

Ziel und Stellenwert der abstinenzorientierten stationären Drogentherapie

KKBS-Seminar vom 3. Juni 2002, Flims

Peter Gut

RehabilitationsZentrum Lutzenberg

Engelgass 417

9426 Lutzenberg

071 886 30 80 info@reha-lutzenberg.ch www.reha-lutzenberg.ch

Einleitung

Ich bedanke mich bei Ihnen für die Möglichkeit, mich zum Thema „Ziel und Stellenwert der abstinenzorientierten Drogentherapie“ zu äussern. Dabei gehe ich grundsätzlich davon aus, dass abstinenzorientierte Drogentherapie leider noch zu häufig als subtiles, aber letztlich eben doch leidlich erfolgloses *Mehrdesselben* betrieben wird. Ein *Mehrdesselben* deshalb, weil einmal gelernte Axiome von Mittel und Methode die Fragen nach Sinn, Zweck und Auftrag noch zu häufig in einen reichlich verschwommenen Hintergrund drängen. Ich werde Ihnen zu erklären versuchen, warum ich es sinnvoll finde, abstinenzorientierte stationäre Drogentherapie anzubieten und durchzuführen, auch wenn es im Moment scheint, dass diese Dienstleistung nicht mehr sehr gefragt ist.

Der selbstverordnete Auftrag

Was ist das für ein Geschäft, die abstinenzorientierte Drogentherapie? Welche Heilung wird da wozu an wem vollzogen? Zuerst zu den Menschen, mit denen es die abstinenzorientierte Drogentherapie zu tun hat: Menschen, die in einem unerwünschten Mass oder mit unerwünschten Folgen Suchtmittel konsumieren. Wie Gunther Schmidt feststellt, ist es für die therapeutische Arbeit wesentlich, wie Probleme und Lösungen konstruiert werden. Der Lösungsbeitrag der Drogentherapie besteht im Versuch, drogenkonsumierende Menschen zu einer abstinenten Lebensweise zu befähigen oder zu motivieren. Dies, obwohl die überwiegende Mehrheit der erwachsenen Bevölkerung nicht suchtmittelabstinent lebt.

Abstinenzorientierte Drogentherapie versucht also, Menschen, die anders sind als Andere, auf eine andere Art wieder anders werden zu lassen.

Rollen- und Beziehungsdefinition

Die Beziehung ist also definiert. Hier Heilungsbedürftige, da Heilende. Dass dabei Heilung zeitweise mit Heilsvermittlung verwechselt werden kann, liegt wohl in der Natur der Sache, auch wenn es – zumindest mich – erstaunt, dass staatlich subventionierte Heilsvermittlung statthaft ist.

Weiteres zur Rollendefinition: Immer noch stossen wir, auch in modernen Leitbildern und Konzepten, auf unsägliche Begriffe wie z.B. Dissozialität. Die Frage sei erlaubt: braucht es diese schriftliche Festlegung von Defiziten zur Legitimation der eigenen Heilungshandlung? Oder braucht es sie, um etwaige Unschärfen in der Unterscheidung der Rollen zu beseitigen? Vielleicht stehen wir heute dank der Neurobiologie sowieso an der Schwelle der Erkenntnis, dass unsere bisherigen Erkenntnisse über die Menschen wenn nicht falsch, dann doch eher irrelevant sind. Wenn Sucht vor allem oder gar ausschliesslich eine bestimmte Funktion bestimmter Hirnteile ist, was hat dann eine abstinenzorientierte Drogentherapie ausser der richtigen Pille noch zu bieten? Etwa den immer noch anzutreffenden heilungsversprechenden Zwang zur Entdeckung und Entfaltung der eigenen Kreativität? Oder die Aufoktruierung eines bestimmten Lebenswandels? Oder wenigstens noch die Auseinandersetzung mit der anzustrebenden, gesünderen Lebensweise?

