreis, Trinksitten und –rituale, festliche Anlässe und Events usw. werden also, verknüpft mit der Wirkung des Alkohols, im Suchtgedächtnis betroffener Personen abgespeichert. Alkoholkonsum ist nicht per se problematisch (abgesehen von seiner grundsätzlich toxischen Dimension). Er wird dann zum Problem, wenn diese Mechanismen „trainiert“ werden, wenn der Alkohol also eine besondere Bedeutung bekommt, wie beispielsweise diese eines „Stimmungsaufhellers“ oder eines „Mutmachers“.

Die antrainierten Suchtmechanismen können an für sich jederzeit durch irgendeinen verknüpften Reiz (alcohol-associated cue) ausgelöst werden - sei es die Begegnung eines guten Trinkkumpans, sei es das Vorbeischlendern an der vertrauten Beiz (die Tür, die Aussenfassade können bereits als Auslöserreize dienen), sei es das Geschäftsessen, „zu dem schliesslich ein guter Wein gehört“ oder sei es das Plakat mit der Bierwerbung, was noch nicht einmal der bewussten Wahrnehmung bedarf (subliminal also). Das Verlangen bzw. die Aufforderung zum Substanzkonsum wird aktiviert. Auch diese Prozesse können zunächst durchaus unbewusst stattfinden, da das Zentrum des mesolimbischen Dopaminsystems subkortikal liegt.

Je nach Stärke des wach gerufenen Verlangens nach Alkohol richten Betroffene ihr Verhalten nach der Bedürfnisbefriedigung aus - die Beiz wird unvermittelt betreten, es wird ein Glas „Roten“ bestellt ohne zu überlegen, vielleicht wird im Laden plötzlich ein „Six-Pack“ gekauft - das Suchtverhalten ist aktiviert.

4.5.4 Bedeutung von Bewusstseinsprozessen

Jetzt könnte argumentiert werden, dass es doch in der Entscheidungsgewalt des Betroffenen liegt, zu trinken oder eben nicht zu trinken. Wenn er oder sie „will“, dann kann man doch „einfach“ damit aufhören. Dies wiederum würde die Bewusstheit über derartige Prozesse bedingen, zumindest die Bewusstheit über die mittel- und langfristig schädlichen Folgen eines übermässigen Alkoholkonsums. Das Wesen der Suchtmechanismen jedoch ist deren Verankerung und Ablauf in überwiegend subkortikalen Strukturen, also im Unbewussten. An dieser Stelle könnte weiter argumentiert werden, sobald z.B. dieser Text gelesen wird, wissen die Leser über die Zusammenhänge doch Bescheid, sind sich also derer bewusst. Was hindert ihn oder sie dann noch, sein, ihr Problem umfassend in den Griff zu bekommen, wieso gibt es immer wieder Rückfälle, obwohl viele Betroffene beteuern, sie hätten „es“ nicht gewollt?

Neurobiologisch gesprochen liegt dies an der Stärke der Gravur, mit der die im Suchtgedächtnis abgespeicherten Suchtmechanismen im neuronalen Netzwerk „eingespurt“ sind. Je öfter wir eine körperliche Tätigkeit oder einen mentalen Prozess ausführen, umso einfacher sind diese beim nächsten Mal wieder abrufbar, umso genauer, schneller oder effizienter können wir diese Leistung erbringen. Wenn jemand jahrelang regelmässig Alkohol trinkt, so werden die beschriebenen Lernprozesse fest eingraviert. Bewusstseinsprozesse

reichen nicht aus, diese Gravur auszulöschen. Sie bieten allerdings die Möglichkeit, sich gegen das Suchtverhalten und anstatt dessen für ein konstruktives Verhalten zu entscheiden.

»Einerseits blockiert Verlangen als bewusste Informationsverarbeitung die Ausübung von kognitiv anspruchsvollen Aufgaben und kann dadurch zu einem Handicap bei abstinenter Bewältigungsversuchen werden. Andererseits dringe Alkoholverlangen in das Bewusstsein der Betroffenen und kann dadurch prinzipiell eine Unterbrechung automatisierter Handlungsabläufe bewirken, was wiederum die Chancen für ein selbstkontrollierendes Eingreifen erhöht« (Lindenmeyer 2005b, S. 33).

Auf dem Weg der Problemlösung geht es auch um die Suche nach Alternativen zur Funktionsweise des Alkohols, und darum diese Alternativen im Alltag umzusetzen. Genau durch diese Umsetzung werden neue Erfahrungsstrukturen im Gedächtnis „neugespart“, die den bisherigen, mittlerweile destruktiven des Alkoholkonsums entgegen gesetzt werden können.

Ein wesentlicher Grund für die perfide Wirkung von Suchtmechanismen ist die, wiederum lerntheoretisch gesprochen, „Vermeidung kognitiver Dissonanz“ (Festinger).

Auch hier werden verschiedene Betrachtungsebenen wirksam:

Auf der emotionalen Ebene wird in der Regel die Wirkung des Alkohols (bis zu einem gewissen Zeitpunkt) als wohltuend erlebt. Beispielsweise kann sich ein ängstlicher oder depressiver Zustand auflösen, solange die Wirkung des Alkohols anhält.

Auf der sensorischen Ebene kann unsere Innen- und Aussenwelt, können also auch spätere Auslöserreize der Suchtmechanismen wahrgenommen werden. Besonders starken Aufforderungscharakter zum Konsum haben Geschmack und Geruch alkoholischer Getränke.

Auf der kognitiv-mental Ebene wiederum geschieht ein psychodynamisch bedeutsames Phänomen: Um der uns angeborenen Tendenz nach Homöostase Folge zu leisten, quasi um einen inneren Konflikt zu vermeiden, trachten wir nach Übereinstimmung der eben erwähnten Ebenen. Wenn beispielsweise über die sensorische Ebene Auslöserreize wahrgenommen werden, die auf der emotionalen Ebene die Vorfriede auf die „wohltuende“ Wirkung des Alkohols bewirken, so bietet die kognitiv-mentale Ebene Überlegungen an, die die Planung und Durchführung eines Alkoholkonsums rechtfertigen können. Diese berühmten „1000 Gründe“ sind nichts weiter als Rechtfertigungsstrategien, um eine kognitive Dissonanz mit anderen Erlebnisebenen zu vermeiden. Abwehrmechanismen sind am Werke.

Schwierig sind Wahrnehmung und Erkennen der Einflüsse dieser mentalen Ebene *innerhalb* der Suchtdynamik, da Bewusstseinsprozesse über die Problematik insgesamt auch mentaler Natur sind. Die Bewusstheit über die rationalisierenden oder verharmlosenden Mechanismen können allerdings auf einer Metaebene erfasst werden. Es bedarf also der kritischen Selbstreflexion in der jeweiligen (Rückfall-) Risikosituation, um zu differenzieren, ob die mentalen Prozesse Teil der Suchtdynamik oder übergeordneter Natur sind. In einer mangelnden Reflexion dieser Prozesse mit dem häufig schnellen Unterliegen der Rechtfertigungsstrategien gegenüber liegt ein wesentlicher Grund für Rückfälle in den Substanzkonsum.

Von entscheidender Bedeutung, ist selbstverständlich schliesslich die Verhaltensebene. Wenn, wie bereits erwähnt, kognitive Dissonanz im Sinne eines Abwehr- im Dienste eines Suchtmechanismus vermieden werden soll, so wird das Verhalten des Betroffenen von diesem Suchtmechanismus bestimmt – das Verhalten steht in Abhängigkeit der Suchtdynamik.

Wenn diese Erkenntnisse auf die jeweils individuelle, persönliche Situation übertragen werden können, Suchtmechanismen identifiziert, Risikosituationen konkretisiert und in ihrer Schärfe differenziert, Auslöserreize erkannt werden können, frühzeitige, präventive

Massnahmen und Alternativen umgesetzt werden können, dann ist die Kontrolle über das eigene Verhalten wieder gewonnen. Sobald Suchtmechanismen einklinken und nicht unterbrochen werden können, werden tief eingravierte (Sucht-)Verhaltensmuster aktiviert und jedes Mal wieder von neuem belebt.

Ein Ausstieg aus dem Suchtkreislauf ist also über die wunderbare Fähigkeit zum Bewusstsein möglich.

5 Das Integrative Modell der Suchtdynamik

5.1 Verschiedene Blickwinkel

Bei der folgenden Präsentation des Integrativen Modells der Suchtdynamik werden verschiedene Blickwinkel aufgezeigt, womit dem Anspruch einer Mehrperspektivität Genüge geleistet wird. Grundsätzlich kann man sich vorstellen, dass die Symbolik der „Person“ rundherum, oder gar kugelrundherum von einem Kontext umgeben ist. Dieser Kontext liesse sich auf alle möglichen Lebens- und Erfahrungsbereiche auffächern. In unserem Modell fokussieren wir auf den substanzbezogenen Kontext, da es um die Vermittlung eines innovativen Suchtverständnisses geht. Hier spielen alle kontextbezogenen Einflüsse eine Rolle, die in irgendeiner Form mit Substanzen im Zusammenhang stehen, die als Suchtmittel Verwendung finden (zur näheren Erläuterung siehe Kap. 4.3).

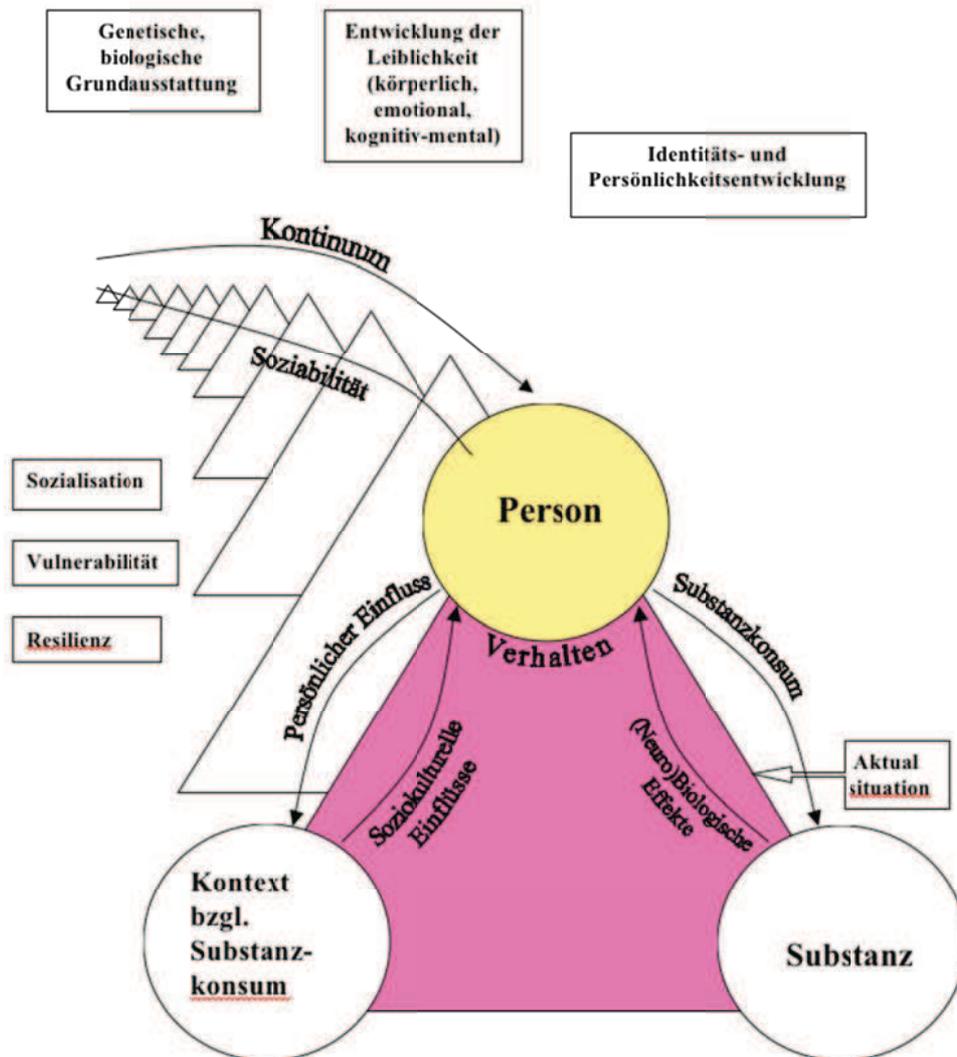


Abbildung 3: Perspektive Person – Kontext: alle Einflussfaktoren im Überblick (Zehnle 2011)

5.1.1 Blickwinkel I: Ko-respondenz von Person und Kontext

Der schrittweise erfolgende Aufbau des Modells soll die Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren verständlich machen.

Ausgehend vom Triadischen Bedingungsgefüge „Person – Kontext – Substanz“ (s. Abb. 2) werden durch die Berücksichtigung des Zeitkontinuums den auf die individuelle Person bezogenen Entwicklungsaspekten der Leib-, Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung auf der Basis der prä- und perinatalen genetischen und biologischen Grundausstattung Rechnung getragen.

