

Zusammenfassung

Dieser Aufsatz ist ein kurzer Überblick über die Entwicklung von Meinungen und Ansichten zum Thema Alkohol- und Drogenkonsum, Alkohol- und Drogenabhängigkeit und zur Suchtbehandlung im Laufe des letzten Jahrhunderts. Darüber hinaus wird das derzeitige Behandlungssystem für Opiatabhängige in den Niederlanden vorgestellt sowie dessen ideologischer und praktischer Hintergrund. Schließlich wird überlegt, wie sich Alkohol- und Drogenkonsum sowie die Behandlung von Alkohol- und Drogensucht in der Zukunft gestalten könnten.

Schlüsselwörter

Alkohol und Drogenkonsum · Suchtbehandlung · Behandlungssystem

Abstract

In this essay a brief overview is provided of the developments of our thinking during the last century about alcohol and drug use, alcohol and drug dependence, and about the treatment of addiction. In addition, a brief description is provided of the current treatment system for opiate addicts in The Netherlands and its ideological and practical background. The presentation will be concluded with some thoughts regarding the future of alcohol and drug use and the treatment of alcohol and drug addiction.

Key words

Alcohol and drug use · addiction treatment · treatment system

Alkohol- und Drogenkonsum im 21. Jahrhundert

In den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts wurde zunehmend deutlich, dass Alkohol- und Drogenkonsum (auch Heroin oder Kokain) nicht notwendigerweise zu Missbrauch oder Abhängigkeit führen und dass Cannabis keine Einstiegsdroge zu Kokain- oder Heroinabhängigkeit ist. Zudem ist inzwischen allgemein bekannt, dass viele (illegale) Drogen nur zeitweilig und fast ausschließlich in bestimmten Übergangsphasen im Leben konsumiert werden. Dies gilt eindeutig für Cannabis und Kokain und wahrscheinlich auch für XTC. Zudem fluktuiert der Gebrauch dieser Substanzen im Laufe der Zeit und passt sich den Trends der Jugendkulturen an.

Die Konsummuster der eher traditionellen Drogen wie Tabak und Alkohol (und Kaffee) weichen sehr hiervon ab. Alkohol- und Tabakkonsum war in der westlichen Welt eng mit dem steigenden Lebensstandard nach dem 2. Weltkrieg verbunden; seit den 90er-Jahren sind die Konsummuster stabil. Wer mit dem Konsum dieser Substanzen anfängt, tendiert dazu, weiter zu konsumieren, wobei eine beträchtliche Minderheit die Kontrolle verliert und süchtig wird. Der fortgesetzte Tabakkonsum hängt sicherlich mit seinem hohen Missbrauchspotenzial zusammen. Fortgesetzter Alkoholkonsum dagegen scheint mit der sozialen Rolle zusammenzuhängen, die der Alkohol in modernen westlichen Gesellschaften spielt, sowie mit dem Trinkritual, das für

Widmung

Ein Beitrag zum Symposium zu Ehren von Ambros Uchtenhagen

Institutsangaben

Academic Medical Center University of Amsterdam, Niederlande

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Wim van den Brink MD PhD · Academic Medical Center University of Amsterdam · Amsterdam Institute for Addiction Research · Jacob Obrechtsstraat 92 · 1071 KR Amsterdam · Niederlande · E-mail: w.vandenbrink@amc.uva.nl

Bibliografie

Suchttherapie 2003; 4: 89–92 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

die meisten Konsumenten die Basis für langen kontrollierten Konsum bietet.

Insgesamt ist Drogenkonsum – als bewusster und beabsichtigter Weg, andere Bewusstseinszustände herbeizuführen – ein weitgehend akzeptiertes Element des modernen Lebens mit seinen liberalen Werten und hohem Toleranzniveau. Darüber hinaus spielt der sozial akzeptierte und oft stark ritualisierte Konsum neuer Drogen eine Rolle bei „cocooning events“ und in neuerer Zeit bei Raves und in Discos. Angesichts der gegenwärtigen Entwicklungen in Europa scheint es nicht länger undenkbar, dass sich in den nächsten 30–50 Jahren eine weitere Liberalisierung und wahrscheinlich vollständige Legalisierung mit einem staatlich kontrollierten Markt aller Drogen in der westlichen Welt entwickeln wird.