Abstinenzorientierte stationäre Drogentherapie: die Anbieter

Hier drängt sich die Frage auf, wer denn eigentlich im Geschäft der abstinenzorientierten Drogentherapie auf der Angebotsseite steht und in welcher Tradition dieser AnbieterInnen stehen. Vorweg: abstinenzorientierte Drogentherapie war und ist immer noch ein Spiegel gesellschaftlicher Rahmenbedingungen der Zeit, in der sie betrieben wird. Von basisdemokratisch organisierten über strukturfetischistischen hin zu Nabelschau-Therapiemodellen: Jede Gesellschaft hat die Art abstinenzorientierte Drogentherapie hervorgebracht, die sie verdient. Dass das eine oder andere Modell dabei unbemerkt von der Avantgarde zum Anachronismus mutiert, liegt in der Natur der Sache. Dass allerdings auch Anachronismen und Organisationsmodelle, die wohl eher ihren AnbieterInnen ein Bedürfnis waren als ein Bedarf der Gesellschaft länger als 20 Jahre vom Segen staatlicher Subventionierung gelebt haben, ohne dass je die Frage nach Sinn und Unsinn – oder wie man heute sagt: nach Qualität – gestellt wurde, das erstaunt wohl nicht nur auf den ersten Blick. Doch auch hier steht die abstinenzorientierte Drogentherapie gut eingebettet im übrigen Sozial- und Gesundheitswesen. Die Unschärfe zwischen Bedarf und Bedürfnis hält uns am Leben und macht uns dieses schwer.

Bedarf oder Bedürfnis? Und weitere Fragen

Wer definiert denn den Bedarf nach welcher Art Drogentherapie? Woher bezieht sie ihren Stellenwert, wer formuliert den *common sense*? Ich weiss es nicht, wage aber zu

behaupten, dass gerade auf Seite der Fachleute häufig Bedürfnisse am Anfang der Aktion stehen, ohne dass die Urheberschaft dieser Bedürfnisse geklärt oder transparent wäre. Wie sonst liesse es sich erklären, dass auch heute noch viele Projekte, Institutionen und Organisationen eher aufgrund eines speziellen Weltbildes als aufgrund vorgegebener Pragmatik oder gar eines formulierten Bedarfes erkennbar sind? Wieso wird auch heute noch Selbstreflexion so stark gewichtet und je nach dem dann auch gerade noch in eine spezielle weltanschauliche oder religiöse Richtung dirigiert? Warum wird staatlich finanzierte Selbstreflexion betrieben, obwohl die Misserfolgsrate von Selbstreflexionsprojekten relativ hoch ist?

Bedarf

Staatlich, politisch
erkannte und
formulierte Handlungs-
orientierung;
bereits generierte
Mehrheitsfähigkeit

+	+	
-	+	
Handlungsbedarf	Handlungsbedarf und Handlungswunsch	
-	-	
-	+	
keine Handlung	partikularer Handlungswunsch; wenig/kein Handlungsbedarf	

Individuelles oder
partikulares
Handlungsinteresse;
Mehrheitsfähigkeit
(noch) nicht
gegeben

Bedürfnis

Wo steht die abstinenten stationäre Drogentherapie?

Grafik: Bedarf-Bedürfnis-Matrix (in Anlehnung an Somaini)

Eine mögliche Antwort

Die Antwort zu diesen Fragen liegt vielleicht gerade in der selbstaufgelegten Zielsetzung der abstinenten stationäre Drogentherapie: diese geht davon aus, dass Lernen an sich etwas Erstrebenswertes bedeutet. Dabei wird ignoriert, dass Lernen von etwas Neuem immer auch heisst, einen Teil des bisher Gelernten zu vergessen - ein in vielen Fällen unattraktiver Handel. Trotzdem, und das ist wohl unbestritten, ist es das hauptsächliche Ziel einer abstinenten stationäre Drogentherapie, Menschen etwas beizubringen. Dieses Beibringen lässt wohl am

ehesten unter dem Oberbegriff *Veränderung* zusammenfassen. Und damit sind wir beim zentralen Thema abstinenzorientierter Drogentherapie angelangt. Wir postulieren Veränderung nicht nur bei unseren KlientInnen, wir sehen uns ihr selber massiv ausgesetzt.