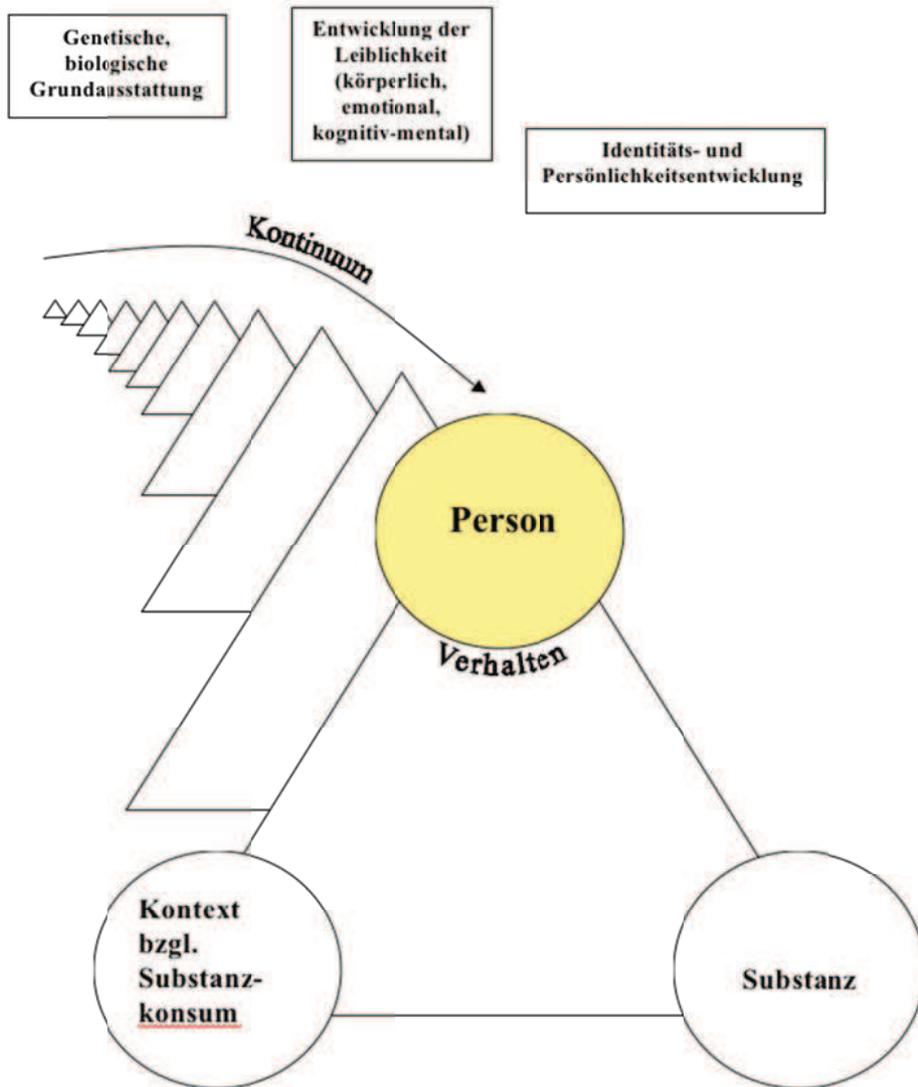


Abbildung 4: Perspektive Person – Kontext: Kontinuum (Zehnle 2011)

Im Rahmen der Fähigkeit zur Aufnahme und Pflege von Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, die sogenannte Soziabilität, werden die im Ko-respondenzprozess des Menschen mit seiner Um- und Mitwelt, also im Laufe seiner Sozialisation sich formenden Aspekte der Vulnerabilität und Resilienz berücksichtigt.

Das Integrative Modell der Suchtdynamik bietet an dieser Stelle eine anschauliche Basis für eine Anamneseerhebung.

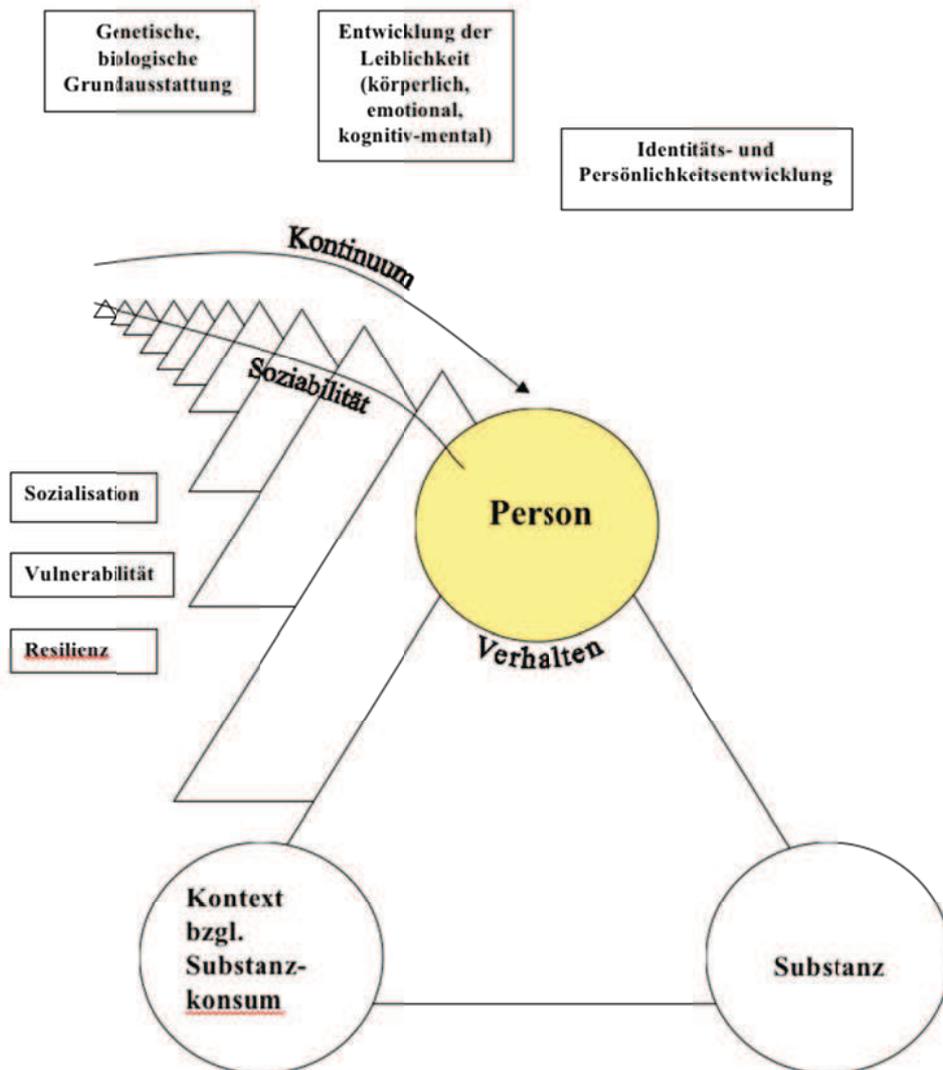


Abbildung 5: Perspektive Person – Kontext: Kontinuum und Sozialisation (Zehnle 2011)

Die Exploration der Aktualsituation durch professionelle Helfer steht vor allem bei der Behandlungsaufnahme von Betroffenen einer Suchtmittelproblematik an zentraler Stelle, wird natürlich aber auch im Laufe der Behandlung immer wieder fokussiert.

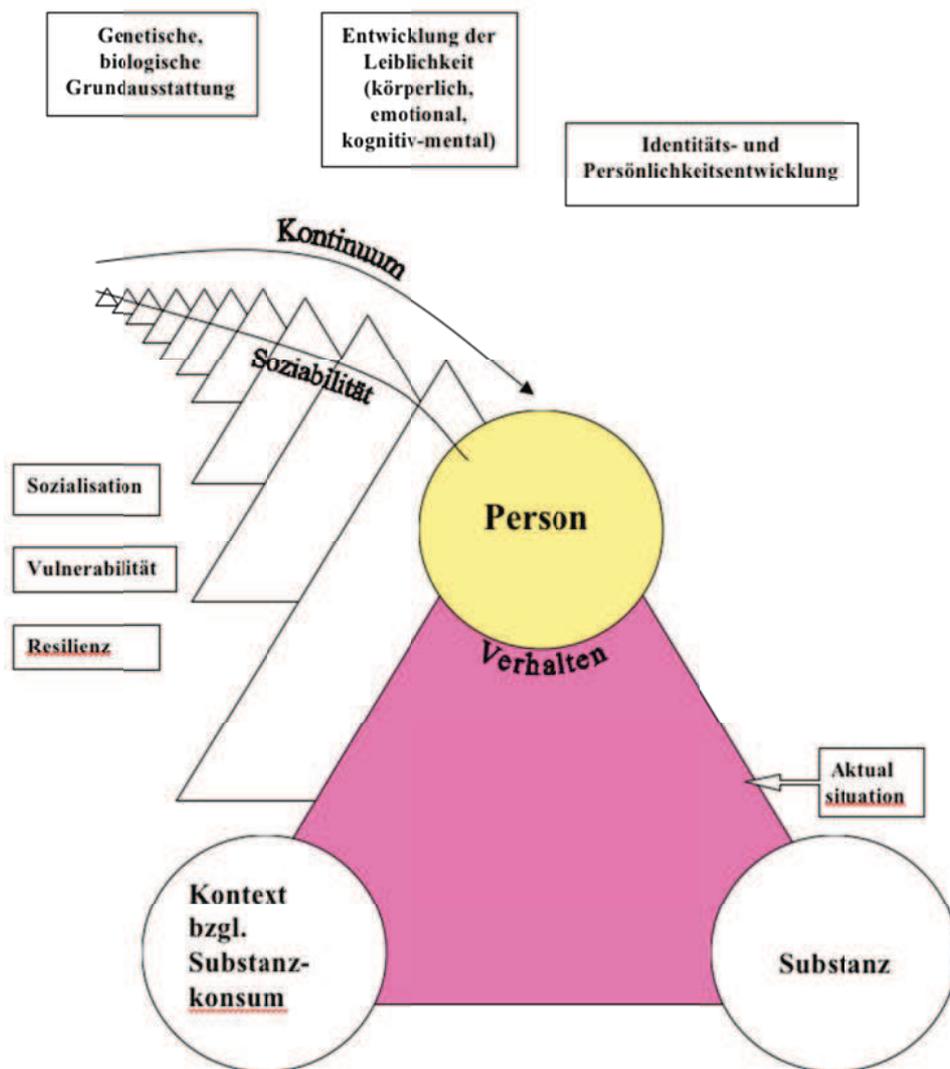


Abbildung 6: Perspektive Person – Kontext: Einfluss von Kontinuum und Sozialisation auf die Aktualsituation (Zehle 2011)

Die Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen der betroffenen Person und seinem Kontext auf der einen Seite (die Perspektive, die in diesem Schaubild betont wird), und zwischen der Person und der Substanz auf der anderen Seite sorgen für einen Gesamtüberblick aller Einflussfaktoren auf einer übergeordneten Betrachtungsebene.

Prägende Erfahrungen bedingen einerseits eine ihrer pathogenen Wirkung entsprechende Vulnerabilität und können somit spätere Substanzprobleme begünstigen. Andererseits können prägende Erfahrungen aber auch zum Erwerb von effektiven Problemlösungsstrategien und den konstruktiven Umgang mit schwierigen Lebensereignissen führen. Zusammenhänge zwischen eben diesen prägenden Erfahrungen und aktuellen Verhaltensweisen sowie Lebensgestaltungsprozessen, sprich auch das Substanzkonsumverhalten in der Aktuelsituation, können schliesslich mit Hilfe dieses Modells aufgezeigt und veranschaulicht werden.

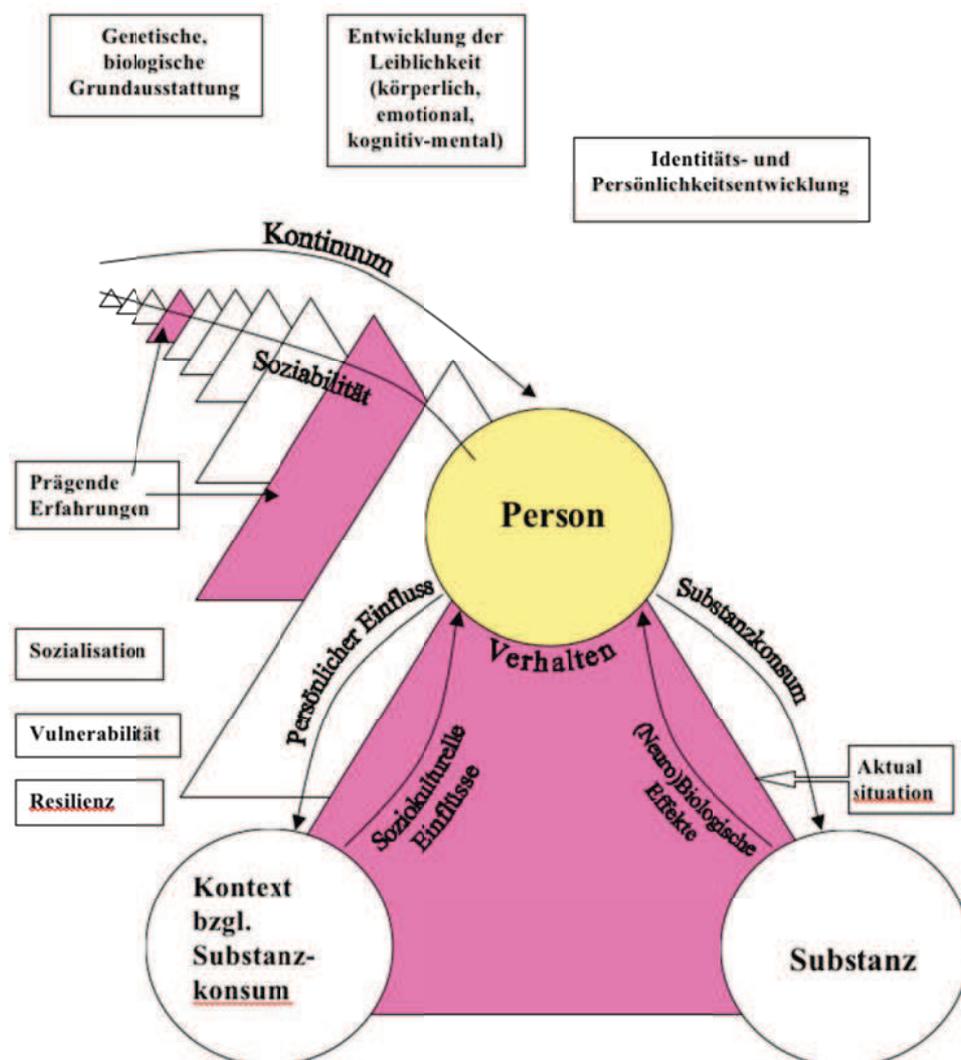


Abbildung 7: Perspektive Person – Kontext: Einfluss der prägenden Erfahrungen auf die Aktuelsituation (Zehnle 2011)

5.1.2 Blickwinkel II: Ko-respondenz von Person und Substanz

Analog zum systematischen Aufbau des Integrativen Modells der Suchtdynamik aus dem ersten Blickwinkel (Blickwinkel I, s. 5.1) kann eine weitere Perspektive veranschaulicht werden: Das Zusammenwirken, also die Ko-respondenz zwischen der betroffenen Person und der Substanz, bei Mehrfachkonsum zwischen der Person und den Substanzen.¹⁹

In diesem Zusammenhang ist die Berücksichtigung des Einflusses des Substanzkonsums auf verschiedene Entwicklungsaspekte von grosser Bedeutung:

Lern- und Gedächtnisprozesse werden durch den wiederholten Substanzkonsum, abhängig von der spezifischen Substanzwirkung (s. Kap. 4.4), beträchtlich beeinflusst, mit der Zeit beeinträchtigt. Wie weiter oben ausführlich beschrieben bilden sich Suchtmechanismen aus.

Ein fortgesetzter übermässiger Substanzkonsum hat selbstverständlich erheblichen Einfluss sowohl auf die Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung als auch auf die Leibfunktionen.

