

Perspektive der Sozialen Arbeit auf Abhängigkeit

Autor(en): **Barsch, Gundula**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **48 (2022)**

Heft 3

PDF erstellt am: **17.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-981587>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Perspektive der Sozialen Arbeit auf Abhängigkeit

2022-3
Jg. 48
S. 14 - 18

Soziale Arbeit stellt im Bereich der Drogen- und Suchtkrankenhilfe zwar zahlenmässig die meisten Fachkräfte, hat aber bisher kaum eigene Näherungen an das Thema erarbeitet. Dazu ist auch kaum Bedarf, wenn sich Soziale Arbeit als Erfüllungsgehilfin in einem Praxisfeld versteht, in dem andere Professionen «das Sagen» haben. Schreitet Soziale Arbeit allerdings mit ihrem allgemeinen professionellen Selbstverständnis auch dieses Arbeitsfeld aus, dann stellen sich zentrale Herausforderungen: das Ruhe versprechende Substanzparadigma aufzukündigen, den Konsum psychoaktiver Substanzen wieder in den Lebensstil der Menschen einzuordnen und dabei Fragen nach dem Stellenwert spezifischer Lebensrealitäten, der Bedeutung von Ritualisierungen, Erwartungen und Funktionen zu klären. Drogenmündigkeit könnte diesbezüglich zu einer hilfreichen Leitidee werden.

GUNDULA BARSCH

Prof. Dr. phil. habil, Professur Drogen und Soziale Arbeit, Hochschule Merseburg, Eberhard-Leibnitz-Straße 2, D-06217 Merseburg, gundula.barsch@hs-merseburg.de

Seien wir ehrlich: Wir können uns, aller Wissenschaft zum Trotz, Abhängigkeit bzw. Sucht bis heute nicht erklären. Die beiden Begriffe haben zumindest semantisch eine Nähe zu Handlungen, die u. a. als Leidenschaft, Gier, Trieb, Marotte, Verlangen deklariert, aber «durchaus» oder «gerade noch» akzeptiert werden. Bei Abhängigkeit dagegen sind scheinbar «alle Sicherungen durchgebrannt», weil ein Kontrollverlust alle rationalen Regulative ausser Kraft setzt. Angst macht die Idee des kompletten Ausgeliefertseins an ein zerstörerisches Geschehen; ausgelöst durch andere Kräfte als die, die in unserer Kultur erlaubt und gefordert sind (vgl. von Ploetz 2008).

Konsens ist, dass Abhängigkeit durch Wiederholungstendenzen geprägt ist, die eine starke Dynamik verhängnisvoller Entwicklungen auslösen, die freie Entfaltung der Persönlichkeit beeinträchtigen und soziale Beziehungen und Entwicklungschancen zerstören (ebd.). Das Niederländische verwendet für Sucht insofern treffend «Verslaving», das sich ohne Mühe mit dem deutschen Versklaven in Verbindung bringen lässt.

An Erklärungen für derart verhängnisvolle Prozesse haben sich viele

Wissenschaftsdisziplinen versucht: U. a. Psychologie, Medizin, Kriminologie und Soziologie schärfen das Bild, dass Abhängigkeit nicht exakt und eineindeutig beschrieben werden kann, sondern eher ein diffuses, diverses und offensichtlich kein überhistorisches und überkulturelles Spektrum an Erscheinungen ist. Erinnert sei z. B. daran, dass vor Jahren ein Arbeitsstil ohne zeitliche und räumliche Grenzen als Arbeitssucht Besorgnis erregte. Heute haben Homeoffice und flexible Computerarbeit im WorldWideNet für viele Menschen Berufsarbeit und Freizeit eng zusammengefügt und die ursprünglichen klaren Trennungen aufgelöst – und dies mit allen damit verbundenen Risiken. Es erstaunt, dass damit das Risiko, zum Workaholic zu werden, kaum noch interessiert und schon gar nicht als krankheitswertig deklariert wird.

Der moderne westliche «Suchtkonsens»: Abhängigkeit ist Krankheit

In der westlichen Welt wird Abhängigkeit als Krankheit verstanden, die mit Bezug zu medizinischen «Erklärungs-Moden» gedeutet wird. So lassen sich Grundideen finden, die von Genetik, Hirnforschung oder Traumapsychologie inspiriert sind.