Veränderung

Für die weitere Verwendung des Begriffes „Veränderung“ soll hier die Voraussetzung gelten, dass Veränderung dann entsteht, wenn der Druck zum Wandel grösser wird als der Wunsch, Bestehendes zu erhalten. Grundlage für diesen Druck ist dabei der Widerspruch zwischen dem, wie etwas ist und dem, wie etwas sein sollte. Zur Minderung dieses Druckes stehen dabei zwei Möglichkeiten offen: Entweder ein aktives Eingreifen, welches die Situation so verändert, dass sie den Erwartungen des Eingreifenden (wieder) entspricht oder die Anpassung der eigenen Erwartungen und des eigenen Verhaltens an das, was als unveränderbar empfunden wird. Beide Lösungswege sind für den Menschen deshalb von zentraler Bedeutung, weil sie seine Wirklichkeit verändern.

Dabei hat Veränderung grundsätzlich zwei Dimensionen: eine persönliche und eine gesellschaftliche. Obwohl die Auseinandersetzung mit und die erfolgreiche Bewältigung von Veränderung eine individuell zu leistende Aufgabe ist, kann sie nicht losgelöst von der sie gestaltenden gesellschaftlichen Realität betrachtet werden.

Veränderung ist Wandel, Wandel ist Erneuerung, Erneuerung ist Entwicklung. Damit stellt sich auch die Frage, ob Veränderung planbar ist. Die Wahrnehmung und Einschätzung von Veränderung ist nicht einfach. Häufig entsteht bei von Veränderung Betroffenen eine ablehnende Einstellung gegenüber Neuem aus Angst und Unsicherheit. Eine sich verändernde Wirklichkeit ist nicht erfassbar und a priori verstehbar. Dies verunsichert und macht Angst. Und das erleben wir in unserem Tätigkeitsfeld im Moment ganz besonders. Viele unserer Einrichtungen sind existenziell gefährdet und man versucht Vieles, um sie am Leben zu erhalten. Allerdings: etliche Argumente, die für diese Lebensverlängerung sprechen, sind eher etwas schwachbrüstig.. Etwas am Leben zu erhalten, nur weil es schon längere Zeit am Leben ist, ist argumentativ düftig. In diesem Zusammenhang wird uns AnbieterInnen von abstinenzorientierter stationärer Drogentherapie das klar, was wir unseren KlientInnen seit Jahren gebetsmühlenartig vorbeten: dass Veränderung für Menschen eine existenzielle Bedeutung hat. Denn sowohl Veränderung selbst wie auch ihr Ausbleiben erlauben dem Menschen eine Orientierung darüber, wer er ist und in welcher Beziehung er zu seiner Umwelt steht. Das Eingehen von Risiken kann dabei eine persönlich höchst bedeutungsvolle Erfahrung sein, für

uns, die wir unser tägliches Brot mit der abstinenzorientierten Drogentherapie verdienen, ist es allerdings weitgehend prosaische Wirklichkeit. Was für unsere KlientInnen gilt, gilt auch für uns: Veränderungen können dann erfolgsversprechend umgesetzt werden, wenn sie ein Mehr an oder zumindest keine Minderung von Lebensqualität versprechen. Richtschnur dieser Abwägung dürften in aller Regel Perspektiven sein, das heisst, Möglichkeiten für eine Veränderung in eine bestimmte, also erwünschte Richtung. Wem zu viele Möglichkeiten abhanden kommen, der verliert seine Zukunft.

Und hier schliesst sich der Kreis von den in der abstinenzorientierten Drogentherapie Betreuten zur abstinenzorientierten Drogentherapie selber. Es scheint, dass dieser im Moment zu viele Möglichkeiten abhanden kommen, da diese Möglichkeiten finanziert werden wollen. Wie können wir uns also aus diesem Dilemma retten? Wir, die professionellen VerändererInnen, die an einer gesellschaftlichen Veränderung zu scheitern drohen?

Auftragsklärung!