Alles in allem scheint der Konsum von Alkohol und Drogen mit Verfügbarkeit und Wohlstand zusammenzuhängen, während die Sucht nach Alkohol und Drogen immer noch mit Armut und fehlenden Entfaltungsmöglichkeiten zusammenhängt. Dies trifft sowohl innerhalb der ethnischen Gruppen als auch zwischen den ethnischen Gruppen zu; höhere Suchtraten finden sich in den sozial unteren Klassen und bei ethnischen Minderheiten mit ihren sozialen Benachteiligungen.

Sucht im 21. Jahrhundert

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wurde Suchtverhalten allgemein als Resultat oder Ausdruck moralischer Schwäche und antisozialen Lebenswandels gesehen (*moralisches Modell*): Regelmäßige Trunkenheit galt als Trunksucht und nicht als Alkoholsucht. Folglich wurden Süchtige ins Gefängnis geschickt, um sie von der übrigen Gesellschaft zu trennen oder um sie zu verantwortlichen Bürgern moralisch umzuerziehen. Zudem wurde eine allgemeine Reformbewegung zur Förderung der Moral der sozial unterprivilegierten populär, der sich fortschrittliche Abstinenz-Aktivistinnen und politische Reformen anschlossen. Die industrielle Revolution assoziierte den Alkohol mit verringerter Effizienz und Produktivität und Alkohol schien alle Übel der sich entwickelnden urbanen Szene zu verschlimmern. In dieser Zeit wurde ebenfalls der Konsum von Opiaten und Kokain zunehmend suspekt und mit den gleichen Übeln wie Alkohol assoziiert.

In den ersten zwei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts fand eine Verschiebung der Verantwortlichkeit für Suchtverhalten statt, die allmählich von der unmoralischen Person auf die gefährliche (d. h. suchtauslösende) Substanz übertragen wurde (*pharmakologisches Modell*). Folglich war die einzig „rationale“ Antwort eine starke Abstinenzbewegung mit totaler Alkoholprohibition (einschließlich Opiaten und Kokain): Jeder Einzelne war ein potenzielles Opfer der gefährlichen Substanz und die einzige Lösung schien ein totales Verbot des Übels selbst, nämlich Alkohol und Drogen, zu sein. Folglich wurden mit großer Eile und großer Überzeugung nationale Gesetze gegen Alkohol und internationale Gesetze gegen Rauschgifte verabschiedet. Die meisten totalen Prohibitionsversuche führten jedoch zur Herstellung von häufig gefährlichen (z. B. Methylalkohol) illegalen Produkten von hoher Konzentration (z. B. Spirituosen) und geringer Qualität, zu illega-

len Vertriebskanälen und vermehrter Kriminalität von Herstellern, Verteilern und Kunden. Die positiven Effekte für die nationale Gesundheit wurden zudem oft infrage gestellt. Dieses pharmakologische Suchtmodell scheint in Bezug auf Alkohol völlig veraltet, aber trotzdem berufen sich viele Bürger und Politiker darauf, wenn es um das Suchtpotenzial von Kokain und Heroin geht. Wieder wird totale Prohibition propagiert und wieder findet ein „Drogenkrieg“ statt, wieder mit den gleichen Nutznießern und den gleichen Opfern.

Mit der Blütezeit der Psychoanalyse in den 30er-Jahren wurde das psychodynamische Suchtmodell populär. Nach diesem Modell ist Sucht eine von vielen möglichen Manifestationen oder Symptomen einer zugrunde liegenden Charakterneurose oder Persönlichkeitsstörung (*symptomatisches Modell*). Folglich sollten Süchtige wegen dieser ernsten, implizit chronischen zugrunde liegenden Störung behandelt werden, sei es durch ambulante Psychoanalyse oder durch stationäre Behandlung in einer therapeutischen Gemeinschaft. In einigen westlichen Ländern ist letztere Behandlung immer noch sehr beliebt und bildet den Kern der Alkohol- und Drogenbehandlung.