Unterschiedliche Betrachtungsweisen führen zu entsprechenden Empfehlungen einer Therapie. Diese reichen von komplexen Entgiftungen, wenn von überschüssigen systemischen Reaktionen ausgegangen wird, über genetische Manipulation oder Sterilisation, wenn der Makel in der Genetik verortet wird, bis hin zu leukotomischen Eingriffen (moderner: Hirnimplantate), wenn Sucht als Krankheit des Hirns verstanden wird. Die historischen Entwicklungen mahnen, vom Ende her zu denken: Was sind die Lösungsangebote der jeweiligen Erklärungsansätze und welches Menschenbild liegt diesen zugrunde? Klopft der Transhumanismus schon an? Nicht alles, was technisch machbar ist, sollte auch machbar werden! Das ist die dringliche Mahnung!

Wenn Soziale Arbeit nur Erfüllungsgehilfin ist

Obwohl die Soziale Arbeit die Mehrheit der Fachkräfte im Drogen- und Suchtkrankenhilfesystem stellt, hat sie eher die Rolle der Gehilfin bei der Umsetzung der dominierenden Theorien und daraus abgeleiteter Methoden. Wohl deshalb hat sie sich bisher wenig mit eigenen Ansätzen positioniert.



Für Sucht bzw. Abhängigkeit hat sich die Klassifikation als ein medizinisches Krankheitsbild durchgesetzt, das über die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD-10), das *Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen* (DSM-IV) oder den DSM-V-Diagnoseschlüssel beschrieben wird. Mit der Einführung des DSM-V hat man sich im DSM zudem vom vorurteilsbeladenen Begriff «Sucht» verabschiedet. Das DSM-V führt mit der «Substanzgebrauchsstörung» sogar einen neuen Blick auf die Betroffenen ein. Diese werden nicht mehr als komplexe Störungsbündel gesehen, in dem sich psychische Störungen, körperliche Erkrankungen und soziale Dysfunktionen unbeschreiben und folgerichtig verknüpfen. Nunmehr sind über eine separate sorgfältige Diagnostik weitere, im individuellen Fall möglicherweise noch vorliegende darüber hinaus vorliegende Störungen zu erfassen.

Alle Systeme haben einen ähnlichen Aufbau: Es werden eine Reihe von Indikatoren berücksichtigt (beim ICD-10 sechs, beim DSM-IV sieben und beim DSM-V sogar elf), von denen zwei bis drei über einen Zeitraum von zwölf Monaten vorliegen müssen. Auf diese Weise wird der Leitidee Rechnung getragen, dass Abhängigkeit zum einen kein plötzliches Ereignis ist, sondern in einem längeren Prozess entsteht, und zum anderen die Symptomatik einer Substanzgebrauchsstörung sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann.

Im DSM-V ist zudem das leidige Problem gelöst, dass die Unterscheidung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit nicht trennscharf ist und objektivierbare Kriterien schwierig zu benennen sind. Deshalb wird in dieser Fassung diese Differenzierung aufgegeben.

Die in den Klassifikationssystemen festgelegten Indikatoren legen nahe, physische, psychische und soziale Bezüge danach zu befragen, ob annoncierte Probleme mit einem Substanzkonsum¹ in Verbindung stehen. Weniger wichtig ist, ob dieser auch ursächlich an den Problemen beteiligt ist.

Die zur Anwendung kommenden Indikatoren sind in allen Systemen ähnlich. Das DSM-V listet bspw. folgende Indikatoren auf:

- Wiederholter Konsum, der zum Versagen bei der Erfüllung wichtiger Ver-

pflichtungen in Arbeit, Schule oder zu Hause führt

- Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
- Wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
- Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
- Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum
- Konsum länger oder in grösseren Mengen als geplant
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle
- Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie für die Erholung von der Wirkung
- Aufgabe oder Reduzieren von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums
- Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis körperlicher oder psychischer Probleme
- Craving, starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren

Unbestreitbar lassen sich mit diesen Diagnoseschemata Verdachtsmomente einer Substanzgebrauchsstörung sondieren. Mit dem ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) kann das Ausmass dieser Störungen weiter ausgeleuchtet werden. Diese Informationen helfen, Interventionen zu planen, wenn es um die «Reparatur» eines durch Substanzkonsum beschädigten Lebens geht. So weit so hilfreich.