Ein erster Schritt sollte darin bestehen, den Auftrag der abstinenzorientierten Drogentherapie zu klären. Denn die häufig unpräzise Formulierung der durch die abstinenzorientierte Drogentherapie zu erbringenden Leistung bietet den mit ihr Beauftragten zwar die freie Wahl von Methoden, Instrumenten und operationellen Zielen und immer mehr auch Zielgruppen, verstärkt aber auch die Tendenz, aus welchen Gründen auch immer als "bewährt" eingestufte Methoden und Vorgehensweisen ad infinitum zu reproduzieren, ohne die Frage nach der "Bewährung" erneut zu stellen. Und diese Reproduktion impliziert fatalerweise ein Versprechen der abstinenzorientierten stationären Drogentherapie, denn diese bezieht sich in der Regel ja nicht auf einen Prozess, sondern auf einen anzustrebenden Sachverhalt, ein in die Zukunft verlagertes Abstraktum namens Abstinenz. Damit läuft die abstinenzorientierte Drogentherapie Gefahr, mit Versprechen zu operieren, die sich als äusserst schwierig einlösbar erweisen können: Das Versprechen auf Lebenshilfe, auf Entwicklung, auf einen Zustand selbstbestimmten Seins; kurz: auf Vervollkommnung. Oder zumindest auf Drogenfreiheit. Und die Herausforderung unserer Arbeit besteht ja im Umgang mit jenen Menschen, die dieses selbstgewählte Ziel nicht erreichen. Und gerade hier muss meiner Meinung nach bei vielen von uns ein Umdenken beginnen. Denn die abstinenzorientierte Drogentherapie ist dann eine faszinierende Materie, wenn es gelingt, sich vom Denkansatz der Defizitorientierung, der Hilfsbedürftigkeit zu lösen und überholte Glaubensmaximen über Bord zu werfen. Das heisst für die abstinenzorientierte Drogentherapie nun aber nichts anderes, als dass sie sich aus

ihrem selbstgewählten Elfenbeinturm des Aufrechterhaltens der reinen Lehre hinausbegibt und klar deklariert, was sie denn eigentlich will und wer ihr diesen Auftrag gegeben hat oder noch gibt – oder geben sollte. Larmoyantes Philosophieren über Entwicklungen in der Drogenpolitik ist dabei wenig hilfreich. Wir, die professionellen VerändererInnen geraten heute in die Gefahr, selber an etwas zu scheitern, dem wir, wenn es bei unseren KlientInnen auftritt, schon unzählige Stunden Supervisionen, Fallbesprechungen und Interventionen geopfert haben. Und dieses Etwas heisst Widerstand.

Die Macht der Definitionsgewalt

Umgang mit Widerstand ist immer auch die Beschäftigung mit Konflikten – und Konflikte sind immer eine Frage von Macht und Machtverteilung. Und hier, beim Thema Macht und ihrer Verteilung, sind wohl ein paar drogenpolitische Bemerkungen angebracht. Ich glaube, dass das, was heute zum Teil als Drogenpolitik verkauft wird, eigentlich herzlich wenig damit zu tun hat. Ich bin davon überzeugt, dass der grosse Durchbruch in Richtung *harm reduction* und Niederschwelligkeit nur möglich war, weil wir mit HIV bzw. AIDS konfrontiert wurden. Gesundheitspolitische Massnahmen zum Schutze einer nicht infizierten Mehrheit vor einer infizierten Minderheit wurden durch drogenpolitische Methoden operationalisiert. Erst die Resultate dieser Operationalisierung wurden konsensfähig, nicht die Operationalisierung selbst, auch wenn es heute so scheinen mag. Neue Akteure haben damals die Drogenszene auf der Bühne der HelferInnen betreten und gesundheitspolitische Konnotationen und Diagnosen wurden bereitwillig auf die Drogenpolitik übertragen. Ich erinnere mich, wie wir uns damals als gegen eine linear-mechanistische Medizinalisierung gewehrt haben und wie gross unsere Frustration war, als wir nicht gehört wurden. Und heute, 15 Jahre später, wird der selbe biomechanische Wein in neuen Schläuchen serviert. Das löst auch in mir Widerstand aus, eine Frustration darüber, gemessen zu werden ohne den Massstab und die Messinstanz zu kennen.