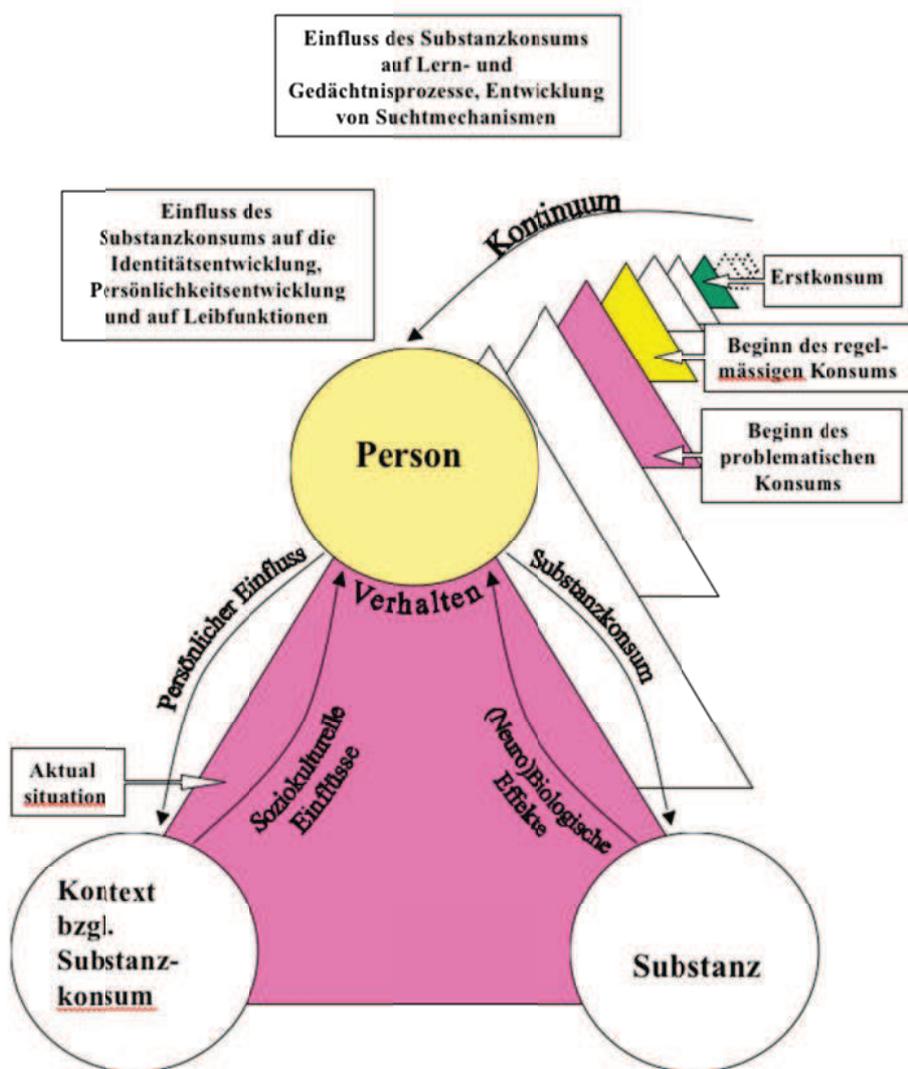


Abbildung 8: Perspektive Person - Substanz: Vergleich Entstehung problematischer Konsum und Aktualsituation (Zehnle 2011)

¹⁹ Zur Vereinfachung werden an dieser Stelle nicht mehr alle Zwischenschritte des Aufbaus graphisch dargestellt. Dieser schrittweise erfolgende Aufbau ist allerdings in der praktischen Arbeit mit KlientInnen durchaus sinnvoll, um den Verständnisprozess zu fördern.

5.1.3 Blickwinkel III: Interaktion von Kontext und Substanz

Ein dritter Blickwinkel vervollständigt die Gesamtbetrachtung des triadischen Bedingungsgefüges unter Berücksichtigung der Zeitachse (Kontinuum): Die Interaktion zwischen substanzbezogenem Kontext und Substanz(en).

Aus dieser Perspektive können soziokulturelle Einflüsse und gesellschaftliche Entwicklungen berücksichtigt werden. Beispiele hierfür wären die Verfügbarkeit der Substanzen, die Akzeptanz der Substanzen gegenüber, Konsumgewohnheiten bis hin zum Umgang mit Informationen die Substanzen betreffend oder die juristische Einstufung in legal oder illegal. Selbstverständlich müssen hier auch spezifische „Risikosituationen“ von Betroffenen erfasst werden, in denen das Suchtverhalten erneut stattfindet oder aufrechterhalten wird.

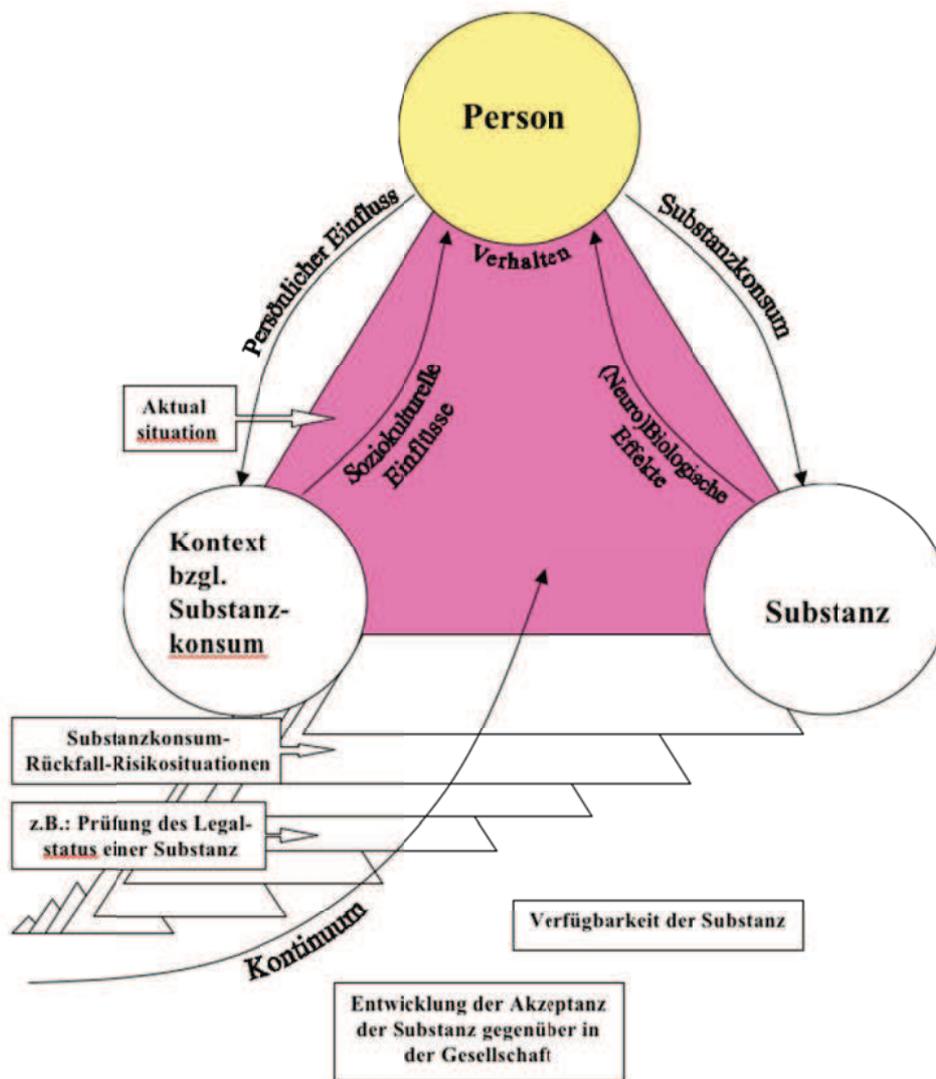


Abbildung 9: Perspektive Kontext – Substanz (Zehnle 2011)

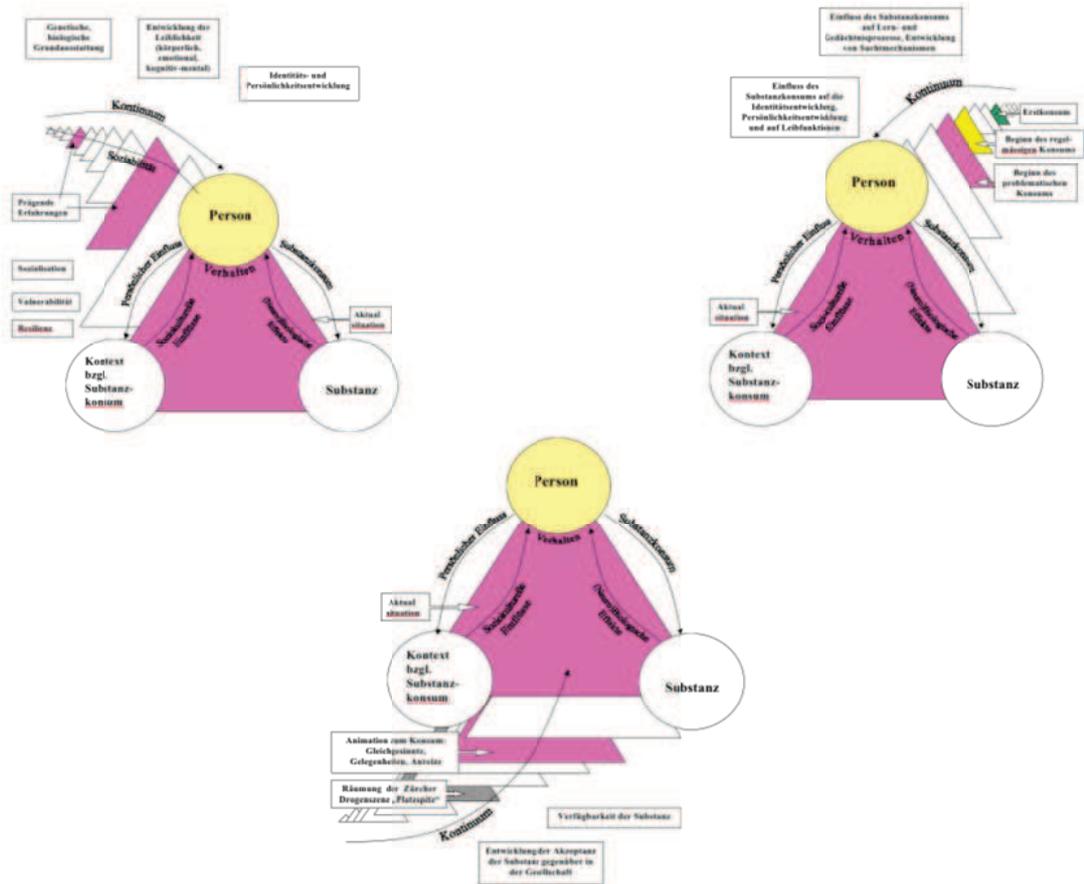


Abbildung 10: Alle Perspektiven auf einen Blick (Zehnle 2011)

5.2 Methodologische Überlegungen zur Anwendung

In der Arbeit mit Menschen mit Substanzproblemen kann das Integrative Modell der Suchtdynamik im Dialog (in der Gruppe im Polylog, mit Paaren im Trialog...) als konkrete Technik mit unterschiedlichen Medien (Paper, Whiteboard, Flip-Chart, Leinwand...) angewandt werden.

Im Sinne des ersten Weges der Heilung (*Petzold* 1988) findet durch Erkenntnisvermittlung und die interaktive Hinführung zum Erkenntnisgewinn Bewusstseinsarbeit statt, die es den Betroffenen ermöglicht, ihre Problematik zu durch-, zu überschauen, damit zu einer Problem-Einsicht zu kommen, die im Sinne der agogischen Spirale (*Petzold* 1993) über Prozessstufen des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens und (Sich selber –) Erklärens Erkenntnisse fördert, Sinn stiftet und die Sinnerfassungskapazität in der Exzentrizität zu sich selbst und zur eigenen Problematik erweitert.

Orth und Petzold beschreiben eindrücklich, wie Suchtkrankheit mit Entfremdungs- und Verdinglichungsprozessen zusammenhängt (der Suchtmensch als „pleasure machine“) und zu Störungen der „Selbstanschauung“ führen. »Hier wird Theorie als „Selbstaufklärung“, als ein neues Anschauen der „Lebenslage“, der „Weltverhältnisse“, der eigenen Wirksamkeit (...), der eigenen Wirkungsmöglichkeiten und des eigenen *Willens und Wollens* (...) von zentraler Bedeutung, denn ohne eine „neue *theoria*“, eine neue Betrachtung des eigenen Lebens, kann es zu keinem Entschluss kommen, ein *anderes Leben zu wollen* und fruchten therapeutische Bemühungen nicht, die mühevoll, durch Therapie unterstützte *Willensarbeit* zu leisten, die notwendig ist, um die neuronalen Bahnungen, dysregulierte Funktionen von Neurotransmittern und Neuromodulatoren, fehlgesteuerte Genregulationen (...) umzustellen, etwa durch *therapeutisches* Laufen und andere Formen therapeutischen Ausdauersports, die – wie unsere Forschungen zeigen (...) – hier wichtige Beiträge leisten können. Die neurobiologischen Grundlagen der Drogenphysiologie, ggf. einer vorhandenen „traumatic stress physiology“ (...), werden den PatientInnen als „Theorie“ vermittelt, aber nicht einer Theorie, die von der eigenen Leiblichkeit, vom eigenen Leiden, von der eigene Leibzerstörung abstrahiert, sondern die als erlebtes, erspürtes Denken zu einer *neuen Anschauung* zu einem „neuen Denken seiner selbst“ beitragen will. Gelingt es, sich in dieser Weise *neu zu denken*, die Menschen, den Welt- und Lebensbezug neu zu denken in „*sinnlicher Reflexivität*“ bzw. „*Ko-reflexivität*“, und kommt es damit zu neuem Wollen und Handeln, dann kommen die erforderlichen Veränderungen somatischer, emotionaler, volitionaler, kognitiver Muster durch *eine übende Praxis* auf den Weg eines Lebens, das auf vielfältigen Ebenen in „neue Bahnen“ kommen muss (...)« (*Orth, Petzold* 2004, S. 304f).²⁰

„Der Ko-responzenzprozess führt zu Sinn durch Analyse und zur Veränderung von Situationen, indem die an einer Situation beteiligten Personen ihre Lage reflektieren, d.h. in einen Prozess der Differenzierung Komplexität freisetzen, die strukturiert und prägnant gemacht werden kann“ (*Petzold* 1993, S. 1296).