Soziale Arbeit im Handlungsfeld auf eigenen Pfaden

Folgt die Soziale Arbeit allerdings einer über die «Instandsetzung der Klientel» hinausgehenden Strategie, die eher der Entwicklung von Selbstermächtigung und Mündigkeit im Umgang mit Substanzen sowie den Leitideen von Empowerment und Emanzipation der Betroffenen verpflichtet ist (vgl. Barsch: 2007), reichen diese Diagnoseschemata nicht. Sie ermöglichen kaum eine Einordnung der Substanzgebrauchsstörung in die Lebensgeschichte von Betroffenen, sondern stehen in der Gefahr, einer Substanzfixierung (vgl. Quensel 1991) zu erliegen.

Das Ruhe versprechende Substanzparadigma

Quensel (1991) war der Erste, der auf die schleichende «Substanzfixierung» in Debatten um den Drogenkonsum verwies und vor einem Fokus allein auf die «substanzbezogene, materielle Seite» warnte. So schleiche sich das «Ruhe versprechende Substanz-Paradigma» ein (ebd.: 11), durch das der Konsum aus allen Lebensbezügen herausgerissen wird. Das Interesse zirkuliere nur um die chemisch-pharmakologischen Effekte und wie diese ein Erkranken fördern. In der Konsequenz wird der Konsum psychoaktiver Substanzen auf eine Input-Output-Logik reduziert, aus der der konsumierende Mensch mit seinem schwer zu kalkulierenden Entscheidungswillen und eigensinnigen Tun verschwunden ist. Mit solcherart Einseitigkeit und Unterkomplexität wird der Konsum psychoaktiver Substanzen in ein pharmakologisches Prokrustesbett² gezwängt, aus welchem alles gekappt wird, was diese Sicht stört.

Der verhängnisvollste Effekt der Substanzfixierung und damit der Reduktion des Konsums psychoaktiver Substanzen (im Weiteren auch Drogenkonsum) auf das Wirken pharmakologischer Substanzkräfte ist, dass den Konsumierenden Gestaltungsmöglichkeiten und Chancen für Selbstbestimmung beim Drogenkonsum abgesprochen werden. Folgerichtig muss der/die Einzelne auch keine Verantwortung für seinen/ihren Umgang mit diesen Substanzen übernehmen. Mit der Flucht in die bequeme Rolle eines Opfers «waltender Substanzmächte» werden Konsumierende sogar zu Nutzniessern des «Ruhe-Versprechens der Substanzfixierung». Hieraus ergibt sich die Verführungskraft substanzfixierten Denkens – sowohl für problematisch Konsumierende als auch für damit konfrontierte Bereiche in der Sozialen Arbeit.

Wer trinkt schon C2H5OH?

Mit dem Substanzparadigma erscheint der Drogenkonsum einzig als das Zuführen psychoaktiver Substanzen, das kaum noch auf die Lebensumstände bezogen wird; ein unterkomplexes Verstehen, das den Dimensionen des geistigen und emotionalen Daseins wenig Berechtigung einräumt. In einer filigraneren Sicht hat der Konsum jedoch eine Sinnhaftigkeit, die über die

unmittelbaren pharmakologischen Effekte hinausgeht: Menschen konsumieren diese Substanzen nicht nur wegen ihrer chemisch definierten Bestandteile. Wer trinkt schon C₂H₅OH? Die Vielfalt der Gestaltung des Konsums ein und derselben psychoaktiven Substanz (u. a. C₂H₅OH = Alkohol) unterstreicht die Bedeutung der mit dem Konsum verbundenen Beziehungsgeflechte, Symbole, Funktionen, Erfahrungen und Mythen. Auf diese Weise ist Drogenkonsum immer komplex verwoben mit Aspekten des Lebensstils. Der konkrete Umgang mit psychoaktiven Substanzen nimmt zudem wesentlich darauf Einfluss, wieweit das Leben in eine gezielte Richtung gelenkt werden kann, dieses bereichert, persönliches Glück zulässt oder zu einem Verhängnis wird durch Folgen, die vielleicht auch nur mittelbar mit pharmakologischen Wirkungen zusammenhängen.

Der Eigensinn der Konsumierenden prägt zudem die konkrete Ausgestaltung des Konsums: Die Wahl der Substanz mit ihrem konkreten pharmakologischen Wirkungsmuster, Dosierung, Set (mentale Verfassung der Konsumierenden), Setting (Umgebung), angestrebte Funktionen und Bezüge zum Alltag – all dies formt die sehr persönliche Integration in den Lebensstil.