In den 50er- und frühen 60er-Jahren wurden die Gründe für süchtiges Verhalten allmählich von der Psychologie auf die Biologie des Patienten verlagert. Psychologisch beeinträchtigte Personen waren nicht mehr von vornherein durch Alkohol und Drogen gefährdet, sondern lediglich Personen mit einer inhärenten biologischen Vulnerabilität für Sucht; Süchtige wurden jetzt als physisch unterschiedlich von Nicht-Süchtigen angesehen (*Krankheits- oder medizinisches Modell*). Totale Prohibition war nicht länger erforderlich; nur latent und manifest Süchtige sollten vom Alkohol und allen anderen potenziellen Suchtmitteln ferngehalten werden. Daher war Entgiftung der einzig realistische Behandlungsansatz und totale Abstinenz für den Rest des Lebens das einzig realistische Behandlungsziel.

Mit zunehmender Beliebtheit des Alkoholkonsums in den späten 50er- und frühen 60er-Jahren und der Cannabis-Epidemie in den Sechzigern verlor das medizinische Modell an Popularität und schien weniger plausibel. Das biopsychosoziale Modell der Alkoholabhängigkeit von Gross und Edwards in den späten 60er- und frühen 70er-Jahren kam daher nicht überraschend; es betont den relativen Unterschied oder die Kontinuität von Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit, die quantitativen Unterschiede der persönlichen Vulnerabilität und den Stellenwert von Lernerfahrungen und sozialen Umständen (*biopsychosoziales Modell*). 1976 ergänzte die niederländische Regierung dieses Modell durch das Konzept der quantitativen Unterschiede der Suchtpotenziale der verschiedenen Missbrauchssubstanzen, wobei Cannabis mit seinem angenommenen niedrigen Suchtpotenzial abgegrenzt wurde von anderen Substanzen mit höherem Suchtpotenzial wie Heroin, Kokain und Amphetamine. Mit der legalen Trennung zwischen harten und weichen Drogen verfolgte die niederländische Regierung das Ziel, die Märkte dieser unterschiedlichen Substanzen zu trennen, um so die Konsumenten weicher Drogen vor Kontakten mit der harten Drogenszene und ihrer Kriminalität zu schützen. Dieses Modell war das Leitprinzip der verschiedenen niederländischen Regierungen und scheint als Modell und Strategie in immer mehr europäischen Ländern akzeptiert zu werden. Dieses Multifaktoren-Kausalitätsmodell

ist mit fast allen Behandlungsansätzen vereinbar. Mehrere Behandlungsmodelle und Strategien wurden entwickelt mit Schwerpunkt auf die jeweiligen Elemente, die das Suchtverhalten einer Person auszulösen oder für Veränderungen am zugänglichsten schienen.

In den 90er-Jahren erlebte das medizinische Modell eine Renaissance. Es betonte sehr stark die genetische Vulnerabilität und die qualitativen irreversiblen Schäden der Gehirnfunktionen nach wiederholtem schweren Suchtmittelkonsum. Dies galt als Hauptursache für unkontrolliertes „drug seeking behaviour“ und Rückfall (*brain disease model*) und führte dazu, dass kurze verhaltenstherapeutische Behandlungen und neue pharmakologische Interventionen immer beliebter wurden, oft auf Kosten von langfristiger, tiefenpsychologischer Therapie mit dem Ziel persönlicher Veränderung, Wachstum und Reife.