Die unterschiedlichen Blickwinkel des Integrativen Modells der Suchtdynamik öffnen neue Sichtweisen, neue Perspektiven, fördern die Mehrperspektivität auf das komplexe Interaktionssystem von Substanzproblemen, und fördert damit, wie bereits erwähnt, auch die Erweiterung der Sinnerfassungskapazität. Andere, weitere Sichtweisen tragen nicht nur zum Erkenntnisgewinn bei. Sie wirken entlastend, lösend, erleichternd durch die Distanznahme zu den bis anhin eingenommenen malignen kognitiv-mental und emotionalen Skripts, die genauso wie die einverlebten Suchtschemata in neuronalen Strukturen eingespart sind und im

²⁰ Dieses Zitat soll absichtlich in ungekürzter Form wiedergegeben werden, da damit das zentrale Anliegen der Vermittlung des Integrativen Modells der Suchtdynamik in komprimierter Form zum Ausdruck kommt.

Sinne der Tendenz zur Reinszenierung negative Selbstbewertungen zu bestätigen trachten. In diesem Sinne bietet sich das Integrative Modell der Suchtdynamik als eine Technik der inneren Distanzierung an.

Innerhalb des Ko-respondenzprozesses (Petzold 1993) zwischen KlientIn und TherapeutIn kann die Arbeit mit dem Integrativen Modell der Suchtdynamik als Technik mit unterschiedlichen Interventionsstrategien Verwendung finden:

Entwicklung findet statt, wenn KlientInnen Theorien über sich selbst, Selbstbilder, Selbstkonzepte erarbeiten, überarbeiten, hinterfragen und erweitern.

Entwicklung findet statt, wenn TherapeutInnen innerhalb der Exploration und Prozessdiagnose wichtige Informationen erhalten und sich ein *Bild* machen können oder, soll die Lebensgeschichte und die Suchtkarriere im Kontinuum berücksichtigt werden, sich *Bilder* machen können, den Weg der Betroffenen nachvollziehen können, was, im Sinne des partiellen Engagements, Resonanz auslöst, zu einer Atmosphäre des Verstandenwerdens, des Aufgehobenseins auf der Seite der KlientInnen beiträgt.

Entwicklung findet statt, wenn durch die Entmythologisierung bis anhin irrationaler Wirkungen des Substanzkonsums Klarheit geschaffen wird, wenn erkannt wird, wie die in tiefen neuronalen Strukturen eingebahnten Suchtskripts wie „von alleine“ wachgerufen werden und zu automatisierten Handlungen führen können.

Bewältigung findet statt, wenn KlientInnen Entlastung erleben können, indem sie sich selbst, zumindest ein Stück weit, von Schuld frei sprechen können, sich für die Entstehung und oft langjährige Aufrechterhaltung der Suchtproblematik nicht ausschliesslich selbst die Schuld geben müssen.

Bewältigung findet statt, wenn Suchtmechanismen identifiziert, Konsumrückfall-Risikosituationen konkretisiert und Problemlösungsstrategien erarbeitet und verankert werden können – klassische suchtttherapeutische Arbeit (s. 5.1.2, Blickwinkel II). Das Ausprobieren und Einüben neuer Verhaltensstrategien, die konstruktive Alternativen zu eingefahrenen Suchtverhaltensweisen darstellen, muss auch neurobiologisch neu eingespielt werden. Es kommt zur Neuspurung.

Bewältigung findet statt, wenn maligne oder pathogene Erfahrungen der Biographie gemäss der therapeutischen Spirale (Petzold, Integrative Therapie, 1993,) erinnert, wiederholt, durchgearbeitet und verändert werden können (s. 5.1.1, Blickwinkel I) – integrative psychotherapeutische Arbeit.

Im therapeutischen Setting können aus dieser Perspektive der Ko-respondenz zwischen Person und Kontext (Blickwinkel I) durch die Beleuchtung entsprechender Zeitfenster prägende Erfahrungen konkretisiert werden (s. Anhang 1). Das Integrative Modell der Suchtdynamik bietet an dieser Stelle eine brauchbare Vorlage für eine biographische Anamneseerhebung. Wichtige Erfahrungen der Lebensgeschichte können aufgespürt und festgehalten werden. Einzelne Triaden (Zeitfenster) können entsprechend eingefärbt, markiert und/oder beschriftet werden.

Angeregt durch die Aktualisierung bedeutsamer Szenen, Situationen oder Episoden können in der Folge kreative Medien wie beispielsweise die Panoramatechniken eingesetzt werden, um kreativtherapeutisch eine vertiefte Verarbeitung anzuregen und zu begleiten (Petzold, Orth Die neuen Kreativitätstherapien, 1990). Potenziale wie Spontanität und Kreativität können durch pathogene Einflüsse wie Überlastungen oder Traumatisierungen derart unterdrückt oder beschädigt worden sein, dass Drogenkonsum die Imagination als kreative Wirklichkeitsgestaltung in Form eines chemischen Traums ersetzt. Die schöpferische Kraft wird durch die Sucht gestört oder gar zerstört (Orth, Petzold 2004). Umso wichtiger ist hier die (Wieder-) Anregung schöpferischer Impulse und kreativen Ausdrucks. Wie bei allen Formen des Neu- oder Umlernens braucht es auch hier einen „langen Atem“, um der neuronalen Neuspurung dieser Erfahrungen eine Chance zur Konsolidierung zu geben.

Selbstverständlich können die durch die Auseinandersetzung mit dem Integrativen Modell der Suchtdynamik ausgelösten Impulse durch das gesamte, zur Verfügung stehende Methodenrepertoire aufgenommen werden. Gestalttherapeutische Methoden, Imaginationstechniken, leib- und bewegungstherapeutische Elemente usw. können zur Vertiefung und Weiterführung angestossener Prozesse mit der Anwendung des vorliegenden Integrativen Modells der Suchtdynamik verbunden werden.

Aus der Perspektive des zweiten Blickwinkels (s. 5.1.2) können schrittweise nach und nach entsprechende Zeitfenster beleuchtet werden, die im Zusammenhang zu Erfahrungen mit der Substanz oder den Substanzen stehen (s. Anhang 2). So können relevante Erfahrungen im Kontakt mit Substanzen vor Beginn des eigenen Substanzkonsums, der Erstkonsum der Substanz sowie der Beginn des regelmässigen Konsumverhaltens durch die Markierung von Zeittriaten im Modell verdeutlicht werden. Die dem Konsum vorausgehenden oder begleitenden Erfahrungen und Lebensumstände können exploriert, Konsummotive können aufgedeckt werden.

Die Regelmässigkeit ist mit der Gewohnheit verwandt. Neurobiologische und psychologische Hintergründe von Lernprozessen können an dieser Stelle erörtert werden.

In der Folge kann ein weiteres wesentliches Zeitfenster beleuchtet werden: Der Beginn des problematischen Konsumverhaltens. In diesem Zusammenhang ist die Vermittlung des Verständnisses der Entstehung und Wirkungsweise von Suchtmechanismen von grosser Bedeutung (s. Kap. 4.5).

Durch die Veranschaulichung des Zusammenhangs zwischen der Entstehung des problematischen Konsums und der Aktuelsituation kann Betroffenen ein umfassendes Verständnis ihrer Suchtproblematik vermittelt werden. Die Erläuterung der neurobiologischen Wirkmechanismen des jeweiligen Substanzkonsums ist von wesentlicher Bedeutung, um bis anhin irrationale Phänomene des Kontrollverlustes und weitere Konsequenzen auf Erlebnis- und Verhaltensebene verständlich machen zu können. Risiken und schädliche Folgen des Substanzkonsums sollten verdeutlicht werden, ohne dabei eine moralisierende Position einzunehmen.

Das Integrative Modell der Suchtdynamik bietet aus diesem Blickwinkel eine nützliche Vorlage für eine Suchtanamneseerhebung (*Osten in: Petzold et al, 2004*).

Durch die Beleuchtung einzelner Zeitfenster des dritten Blickwinkels können gesellschaftliche Ereignisse oder Entwicklungen aufgezeigt werden, die auf die Verfügbarkeit oder das Image von Substanzen Einfluss haben und somit das Konsumverhalten ganzer Konsum-Peers mitbestimmen (s. Anhang 3). So kann durch die Markierung einer entsprechenden Zeittriade beispielsweise die 1991 Aufsehen erregende gewaltsame Schliessung der Zürcher Drogenszene mit dem Namen „Platzspitz“, dem Ort nach benannt, an dem die zwei Flüsse Limmat und Sihl in Zürich zusammen fliessen, verdeutlicht werden.

In weiteren Zeitfenstern können oben genannte Konsumrückfall-Risikosituationen beleuchtet werden, in denen das „Risiko“ besteht, durch, den Suchtmechanismen entsprechende, Stimuli wie Konsum-Bekannte, situative oder atmosphärische Anreize zum (Wieder-) Konsum animiert zu werden.

In der Erarbeitung eines Coping-Repertoires im Umgang mit Konsumrückfall-Risikosituationen ist der 3. Weg der Heilung (*Petzold 1988*) von grosser Bedeutung. Die Erlebnisaktivierung kann im therapeutischen Setting angestossen werden. Um allerdings eine neuronale Neuspurung zu bewirken, muss der Alltag der Betroffenen übungsorientiert einbezogen werden. Die Freizeitgestaltung sollte gut ausgeleuchtet werden, um einen zwischen An- und Entspannung ausgewogenen Lebensstil einzuspielen. Wird die innere „Rückfalldynamik“ durch entsprechend gekoppelte Stimuli angeregt, braucht es die Bewältigungskompetenz für aufkeimende innere Konflikte. Um das oft kurzweilige An- und

Abfluten entsprechend beteiligter Neurotransmittersysteme zu überbrücken, sollten „Notfallpläne“ und Ablenkungsmanöver zur Verfügung stehen.

Auch aus dieser Perspektive heraus ist es von grosser Bedeutung, den Zusammenhang zwischen entwicklungsgeschichtlich relevanter soziokultureller, gesellschaftlicher, politischer Ereignisse und der Aktuelsituation der Betroffenen herzustellen.

Unabhängig vom Blickwinkel ist es wichtig, die Tiefe des Informationsgehalts den Möglichkeiten und Bedürfnissen der Betroffenen anzupassen. Nur bei einer guten *Passung* in der Ko-respondenz zwischen TherapeutIn und KlientIn kann der therapeutische Weg im gleichen Schrittempo und von einer Weglänge gegangen werden, die Betroffene an einen anderen Stand-Ort versetzen, ohne dass sie sich zwischendurch davon schleichen, und sich allenfalls zurück im vertrauten „Sumpf“ suhlen. Wenn es gelingt, das Interesse und die Neugierde der Betroffenen zu wecken, ihren eigenen Explorationsdrang wach zu rufen, dann öffnen sich eben erläuterte neue Perspektiven, dann können neue Standorte (sich selbst und den Substanzen gegenüber) eingenommen werden. Aus dieser Horizonterweiterung resultieren im günstigen Fall klare, gute Entscheidungen, die eine Abkehr von selbstschädigendem Verhalten und damit konstruktive Perspektiven mit sich bringen. An dieser Stelle findet ein wichtiger Beitrag zur Motivationsarbeit statt. Volitionale Aspekte, die für Entscheidungen und für die Verhaltenssteuerung von wichtiger Bedeutung sind, werden hier berührt und in eine positive Richtung angeregt.

Neben der Klinischen Therapie kann das Integrative Modell der Suchtdynamik auch in den zwei anderen Basisorientierungen des Integrativen Ansatzes Anwendung finden.

Innerhalb der Soziotherapie wird vor allem der 3. Blickwinkel unserer Modelbetrachtung wichtig. Psychosoziale Belastungen, die im Zusammenhang mit Konsumrückfall-Risikosituationen stehen, können durch die Veränderung der Umstände, also der sozialen Realität gemindert oder gar gänzlich beseitigt werden.

Die Agogik nimmt auch im suchttherapeutischen Arbeitsfeld einen wichtigen Raum ein. In psychoedukativen Gruppenangeboten kann das innovative Suchtverständnis sehr gut vermittelt werden. Mit Beamer und Leinwand bieten sich technische Möglichkeiten, die den Aufbau des Modells spielerisch erscheinen lassen und zur Vertiefung einzelner Wissensinhalte anregen.

Die agogische Ausrichtung liesse sich schliesslich auch von der direkten KlientInnen-Arbeit ablösen. In erwachsenbildnerischen Angeboten, in Ausbildungsmodulen für angehende oder bereits gewordene (Sucht-) Fachleute, in Seminaren für Berufsgruppen, die mit Betroffenen zu tun haben, kann das Integrative Modell der Suchtdynamik als Lehrmittel benutzt werden.

6 Ausblick und Schlussfolgerungen

Diese Graduierungsarbeit lässt sich mit den Grundprinzipien praxeologischen Arbeitens in der Integrativen Suchttherapie in Einklang bringen (*Orth und Petzold* 2004):

Die „mental durchdrungene, komplex betrachtete und erfasste Wirklichkeit“ einer Suchtdynamik bietet die theoretische Grundlage einer diskursiven Auseinandersetzung und „wird selbst zur Intervention“. In der Praxis ko-reflektierend und ko-respondierend weiterentwickelt wird Integrative Therapie auch hier zu „angewandter Theorie“. Integrative Therapie wird im vorliegenden Zusammenhang zur „Kreativen Therapie“, indem Folien des Integrativen Modells der Suchtdynamik selbst zum kreativen Ausdruck anregen, indem sie aber auch als Impulse zur Weiterführung initiiierter Prozesse mit anderen kreativen Medien dienen sollen. Unter Wahrung ethischer Richtlinien soll dieses Integrative Modell der Suchtdynamik auf der Basis der Reflexion, Ko-reflexion, Metareflexion zur ko-respondierenden Weiterentwicklung der Integrativen Therapie beitragen. Durch die Veranschaulichung komplexen Lernens unter Berücksichtigung kognitiver, emotionaler, volitionaler und handlungsleitender Aspekte ist dieses Modell im Sinne der Integrativen Therapie differentiell und integrierend.

Wir hoffen, mit diesem Integrativen Modell der Suchtdynamik einen Beitrag zu leisten, die Komplexität einer Suchtproblematik differenzieren und damit wahrnehmbar, fassbar, verstehbar und erklärbar machen zu können.