Klar wird, dass sich Soziale Arbeit dringlich um ein komplexes Verständnis des Konsums psychoaktiver Substanzen bemühen muss. Zu klären sind die Relationen und Wechselwirkungen des Substanzkonsums mit den gelebten sozialen Beziehungen und Lebenstätigkeiten. Darüber hinaus sind neben der Bedeutung von Ritualisierungen, Erwartungen und Einstellungen zum Suchtmittelkonsum auch die Anforderungen und materiellen Rahmenbedingungen der Konsumierenden sowie Fragen nach dem Stellenwert des Suchtmittelkonsums in spezifischen Lebensrealitäten in den Blick zu nehmen. Um sich dem Suchtmittelkonsum mit einer solchen komplexen und systemischen Sichtweise nähern, diesen auf diese Art verstehen und daraus Unterstützungsleistungen bei der Bewältigung problematischer Formen anbieten zu können, braucht es andere Formen und Methoden. Die oben genannten, bisher dominanten Klassifikationssysteme erweisen sich dafür als nicht ausreichend.

Soziale Arbeit braucht für ein Selbstverständnis, das über die Rolle einer Er-

füllungshelfin bei der Reparatur eines beschädigten Lebens hinaus geht, eine andere systematische Näherung. Mit Blick auf den Arbeitsalltag Sozialer Arbeit wäre es hilfreich, sich hierfür auch auf eine Art diagnostisches Raster stützen zu können. Dieses sollte nicht nur eine komplexe systematische Analyse der Themen und Problemlagen der Betroffenen unterstützen, sondern zugleich ein hilfreiches «Sicherheitsseil» sein, nicht in das dominierende, Ruhe versprechende Substanzparadigma abzubiegen. Hier kann nur dafür geworben werden, an dieser Herausforderung mitzuarbeiten.

Drogenmündigkeit – Zielperspektive in der Sozialen Arbeit?

Dazu ist zunächst Einvernehmen für das Ziel von Unterstützungsleistungen Sozialer Arbeit für Drogenkonsumierende zu erzielen. Als Diskussionsangebot sei hier die Förderung von Drogenmündigkeit skizziert (Barsch 2008: 213):

Das Pendant zu Abhängigkeit als Ergebnis eines nicht geglückten, selbst- und fremdzerstörerischen Konsums ist nicht Abstinenz! Als generalisiertes Handeln, das in Bezug auf Zeit, Raum, Person und Situation nicht differenziert wird, steht Abstinenz eher für ein Unvermögen, jemals mit Drogen umgehen zu können. Das selbsterworbene Eingeständnis einer solchen individuellen Unfähigkeit kann für einige Menschen wesentlich werden, weil sie zu ihrem persönlich geglückten Leben am ehesten durch abstinentes Verhalten finden. Diese selbstgewählte Abstinenz ist als Ausprägungsform von Drogenmündigkeit hoch zu würdigen. In seiner generellen Aussage ist das Gegenstück zu Abhängigkeit jedoch ein geglückter Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Dieser umfasst eine variantenreiche Praxis, mit der differenziert nach Ort, Zeit, Person und Situation höchst flexible Konsummuster gelebt werden, die sowohl Substanzkonsum als auch Substanzabstinenz beinhalten.

Die wesentlichen Inhalte von Drogenmündigkeit lassen sich kurz und prägnant definieren: Es handelt sich um einen Komplex von Kenntnissen, Fähigkeiten, praktischen Fertigkeiten, Einstellungen, Bereitschaften und Willensbildungen, der Menschen befähigt, sich eigenständig in vielfältigen Alltagssituationen zu orientieren und zu geglückten Formen des Um-

gangs mit psychoaktiven Substanzen zu finden.

Diese Definition mutet möglicherweise lapidar an, dies aber nur, wenn die damit verbundenen Konnotationen und weitreichenden Feststellungen übersehen werden.

Es könnte zu den Aufgaben Sozialer Arbeit gehören, sich ausdrücklich den subjektiven Aspekten und Voraussetzungen des Handelns in Bezug auf psychoaktive Substanzen zuzuwenden und damit Prozesse des Bewusstseins, psychische Ressourcen, innere Positionen, Denk- und Empfindungsweisen, Verhaltensdispositionen und Formen der Ausrichtung des Handelns in den Blick zu rücken.