Schwer zu beantworten ist die Frage, ob Alkohol- und Drogenkonsum sich im Laufe des letzten Jahrhunderts (in den westlichen Gesellschaften) dramatisch verändert haben. Die Zahl der Alkoholabhängigen ist seit den 90er-Jahren relativ stabil geblieben. Das Gleiche scheint für die Heroinsucht zu gelten, die, nach einem epidemieartigen Anstieg in den 70er- und 80er-Jahren, seit den späten 80er-Jahren in den meisten westeuropäischen Ländern stabil blieb. Die künftige Entwicklung von Kokain- und Amphetaminsucht scheint am wenigsten transparent und vorhersehbar zu sein, aber es könnte sich herausstellen, dass Kokainabhängigkeit im Grunde eine sich selbst begrenzende Krankheit ist. Abhängigkeit von Cannabis, XTC und (anderen) Halluzinogenen wird wohl kaum ein hohes Niveau erreichen, sei es wegen des geringen Suchtpotenzials, der Selektion der Konsumenten mit anscheinend geringen Vulnerabilitätsprofilen oder wegen des Kontextes, in dem diese Substanzen konsumiert werden.

Suchtbehandlung im 21. Jahrhundert

Die Suchtmodelle veränderten sich im Laufe der Zeit und mit ihnen die Behandlungsziele, Interventionsstrategien und therapeutischen Ansätze. Einige der überholten Modelle scheinen zurzeit jedoch in der Politik bestimmter Länder (z. B. der „Drogenkrieg“ in den USA), in einigen Behandlungsideologien (z. B. Drogensüchtige als unmoralische Kriminelle) und in einigen Behandlungsansätzen und Techniken (z. B. Umerziehungslager) zu überleben. Die wichtigsten, häufig miteinander im Zusammenhang stehenden Veränderungen der Suchtbehandlung können wie folgt zusammengefasst werden:

- von der Einheitstherapie für alle Süchtigen zu unterschiedlichen Therapien für die verschiedenen Arten oder Untergruppen von Süchtigen in verschiedenen Phasen ihrer Sucht- oder Behandlungskarriere;
- von theorie- und ideologiestützten Therapien zu evidenzgestützten Therapien mit dem randomisierten klinischen Versuch als goldenem Standard;
- von konfrontativen Ansätzen zu Motivationsstrategien und einer empathischen Einstellung;
- von tiefenpsychologischen Therapien für Personen mit Suchtproblemen zu gezielten, hauptsächlich auf Verhaltensveränderungen ausgerichteten Therapien;

- von psychodynamischen und psychosozialen Therapien zu verschiedenen Kombinationen von pharmakologischen und kognitiven Verhaltensinterventionen;
- von stationären Langzeittherapien zu ambulanten Kurzinterventionen mit anschließender Langzeitüberwachung;
- von abstinenzorientierten Therapien zu Therapien mit dem Ziel kontrollierten oder stabilisierten Konsums, Schadensminderung und Risikominimierung;
- von klinischer Behandlungszuweisung auf der Basis von professioneller Autorität zu „administrative stepped-care strategies“;
- von völlig unstrukturierten, auf Fachwissen basierenden Therapien zu protokollierten und manualisierten Interventionen;
- von persönlicher Veränderung und Entwicklung, die in stabile Abstinenz münden, zu Behandlungs- und Kosteneffektivität als wichtige Erfolgsindikatoren.

Drogenkonsum und Suchtbehandlung in den nächsten Jahrzehnten

Die neuesten Entwicklungen im Bereich des Konsums psychotroper Substanzen und der Suchtbehandlung und darüber hinaus die Entwicklungen in Kommunikation, Konsumentenemanzipation und chemischer Technologie bieten die Basis für die Vision eines Zukunftsszenarios von Drogenkonsum und Suchttherapie in den nächsten Jahrzehnten:

Drogenkonsum

- größere Verfügbarkeit und größere Bandbreite unterschiedlicher Drogen in verschiedenen Konzentrationen und für verschiedene Applikationsformen;
- zunehmend verschwimmende Grenzen zwischen Medikamenten, Drogen, Doping, Gesundheitsprodukten und Nahrungszusatzstoffen;
- weitere (weltweite) Liberalisierung, die zur Legalisierung aller Drogen führt (hoffentlich verbunden mit Qualitäts- und Verteilungsregulierungen);
- sich verändernde Beliebtheit bestimmter Drogen, stark beeinflusst durch die Trends der Jugendkultur, sowie größere Vielfalt vor dem Hintergrund von zunehmender Individualisierung und persönlicher Freiheit;
- Zunahme des Konsums mehrerer Substanzen verbunden mit der Verschreibung von (psychotropen) Drogen zur Vermeidung möglicher Schäden;
- Verfügbarkeit von genetischen Informationen zur individuellen Vulnerabilität für Alkohol- oder Drogensucht;
- weitere Entwicklung von Konsumritualen ähnlich den bereits bestehenden Ritualen für Alkohol- und Cannabis-Konsum.