7 Zusammenfassung: Das Integrative Modell der Suchtdynamik: Darstellung und Anwendung in der ambulanten Praxis

Mit Hilfe des Integrativen Modells der Suchtdynamik wird ein innovatives Suchtverständnis vermittelt, welches sich in die Integrative Theorie und damit auch in die Integrative Therapie gut einbetten lässt. Auf der Grundlage des triadischen Bedingungsgefüges nach Feuerlein werden die drei Dimensionen der *Person*, des *Kontextes* und der *Substanz* um relevante biologische, psychologische, volitionale, soziale und ökologische Aspekte im Sinne des ganzheitlichen Menschenbildes der Integrativen Therapie erweitert und um die longitudinale Perspektive (Kontinuum) ergänzt. Ko-respondenzprozesse zwischen TherapeutIn und KlientIn bilden die Grundlage der Betrachtung und Auseinandersetzung mit den verschiedenen Systemdimensionen des Modells. Die Interaktionen dieser Systemdimensionen und ihrer Aspekte werden auf unterschiedlichen Differenzierungsebenen mehrperspektivisch beleuchtet. Es wird aufgezeigt, wie dieses Modell in der Integrativen Therapie und Beratung mit suchtkranken Menschen hilfreich und sinnvoll eingesetzt werden kann. Entsprechend der Passung in der therapeutischen Beziehung werden die erörterten Dimensionen und deren relevante Aspekte auf einer angemessenen Wissensebene vermittelt und stellen gleichzeitig Ausgangspunkte für eine vertiefte psychotherapeutische Zusammenarbeit dar.

Schlüsselwörter: Integratives Modell der Suchtdynamik, Kontinuum, Mehrperspektivität, Umwelt, Ko-respondenz, Komplexes Lernen, Suchtentwicklung, Neurobiologische Substanzwirkungen

Summary: The integrative model of dynamics of addiction: depiction and application in the out-patient practice.

The integrative model of dynamics of addiction mediates an innovative understanding of addiction in the therapeutic practice. Under a longitudinal perspective (continuum) relevant biological, psychological, volitional, social and ecological aspects are added to the original triadic model of Feuerlein, according to the holistic understanding of anthropology in the integrative therapy. The process of co-respondency between therapist and client is fundamental for understanding individual dynamics of addiction. The multi-perspective approach allows a higher differentiation of different levels according to facilities and needs in the specific therapeutic situation, which offers a basis for an advanced psychotherapeutic process.

Keywords: Integrative Model of Dynamics of Addiction, Continuum, Multi-Perspectivity, Environment, Co-respondency, Complex Learning, Neurobiology of Addiction

8 Literaturverzeichnis

- Bauer, Joachim* (2005): Das Gedächtnis des Körpers. München: Piper.
- Berthel, Toni* (2006): Das Würfelmodell der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen. Abhängigkeiten 3/06. Lausanne: ISPA Press.
- Bronfenbrenner, Ulrich* (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung; Stuttgart: Klett.
- Brühlmann-Jecklin, Erika und Petzold, Hilarion G.* (2005). Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Supervision: Theorie – Praxis – Forschung, 5/2005. Bei: www.fpi-publikationen.de/supervision.
- Bundesamt für Gesundheit* (2010). Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz. Bei www.herausforderungen.ch.
- Bundesamt für Statistik (BfS)* (2008). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Bei: www.gesundheitsfoerderung.ch.
- Dampz, M., Falcato, L., Beck, T.* (2010). Alkoholkonsum von opioidabhängigen Patienten in substitions-gestützter Behandlung - ein unterschätztes Problem? In: Evaluation und Forschung Info 1/10. ARUD Zürich.
- Eccles, J. C.* (1989). Die Evolution des Gehirns – die Erschaffung des Selbst. München: Piper.
- Egger, Josef* (2007). Theorie der Körper-Seele-Einheit: Das erweiterte biopsychosoziale Krankheitsmodell. In: Integrative Therapie, Vol. 33, Nr. 4. Wien: Krammer.
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF)* (2006): Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. Bern: Huber.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Soyka, M.* (1998). Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung, Folgen, Therapie. Stuttgart/ New York: Thieme.
- Feuerlein, Wilhelm* (1999): Alkoholismus: Warnsignale, Vorbeugung, Therapie. München: Beck.
- Graf, M., Annaheim, B. & Messerli, J.* (2006). Sucht und Männlichkeit: Grundlagen und Empfehlungen. *Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (Hrsg.)* Bei www.sfa-ispa.ch
- Grüsser-Sinopoli, Sabine Miriam & Thalemann, Carolin N.* (2006). Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung. Bern: Huber.
- Hagen, Ruth* (2011). Internationale Alkoholpolitik – die Strategien der WHO und der EU. In: SuchtMagazin 1/2011.
- Hass, W., Petzold, H.G.* (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, Märtens* (1999a) 193-272.
- Heinz, Andreas & Batra, Anil* (2003). Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Herdener, M., Dürsteler-Macfarland, K., Stohler, R.* (2006). Pharmakotherapie bei problematischem Kokainkonsum: neue Behandlungsperspektiven. In: Abhängigkeiten 1, S. 23 – 34.
- Hüther, Gerald* (2010). Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kamber, Dominik* (2009). Experimentelle Freiräume erhalten. In: Sozialaktuell, 1, 27-29.
- Kienast, T., Lindenmeyer, J., Löb, M., Löber, S., Heinz, A.* (2007). Alkoholabhängigkeit. *Batra & Buchkremer* (Hrsg.). Kohlhammer..
- Kienast, T. & Heinz, A.* (2006). Dopamine and the diseased Brain. *Current Drug Targets-CNS and Neurological Disorders* 5, p. 109 – 131.
- Lindenmeyer, Johannes* (2005a). Lieber schlau als blau: Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Basel: Beltz.

- Lindenmeyer, Johannes* (2005b). Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Lüdecke, C., Sachsse, U., Faure, H.* (2010). Sucht - Bindung - Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer.
- Maturana, Humberto & Varela, Francisco* (1984). Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens. Bern, München: Scherz.
- Meili, Daniel* (2007). Vom Zürcher Platzspitz zur Heroinverschreibung – oder: Die progressive Drogenpolitik der Schweiz. *Suchttherapie*, 8, 50-57.
- Nille, U.* (2000). Zur Neurobiologie des Alkoholismus. In: *Abhängigkeiten* 3, S. 27 – 31.
- Orth, Ilse & Petzold, Hilarion G.* (2004). Theoriearbeit, Praxeologie und therapeutische Grundregel. Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer Reflexion in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. - Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 04/2004.
- Osten, Peter* (2004). Integrative Diagnostik bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. In: Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (Hrsg.). *Integrative Suchttherapie*. Wiesbaden: VS.
- Ostermann, Doris* (2003). Salutogenetische Aspekte in der Suchttherapie – Die Bedeutung der Sinnfrage sowie der Reflexion und Neuorientierung der Werte im Genesungsprozess von Suchtkranken. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. - Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 01/2003.
- Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Patel, A.* (2010): Von der Abhängigkeit in die Souveränität. Über Professionalisierung in der Psychotherapie durch reflektierte und dokumentierte Praxis. Polyloge, Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 17/2010.
- Petzold, Hilarion G.* (2010). Beratung als Disziplin und Praxeologie zum Umgang mit subjektiven Theorien und ihren kollektiven Hintergründen in der modernen Wissensgesellschaft. Düsseldorf/Amsterdam. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. - Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 06/2010.
- Petzold, Hilarion G. & Orth, Ilse* (2008a). „Der schiefe Turm fällt nicht, weil ich das will!“-Kunst, Wille, Freiheit Kreativ-therapeutische Instrumente für die Integrative Therapie des Willens: Willenspanorama, Zielkartierung, Ich-Funktions-Diagramme“. Bei www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold.
- Petzold, Hilarion G. & Sieper, Johanna* (2008). Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. - Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 02/2008.
- Petzold, Hilarion G. & Schay P., Hentschel, U.* (2006): Niedrigschwellige Drogenarbeit und „intermittierende“ Karrierebegleitung als Elemente einer protektiven Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In: Petzold, Schay, Ebert (Hrsg.) (2006). *Integrative Suchttherapie*. Wiesbaden: VS.
- Petzold, H. G, Schay, P., Scheiblich, W.* (Hrsg). (2006). *Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation*. Wiesbaden: VS.
- Petzold, H. G., Schay, P., Ebert, W.* (Hrsg). (2006). *Integrative Suchtarbeit. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung*. Wiesbaden: VS.
- Petzold, Hilarion G.* (2003a). *Integrative Therapie, Band I-III*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion G.* (2002a). *Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum*. In: *Integrative Therapie, Band I*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion G.* (2002c). Die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten – eine Sicht Integrativer Therapie und klinischer Philosophie. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2002.
- Petzold Hilarion G.* (2002j). Der „informierte Leib“. „Embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. -

Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 07/2002.

Petzold, Hilarion G. (2001p). Transversale Identität und Identitätsarbeit. Die integrative Persönlichkeitstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/Materialien.htm. - Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 10/2001.

Petzold, H.G. (2000h). Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis für „komplexe Lebenslagen“. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit 01/2002.

Petzold, Hilarion G. (1995). Menschenbilder als bestimmendes Moment von Grundhaltungen und Konzepten in der Drogenhilfe. *Gestalt und Integration* 1; 7–32.

Petzold, Hilarion G. (1993a). Integrative Therapie, Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band I-III. Paderborn: Junfermann.

Petzold Hilarion G. (1991k). Der „TREE OR SCIENCE“ als metahermeneutische Folie für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold H.G. (2003a). Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann.

Petzold, Hilarion G. & Orth, Ilse (1990). Die neuen Kreativitätstheorien. Paderborn: Junfermann.

Petzold, Hilarion, G. (1990e). Integrative Therapie in der Lebensspanne. In: Petzold H.G. (2003a). Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann.

Petzold, Hilarion G. (1990h). Der „tree of science“ als Erklärungs- und Erkenntnismodell für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie. Hückeswagen: EAG.

Petzold, Hilarion G. (1990j): Drogenabhängigkeit als Krankheit, *Gestalt und Integration* 2; 149–159.

Petzold, Hilarion G. (1988n). Integrative Bewegungs- und Leibtherapie Bd, I/1 und Bd. I/2, Paderborn: Junfermann.

Plomin, R. (1999). Gene, Umwelt und Verhalten: Einführung in die Verhaltensgenetik. Göttingen: Huber.

Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach (1999): Einführung in die Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann.

Ramin, Gabriele & Petzold, Hilarion G. (1987). Integrative Therapie mit Kindern. In: Petzold H.G. (2003a). Integrative Therapie. Band I. Paderborn: Junfermann.

Reck, Fritz (2009). Ein ganz kurzer Überblick über Nerven, Gehirn, Drogen, Rausch und Sucht und wie das alles so zusammenhängt,. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. - Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 08/2009.

Robinson, T.E. & Berridge, K.C.: The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res.Rev.* 1993; 18, S. 247 – 291.

Schläpfer, T., Burri, R.: Das Gehirn und die Wirkung von Drogen. In: Abhängigkeiten 3/2000, S. 5 – 20.

Schmidt, Lothar (1986). Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin.

Schmidt, W.J. (2002). Neurobiologische Grundlagen der Sucht. In: Aus Bildung und Wissenschaft, 2002, S. 39 – 43.

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (Hrsg.) (2006). *Graf, M., Annaheim, B. & Messerli, J.* Sucht und Männlichkeit: Grundlagen und Empfehlungen. Bei www.sfa-ispa.ch

Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin, SSAM (2010). Neurowissenschaften und Sucht. Bei: www.ssam.ch.

Schweizerische Hirnliga (2005). Das Gehirn. Newsletter 4.

Seidenberg, André & Honegger, Ueli (1998). Methadon, Heroin und andere Opioide. Bern: Huber.

Sieper, Johanna & Petzold, Hilarion G. (2002). Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002

Spitzer, M.: Nervensachen. 2003. Suhrkamp.

Tagesanzeiger. Schweizerische Tageszeitung vom 12.2.2011.

Theunert, Markus (2011). “Den Hang zum Trunke besiegt man mit Repressivmassnahmen nicht”. In: SuchtMagazin 1/2011.

Tretter, Felix & Müller, Angelica (Hrsg.) (2001). Psychologische Therapie der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Tretter, Felix (1998). Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch – Umwelt – Droge. Göttingen: Hogrefe.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Huber.

Wolf, Julia (2002). Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht. Dissertation. Universität Tübingen.

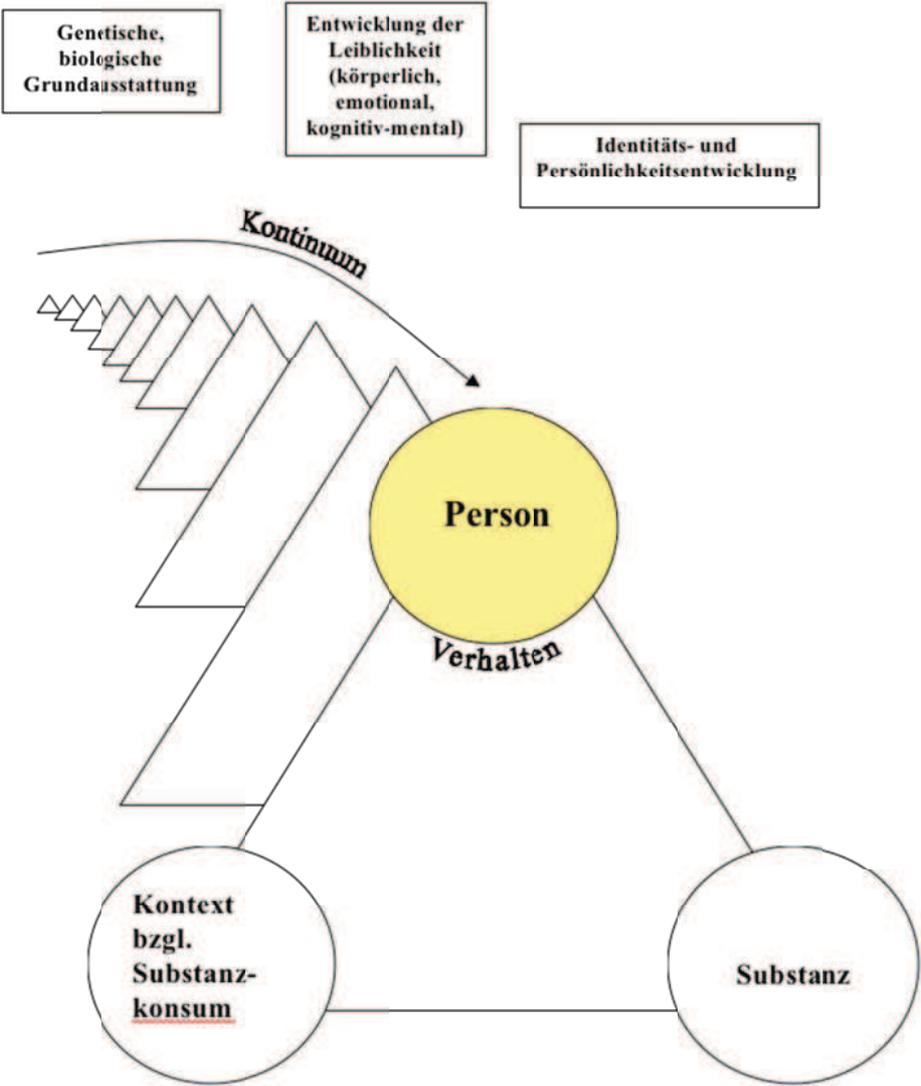
9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Triadisches Bedingungsgefüge nach Feuerlein	14#
Abbildung 2: Triadisches Bedingungsgefüge im Zusammenspiel von Person, Kontext und Substanz	15#
Abbildung 3: Perspektive Person – Kontext: alle Einflussfaktoren im Überblick	40#
Abbildung 4: Perspektive Person – Kontext: Kontinuum	41#
Abbildung 5: Perspektive Person – Kontext: Kontinuum und Sozialisation	42#
Abbildung 6: Perspektive Person – Kontext: Einfluss von Kontinuum und Sozialisation auf die Aktuelsituation	43#
Abbildung 7: Perspektive Person – Kontext: Einfluss der prägenden Erfahrungen auf die Aktuelsituation	44#
Abbildung 8: Perspektive Person - Substanz: Vergleich Entstehung problematischer Konsum und Aktuelsituation	45#
Abbildung 9: Perspektive Kontext - Substanz	46
Abbildung 10: Alle Perspektiven auf einen Blick	48