Wird Drogenmündigkeit als Komplex von Kenntnissen, Fähigkeiten, praktischen Fertigkeiten, Einstellungen, Absichten und Willensbildungen definiert, dann ist damit herausgestellt, dass sich Mündigkeit in diesem Bereich nicht allein durch entsprechendes Wissen, kognitives Vermögen und rationales Kalkulieren auszeichnet. Für Drogenmündigkeit ist also nicht allein Vernunft gefragt! Gerade die letzten Jahre unter dem Pandemie-Narrativ haben überdeutlich belegt, dass in das Handeln der Menschen immer Gefühle, Empfindungen, Einstellungen, elementare Daseinswerte, Handlungsbereitschaften und komplexe Willensbildungen eingehen. Mit Blick auf diese noch nicht aufgearbeiteten Erfahrungen gilt es, die allgegenwärtige Emotionalität der Menschen, die sich durch den Verstand nur bedingt domestizieren lässt, zu rehabilitieren und ihren Stellenwert beim Zustandekommen des Handelns wieder in den Blick zu nehmen.

Für den Umgang mit psychoaktiven Substanzen muss das Rückbesinnen auf den Stellenwert emotionaler Bezüge auf besondere Weise gelten. Immerhin zielt der Substanzkonsum darauf, auf Gefühle, Stimmungen, Gestimmtheit u. ä. psychische Phänomene Einfluss zu nehmen und zu neuen Einsichten oder zu einem freudvollen, angenehmen, genuss- und lustvollen Tun zu verhelfen. Deshalb sind emotionale Einflussfaktoren auch machtvoll und orientierende Kräfte in den Abwägungsprozessen, mit denen unter möglichen Konsumalternativen gewählt wird. Die Arbeit mit Konsumierenden, die sich über Empfehlungen, Einsichten und Verfahrensweisen hinwegsetzen, die von

ihnen selbst als vernünftig erachtet werden, unterstreicht, dass es ein Fehler wäre, dem Phänomen «Drogenmündigkeit» ausschliesslich die leichter formulierbaren und im gewissen Sinne auch stärker beeinflussbaren rationalen Grundlagen des Handelns zuzuordnen.

Es trinkt der Mensch nicht gern allein

Mit «Drogenmündigkeit» müssen zudem die Wechselwirkungen zwischen Individuum und Gesellschaft in die Aufmerksamkeit geraten. Auf diese Weise stellen sich u. a. Fragen danach, welches Wissen und welche Kenntnisse dem/der Einzelnen typischerweise zugänglich sind und welche Fähigkeiten, praktischen Fertigkeiten, Einstellungen, Absichten und Willensbildungen in einer konkreten Gesellschaft, einem sozialen Milieu und zu einer bestimmten Zeit tatsächlich angeeignet, entwickelt und umgesetzt werden können.

Es scheint überflüssig, darauf hinzuweisen, dass die für ein drogenmündiges Handeln erforderlichen Auseinandersetzungen und Entwicklungsprozesse eben nicht nur vom individuell gegebenen Vermögen und von persönlichen Handlungsstilen abhängen, sondern sich sehr danach unterscheiden, in welche gesellschaftliche Positionen und Milieus ein Mensch hineingeboren wurde und in welche er sich hinein entwickeln konnte. Von diesen sozialen Zugehörigkeiten gehen immer auch Impulse aus, die einen drogenmündigen Umgang mit psychoaktiven Substanzen begünstigen oder behindern.

Vorgaben für den Konsum: nicht mehr eine für alle

Die Forderung, «in vielfältigen Alltagssituationen» drogenmündig agieren zu können, hebt heraus, dass es in modernen Gesellschaften keine einheitliche Regelung für den Umgang mit psychoaktiven Substanzen geben kann. Angesichts der Vervielfältigung der Lebensbezüge, der sich rasch ändernden kontext- und persönlichkeitsbezogenen Anforderungs- und Entscheidungssituationen sowie der immer schneller wechselnden Trends in den Daseins- und Erlebnisformen kommt die Leistungsfähigkeit einer generalisierten und damit auch kontextunabhängigen

Normierung (u. a. Enthaltbarkeit, Abstinenz) mehr und mehr an Grenzen. Deutlich wird dies nicht allein daran, dass der zunehmenden Vielfalt der Entscheidungssituationen immer weniger durch eine einzige übergeordnete und damit notwendigerweise undifferenzierte Regelsachgerecht entsprochen werden kann. Zugleich bringen schnell wechselnde Entwicklungen, Neuheiten und ein sich rasch ändernder Zeitgeschmack immer wieder Entscheidungssituationen hervor, für die keine konkreten Normierungen und Vorgaben existieren. Angesichts derartiger Unsicherheiten und Unbestimmtheiten erweisen sich Vorgaben, die unabhängig von Person, Kontext und Situation für einen richtigen oder zu missbilligenden Umgang mit psychoaktiven Substanzen gestellt werden, als nicht mehr hilfreich und sinnvoll.