Suchtbehandlung

- größere Betonung von Qualität und Patientenzufriedenheit, so dass der Patient allmählich zum Klienten und schließlich zum Therapiekonsumenten wird;
- zunehmende Wichtigkeit pharmakologischer und technologischer Interventionen sowie der Standardisierung;
- zunehmende Wichtigkeit des Effektivitätsnachweises und der Kosteneffizienz mit der potenziellen Gefahr eines ärmer werdenden Behandlungssystems und großem Druck auf intensive

stationäre, oft tiefenpsychologisch orientierte Langzeittherapien;

- Entwicklung einer evidenzgestützten Zuweisungsstrategie bestimmter Patienten in bestimmte Therapien, auf der Basis statistischer Vorhersagetechniken und pharmakognomischer Strategien, die zu effektiveren Therapien und größerer Kosteneffizienz führen;
- Entwicklung von Internet-Selbsthilfeeinrichtungen mit standardisierten Behandlungsangeboten und computergestützter Beratung, welche Behandlung zu welchem Patienten passt;
- vermehrter Einsatz neuer ICT-Technologien für den Umgang mit chronischen Erkrankungen und die Planung und Überwachung von Behandlungsplänen.

Sorgen und Bedürfnisse

Die Entwicklungen und Erwartungen, die hier beschrieben wurden, spiegeln die zahlreichen neuen und sehr positiven Hoffnungen und Erwartungen für eine bessere und aufregende Zukunft wider, eine Zukunft mit größerer persönlicher Freiheit und weniger Repression für junge Menschen, die den Wunsch haben, Drogenkonsum in ihr Lifestyle- und Erfahrungsrepertoire aufzunehmen, und mit einer potenziell besseren Prognose für jene, die wegen des Konsums dieser Substanzen oder als Folge davon in Schwierigkeiten geraten sind. Allerdings sind diese Entwicklun-

gen auch mit einigen Sorgen und ernststen Risiken verbunden. Die übermäßige Betonung der objektiven und technologischen Behandlungsaspekte auf Kosten der subjektiven persönlichen Aspekte und der Empathie werden eine Situation schaffen, in der die Therapien weniger effizient sind, als sie es potenziell sein könnten. Die starke Betonung von Kosteneffizienz und Managed Care, die so sehr in unsere von der Wirtschaft bestimmte Kultur passt, birgt jedoch auch das Risiko einer allmählichen Verarmung der Suchtbehandlung und des allgemeinen Gesundheitssystems und im schlimmsten Fall das Risiko des Verlustes der Fürsorge-Ideologie, die ein Gegengewicht zu unserer individualistischen Kultur bilden muss, die nur auf kapitalistische Prinzipien und Profitmaximierung ausgerichtet ist. Die größere Freiheit, relativ sichere psychotrope Substanzen konsumieren zu können, sollte durch die Solidarität ausgeglichen werden, die sich in einer starken Fürsorge-Ideologie und einem großzügigen und umfassenden Behandlungssystem ausdrückt.

Dies sind einige der großen Aufgaben, die vor uns liegen. Diese Einstellungen sind auch die Basis meiner Freundschaft zu Ambros Uchtenhagen und dies waren die wichtigsten Themen meiner beruflichen Kontakte mit ihm. Möge uns eine lange Zeit vergönnt sein, um gemeinsam die Entwicklung dieser neuen Realität zu verfolgen und mit ihr zu interagieren. Möge dies in Freundschaft, Solidarität und Großzügigkeit geschehen.