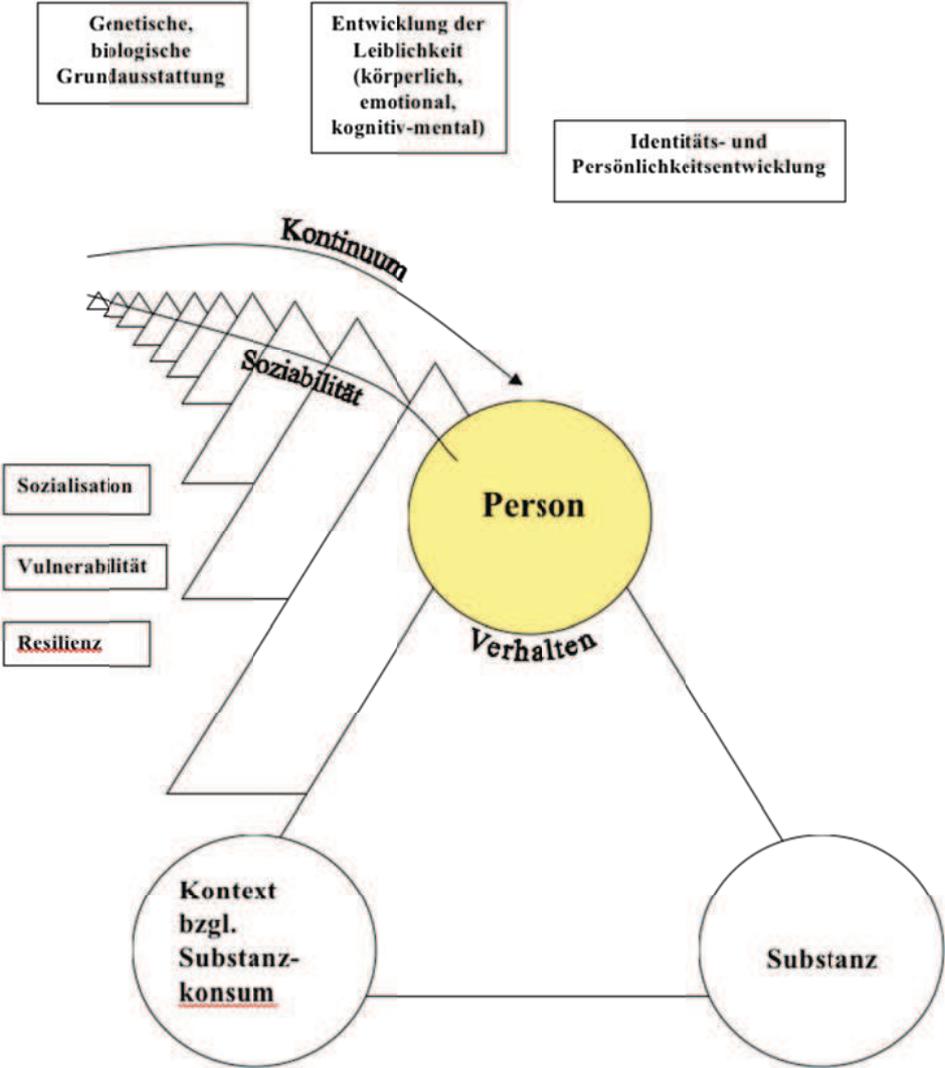
10 Anhang

Es folgt der vollständige Foliensatz zum Integrativen Modell der Suchtdynamik aus den Blickwinkeln I-III. Der schrittweise Aufbau der Grafiken kann in der Praxis verwendet werden, um den Zugang zur Komplexität des Modells zu erleichtern.

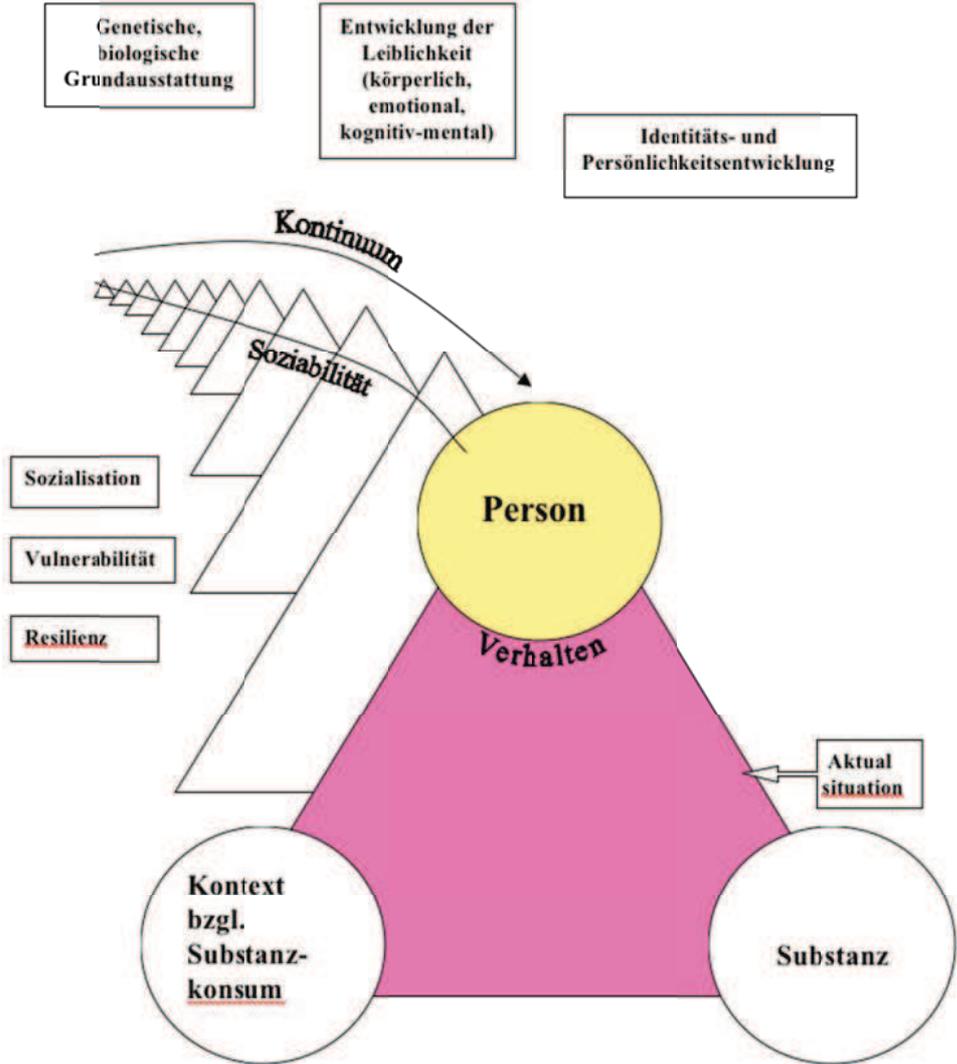
Perspektive Person – Kontext: Kontinuum



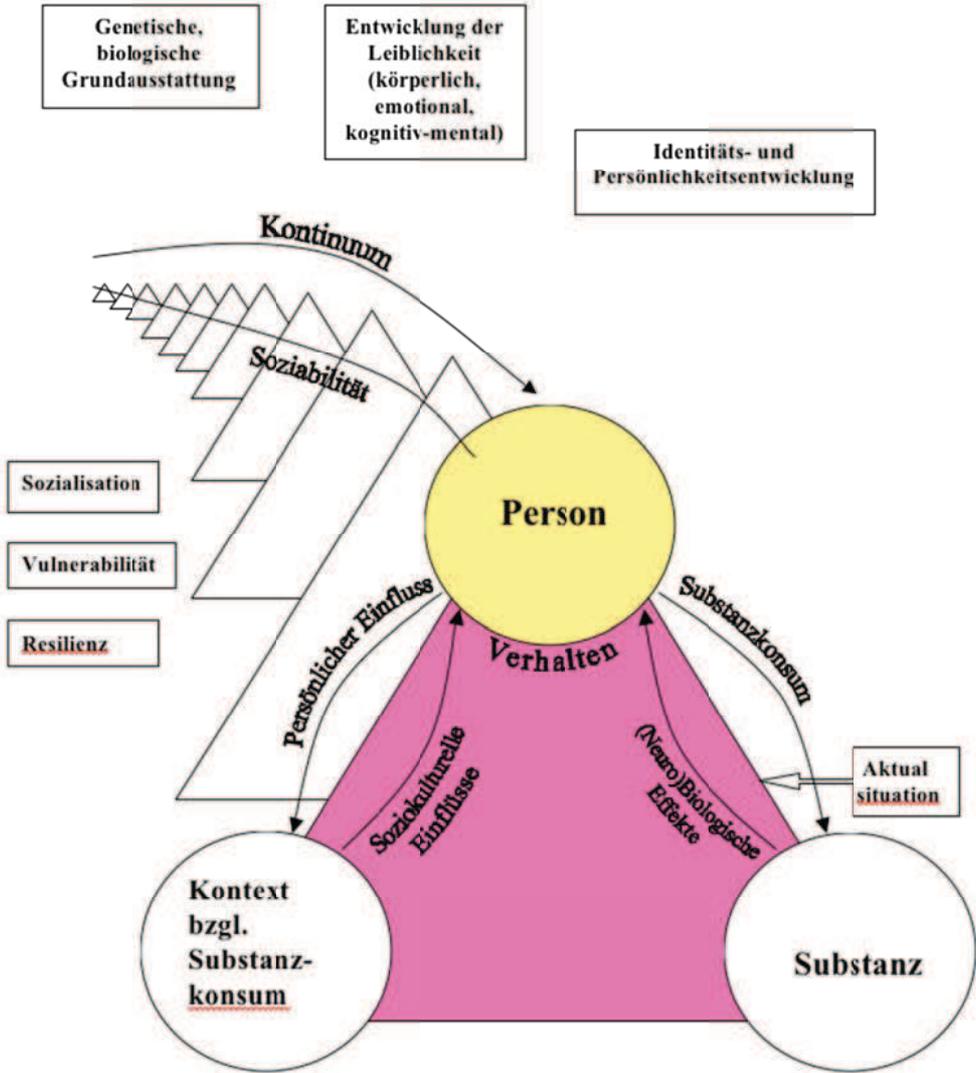
Perspektive Person – Kontext: Kontinuum und Sozialisation



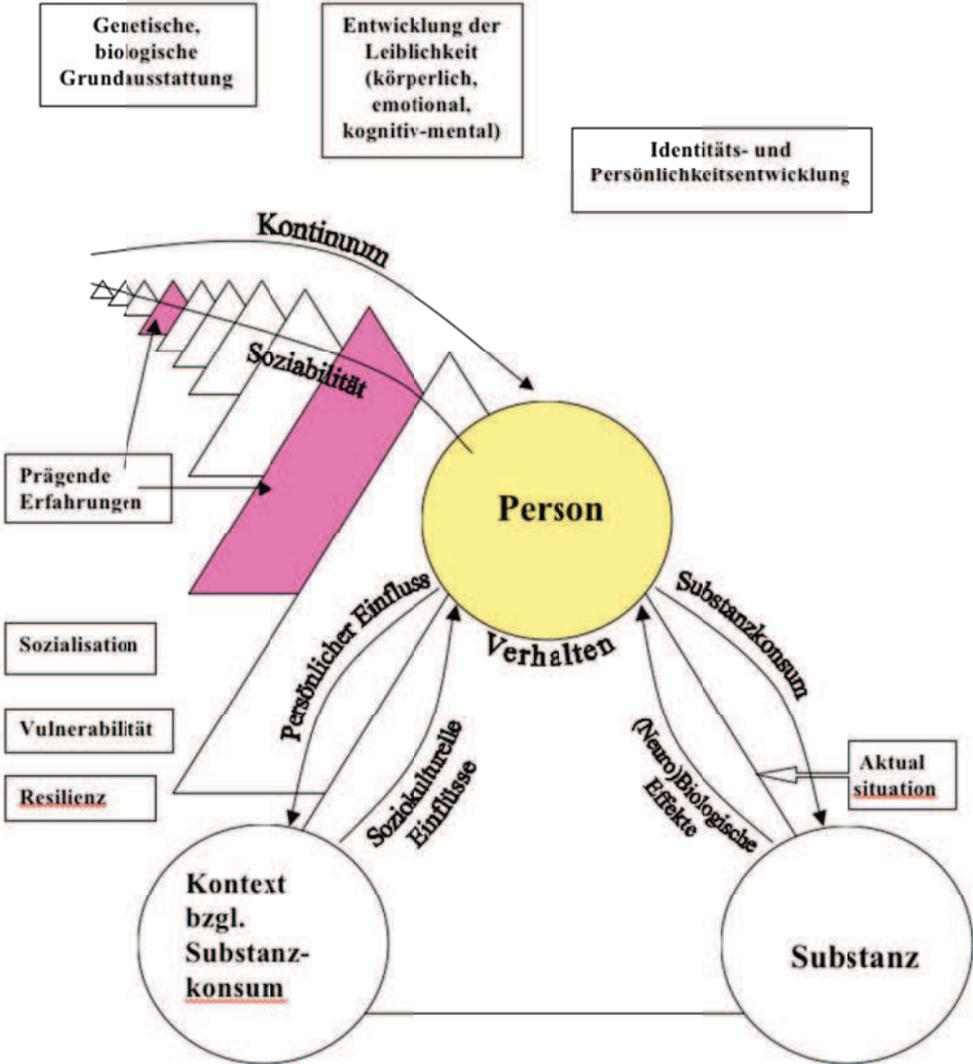
Perspektive Person – Kontext: lebensgeschichtliche Einflüsse auf die Aktuelsituation