Die Wirksamkeit einer kontextunabhängigen, generalisierenden Normierung wird zugleich durch den Respekt und die Wertschätzung der Individualität des Menschen infrage gestellt, die als elementarer Wert in modernen Gesellschaften auch rechtlich verbrieft ist. Auf diese Weise werden Strategien immer zweifelhafter, mit denen die von den Menschen gefundenen individuellen Muster im Umgang mit psychoaktiven Substanzen einer generalisierenden Vereinheitlichung und Standardisierung unterworfen werden. Angesichts der gewachsenen Ansprüche der Menschen nach Anerkennung und Berücksichtigung ihrer individuellen Daseinsweise wird die Berechtigung solcher Handlungsstrategien mehr und mehr verneint und zurückgewiesen.

Nicht zuletzt widersprechen derartige Ansätze auch dem emanzipatorischen Menschenbild, das Leitbild demokratischer Gesellschaften ist.

In der Zusammenschau wird deutlich, dass besondere Ansprüche an die Fähigkeit der Menschen gestellt sind, sich beim Umgang mit psychoaktiven Substanzen eigenständig mit kontextspezifischen Erfordernissen, wechselnden individuellen Anforderungen und jeweils konkret gegebenen Ressourcen auseinanderzusetzen und über entsprechende Abwägungen selbständig passende Entscheidungen zu treffen. Wesentliches Merkmal von Dro-

genmündigkeit ist deshalb ein Handeln, mit dem die Menschen ihre Handlungsspielräume in Bezug auf psychoaktive Substanzen auch angesichts von Unsicherheiten und Unbestimmtheiten erkennen und eigenständig, also ohne schützenden, anweisenden oder normierenden Beistand nutzen.

Diese Skizzen lassen erahnen, dass ein Ausschreiten dieser Grundideen, idealerweise bis hin zu einer praktisch handbaren Methodik, für die Soziale Arbeit lohnt. Im besten Fall machen sich viele mit unterschiedlichen Perspektiven, aber gleichen Zielen ans Werk. Wohlan!

Literatur

- American Psychiatric Association (2018): DSM-V = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. o. O.: Hogrefe.
- Barsch, G. (2008): Lehrbuch Suchtprävention. Von der Drogennaivität zur Drogenmündigkeit. Geesthacht: Neuland.
- Dilling, H.W./Mombou, M./Schmidt, H. (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 = Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen der WHO (für das deutsche Gesundheitssystem bindend). 2. Auflage. Bern: Huber.
- Sass, H./Wittchen, H.-U./Zaudig, M. (1996): Diagnostisches u. Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Diagnostisches und statistisches Handbuch psychiatrischer Störungen der Psychiatrischen Vereinigung Amerikas. o. O.: Hogrefe.
- Quensel, S. (1991): Substanz und Bedeutung des Drogenkonsums – eine Einleitung. o. S. in: M. Kappeler (Hrsg.), Drogen und Kolonialismus – Zur Ideologiegeschichte des Drogenkonsums. Frankfurt a. M.: Iko-Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Von Ploetz, K. (2008): Sucht im Sinn. Die Bedeutung der Sinnfrage in der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen. o. O.: Neuland.

Endnoten

- ¹ Im DSM-V wird dieses diagnostische Verfahren erstmals auch auf das Glücksspiel und damit auf eine sogenannte Verhaltenssucht ausgeweitet.
- ² Prokrustes ist eine Figur aus der griechischen Mythologie. Dort ist er ein Riese, der alle, die ihm in die Hände fallen, auf ein Bett legt. Waren sie für das Bett zu lang, wurden sie «gekürzt». Waren die Gefangenen zu kurz, wurden sie gestreckt. Er machte die Gefangenen für das «Prokrustesbett» passend, bis er vom König von Athen Theseus getötet wurde. Im übertragenen Sinn nennen wir heute ein starres Schema, das schmerzhafte Anpassungen erfordert, ein «Prokrustesbett». (vgl. <https://t1p.de/c87fo>, Zugriff 02.04.2022.)