Widerstand als Ressource

Widerstand kann auch als Ressource eingesetzt werden. Widerstand zu entwickeln und zu leben kann so für Menschen eine zentrale Bedeutung erhalten: Widerstand ist manchmal die letzte Möglichkeit, einen Rest der eigenen Würde zu bewahren und sich nicht aufzugeben. Widerstand kann auch als Ressource eines Veränderungsprozesses betrachtet werden. Ressourcenorientiertes Vorgehen bedingt eine Sichtweise, die nicht nur Destruktives oder Pathologisches feststellt, aber auch nicht nur dieses Festgestellte positiv umdeutet, sondern

grundsätzlich eine generell positive Sichtweise für alle Arten von Artikulation innerhalb eines Veränderungsprozesses innehat und vertritt. Es gibt in jeder Widerstandssituation auch Zeiten, in denen dieser Widerstand nicht im Vordergrund steht. Das muss wahrgenommen und als Ressource erkannt werden. Was inhaltlich diesem in der von mir geleiteten Institution gelebten Ansatz entspricht, bestimmt unsere Institution auch in ihrem Auftritt gegen aussen. Positionen müssen definiert und akzeptiert werden – und Harmonie ist dabei durchaus nicht die oberste Priorität, wohl aber Respekt. Und mit dem Begriff „Respekt“ sind wir wohl auch endlich beim Stichwort „Ziel der abstinenzorientierten Drogentherapie“ angelangt.

Ziel der abstinenzorientierten Drogentherapie

Ich sehe das pragmatisch. So lange es gesellschaftlich gewünscht wird, bieten wir unsere Arbeit an. Die Intensität dieses Wunsches lässt sich einfach feststellen, denn sie dürfte wohl deckungsgleich mit der Bereitschaft zur Finanzierung unserer Arbeit sein. Und dabei geht es nicht darum, besser oder schlechter als andere Angebote zu sein, sondern darum, selber Argumente zu liefern, die diese Finanzierung lohnenswert erscheinen lassen. Was, wenn nicht die Fähigkeit zu Argumentieren, macht uns denn zu Fachleuten? Um bei diesem Argumentieren glaubwürdig zu sein, müssen viele von uns allerdings noch besser lernen, darauf zu verzichten, ihre KlientInnen zu dem zu machen, was gewünscht wird, sondern sie so sein zu lassen, wie sie sind. Dabei ist vor allem gefragt, dass wir uns an der Lebenswelt unserer KlientInnen ausrichten, dass wir uns an der Eigensinnigkeit der Problemsicht unserer KlientInnen in *ihrer* Lebenswelt ausrichten und dass wir daran glauben, dass zwischen Problemverständnis unserer KlientInnen und Lösungsressourcen ein Zusammenhang besteht. Wir brauchen also die Fähigkeit, die Verhältnisse zu verstehen und uns den Verhältnissen auszusetzen. Dazu brauchen wir vor allem Phantasie, in gegebenen Schwierigkeiten Alternativen und freie Optionen zu entwickeln.

Schlussfolgerung

Sie sehen, ich bin vom Sinn der abstinenzorientierten Drogentherapie überzeugt, ohne zu glauben, dass in der Abstinenz das alleinige Heil liegt. Damit bin und bleiben ich genauso widersprüchlich wie unsere KlientInnen, welche die unsägliche Fiktion *Abstinenz* zwar anstreben, sie aber nicht wollen. Es bringt nichts, hier unehrlich zu sein, auch wenn Ehrlichkeit manchmal schmerzhafter ist als eine elegante Lüge. Und so möchte ich abschliessend zusammenfassen: Das Ziel der abstinenzorientierten Drogentherapie besteht wohl darin,

Menschen, die anders *sind* als Andere anders *sein* zu lassen und ihnen das Instrumentarium in die Hand zu geben, *gleicher* zu funktionieren. Und welcher Stellenwert dem beigemessen wird, muss immer wieder neu entschieden werden.

© Peter Gut 2002