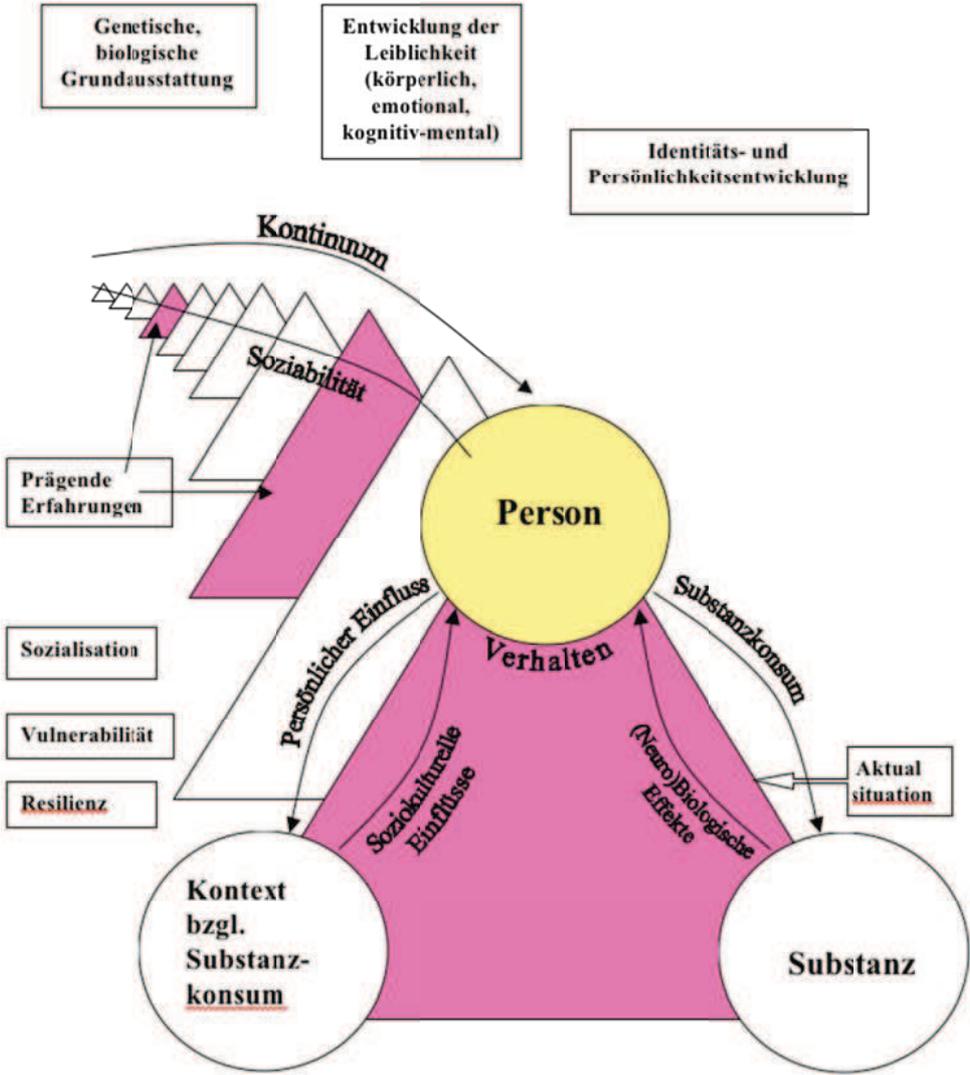
Perspektive Person – Kontext: Überblicksgrafik



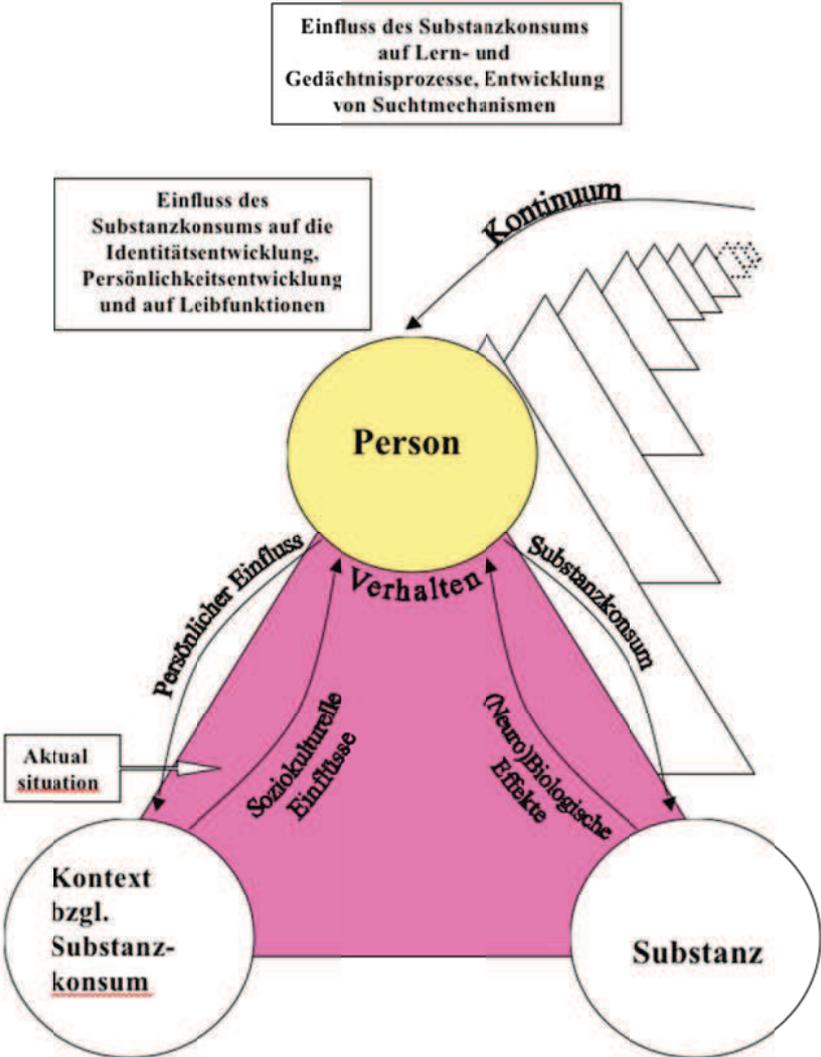
Perspektive Person – Kontext: prägende Erfahrungen



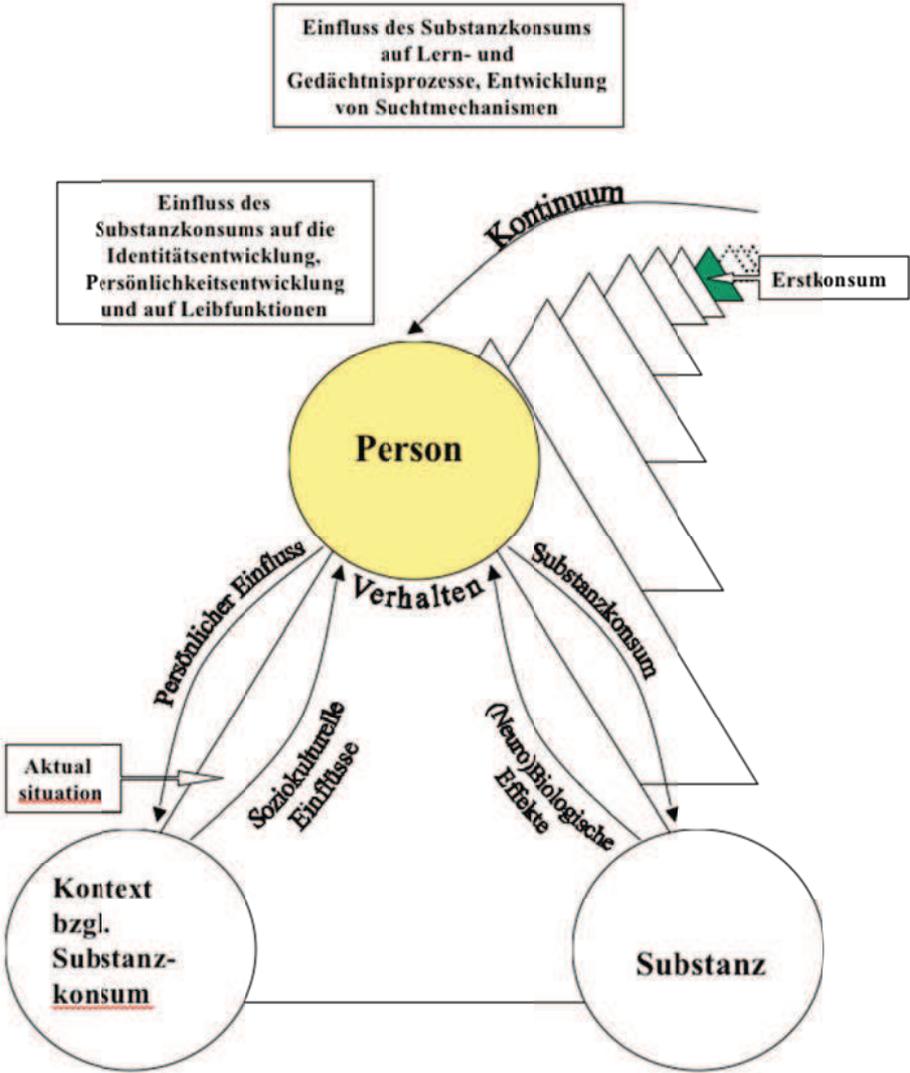
Perspektive Person – Kontext: Einfluss der prägenden Erfahrungen auf die Aktuelsituation



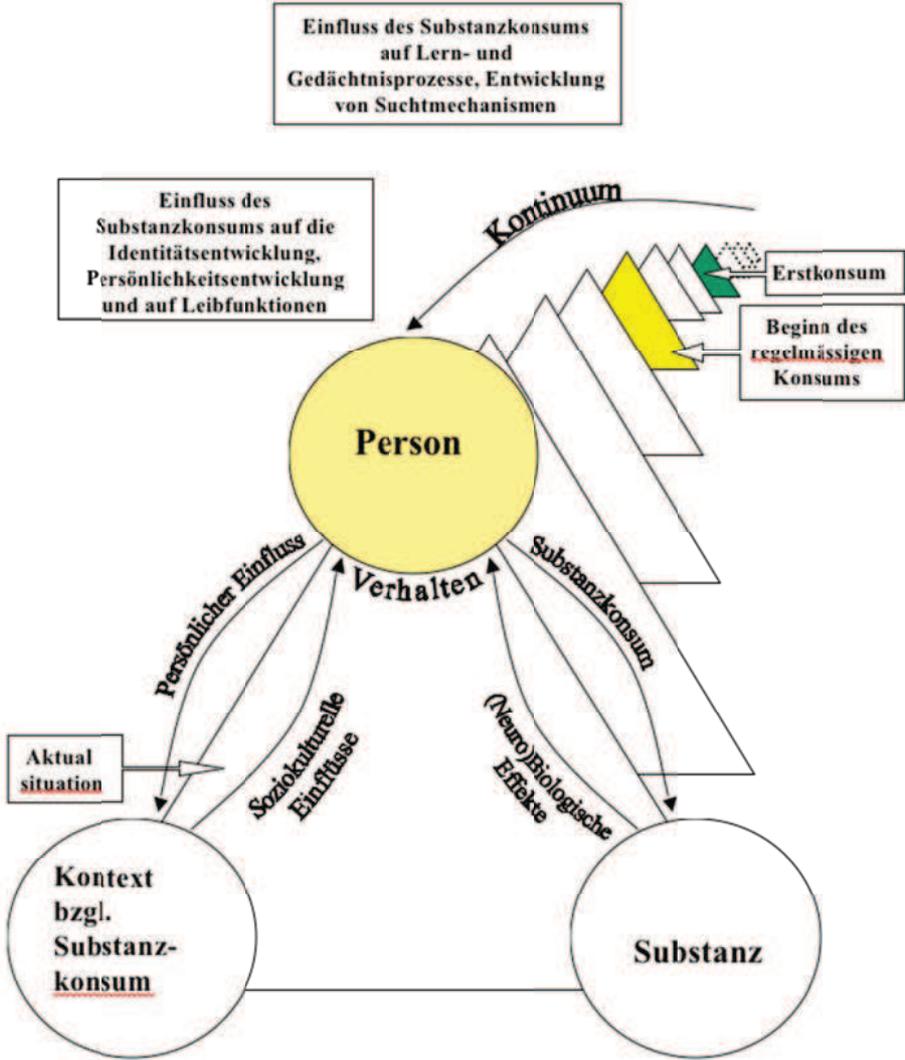
Perspektive Person – Substanz



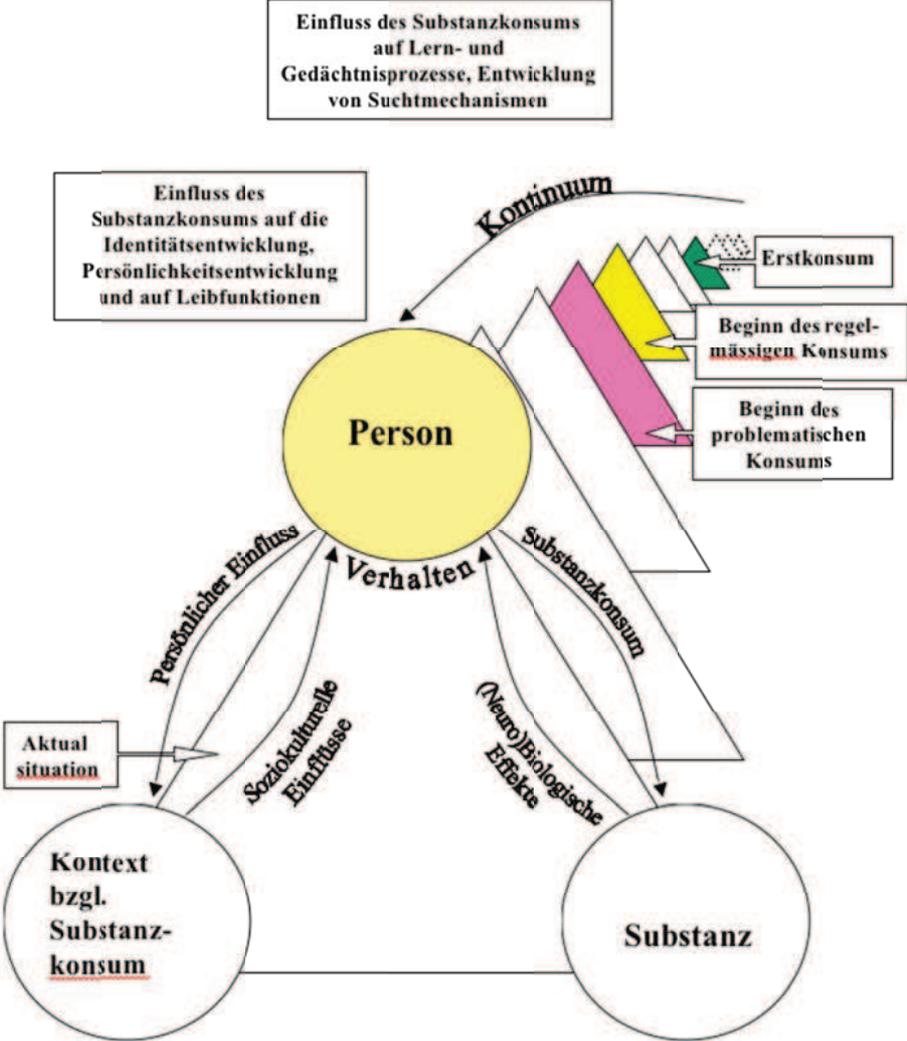
Perspektive Person - Substanz: Erstkonsum



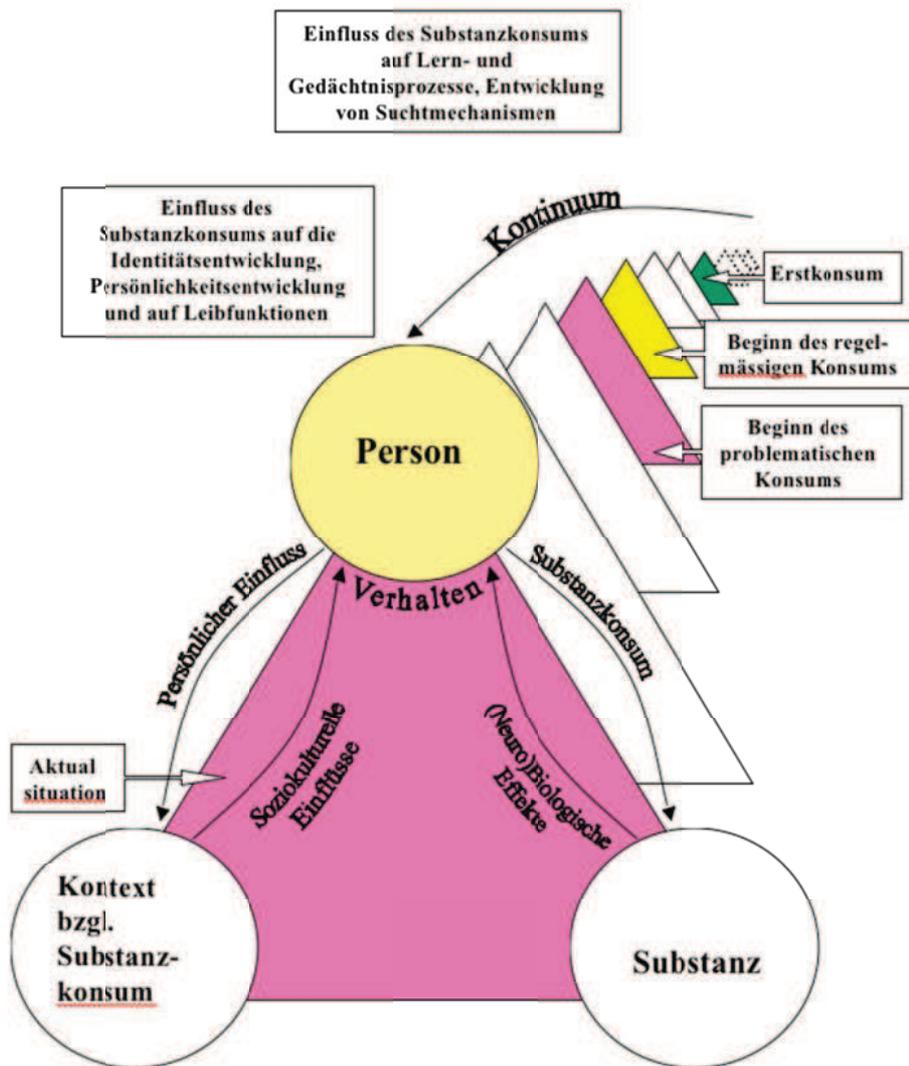
Perspektive Person - Substanz: Beginn regelmässiger Konsum



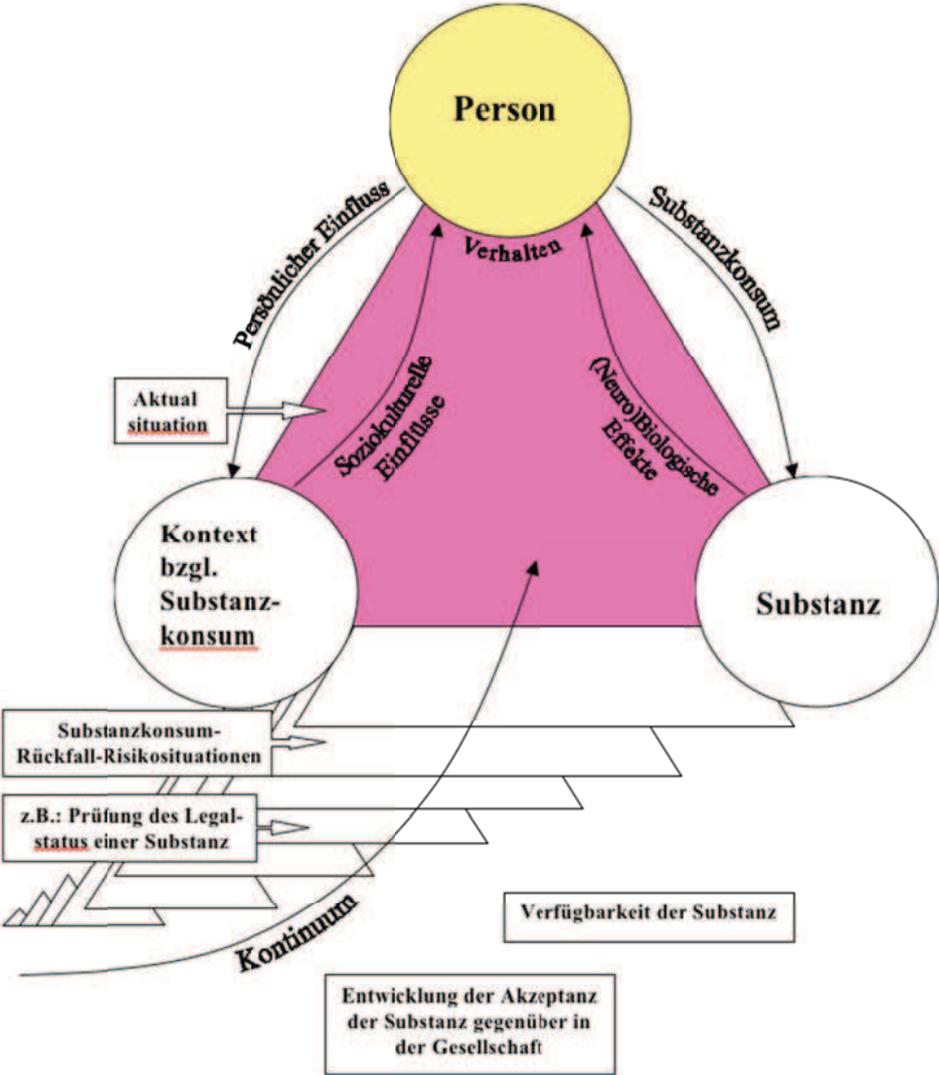
Perspektive Person - Substanz: Beginn problematischer Konsum



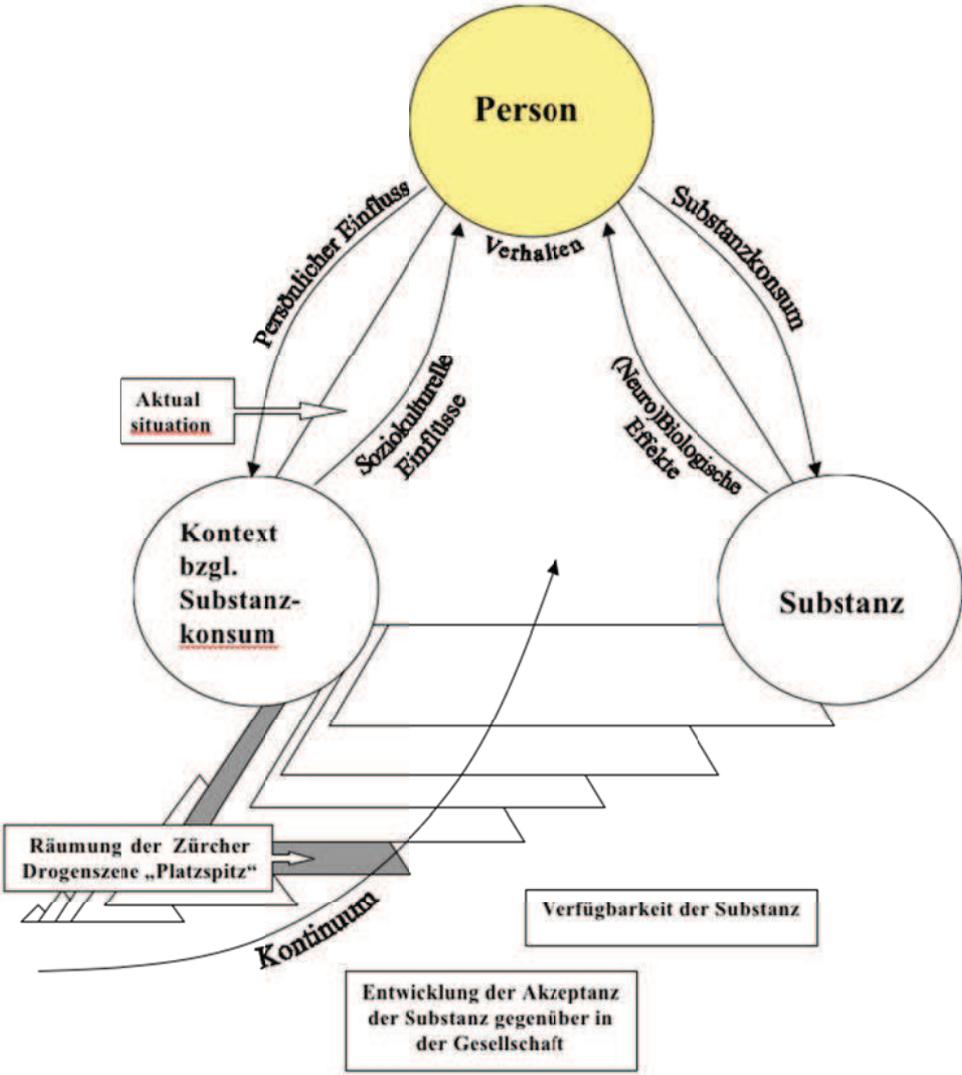
Perspektive Person - Substanz: Zeitpunktevergleich Entstehung problematischer Konsum und Aktuelsituation



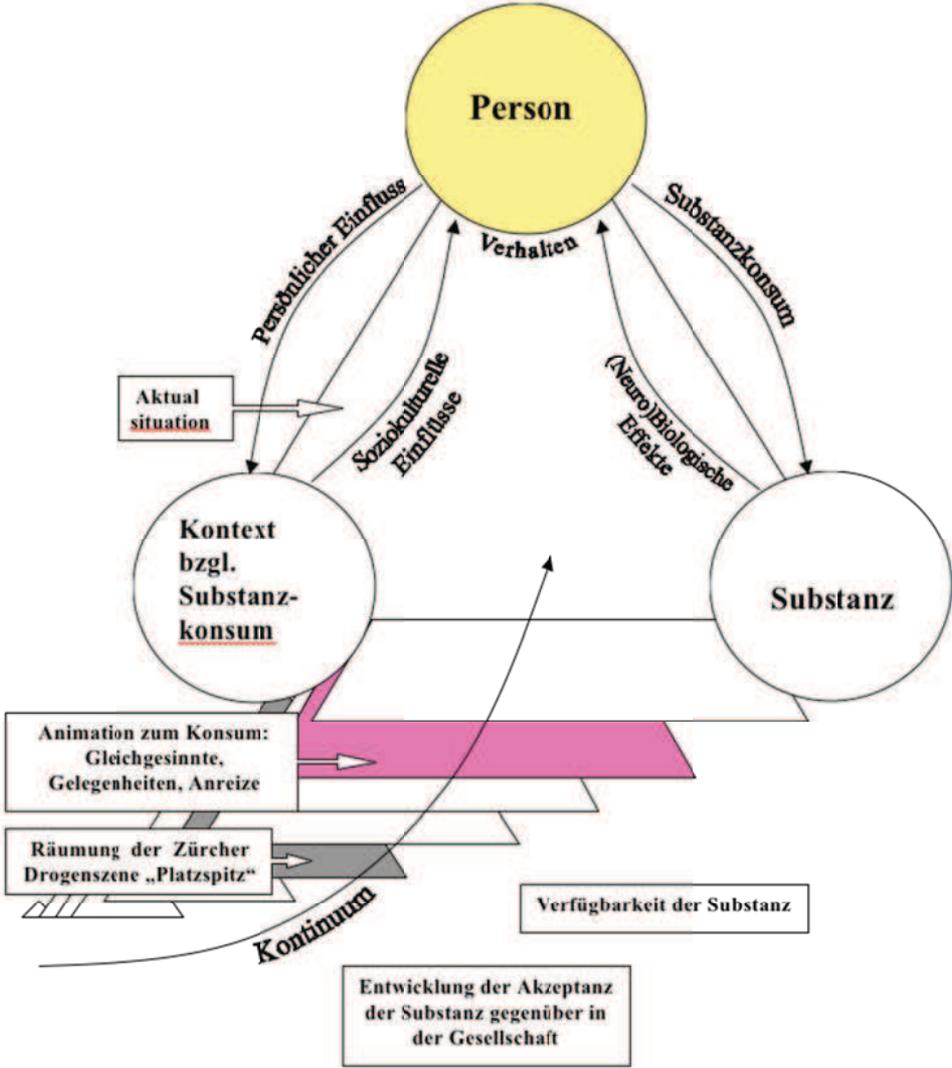
Perspektive Kontext – Substanz: Übersichtsgrafik



Perspektive Kontext und Substanz: Beispiel "Räumung der offenen Zürcher Drogenszene 1991"



Perspektive Kontext - Substanz: Risikosituationen für Konsumrückfälle



Perspektive Kontext - Substanz: Einfluss von soziokulturellen und gesellschaftlichen Entwicklungen auf Aktuelsituation

