

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X
DOI 10.2440/002

13. Jahrgang
Heft 4 · 2024

Themenschwerpunkt:

Sucht zwischen Ethik und Missionierung



Peter Schay

Der unendliche Spaß hat seinen Preis!

– Grundgedanken zur sozialen und medizinischen Rehabilitation und Leistungsangeboten in der Suchthilfe –

Peter Schay versucht in diesem Buch nicht nur das Gefühl des Lebens zu vermitteln, nicht nur um das Leben abzubilden oder es zu kritisieren, sondern um es tatsächlich lebendig zu machen.

Die Vorstellung, dass das Leben sich „verirrt“ und wir wenig davon haben, ist mir unerträglich. Deswegen muss es doch einen Ausweg geben, dass das Leben lebenswert ist (frei nach E. Hemmingway, 1926).

In dieser komplizierten Gemengelage muss sich die Suchthilfe mit ihren Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungs-möglichkeiten kontinuierlich weiter differenzieren, um den sich verändernden fachlichen Anforderungen und den Präferenzen der Rehabilitanden gerecht werden zu können.

Die gemeinsame Zieldimension dabei ist, den sucht- und psychisch kranken Menschen menschenwürdige gesundheitliche und soziale Lebensbedingungen und – soweit möglich – eine berufliche wie auch eine soziale (Re-)Integration zu ermöglichen; d.h. je nach Alter, Geschlecht, sozialer Schicht, der Schwere der psychischen und/oder physischen Komorbidität den Zugang zu den unterschiedlichen psycho-sozialen und medizinischen Leistungsangeboten des Hilfesystems unbürokratisch zu gestalten und zu ermöglichen.

Um eine vielschichtige, von der Gesellschaft getragene und in die Zukunft gerichtete „Rehabilitationskultur“ zu schaffen, müssen – aufbauend auf den bestehenden Vorgaben der DRV – die bisherigen Praktiken neu justiert werden, um auf diese Weise den geänderten gesellschaftlichen Realitäten gerecht zu werden.

Gerade die gesellschaftlichen Entwicklungen für behinderte und sozial benachteiligte Menschen während der Corona-Pandemie zeigen eindeutig auf, dass viele Rehabilitanden eine medizinische Rehabilitation ablehnen bzw. überfordert sind, den heutigen Praktiken der Einrichtungen gerecht zu werden.



Das Fachbuch „Der unendliche Spaß hat seinen Preis! – Grundgedanken zur sozialen und medizinischen Rehabilitation und Leistungsangeboten in der Suchthilfe“ von Peter Schay zeigt angesichts der heterogenen Bedürfnisse und Voraussetzungen der Menschen mit Drogenproblemen auf, dass eine ganzheitliche und differentielle Angebotsstruktur notwendig ist, die i.S. eines Netzwerkes gefördert werden muss, um den psycho-sozialen Lebens- und Konsumbedingungen der unterschiedlichen Zielgruppen entsprechen zu können.

Peter Schay zeigt an Fallbeispielen auf, dass in der Lebenswirklichkeit und in der sozialen und medizinischen Rehabilitation von Suchtkranken gravierende Missstände bestehen, um der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe von benachteiligten Menschen an der Gesellschaft gerecht zu werden.

306 Seiten

ISBN 978-3-95853-939-6

20,00 €

eBook

ISBN 978-3-95853-842-9

12,50 €

Alle Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

📞 +49 (0) 5484-308
✉️ pabst@pabst-publishers.com
🌐 www.pabst-publishers.com

**Impressum****Wissenschaftliche Herausgeber**

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com
Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl · alfred.uhl@goeg.at
Univ.-Lektor Dr. Wolfgang Beiglböck
wolfgang.beiglboeck@meduniwien.ac.at
Dr. Artur Schroers
artur.schroers@stadt-frankfurt.de
Prof. Dr. Heino Stöver · hstöver@fb4.fra-uis.de
Dr. Ingo Ilja Michels · ingoiljamichels@gmail.com

Wissenschaftlicher Consultant

Dr. Martin Tauss · mtauss@kabelplus.at

Herausgebende Institution

Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien,
Fakultät für Psychotherapiewissenschaft,
Institut für Verhaltenssüchte

Chefredakteur

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com

Redakteure

Dr. Thomas Ballhausen · t.ballhausen@gmail.com
Mag. Irene Schmutterer · irene.schmutterer@goeg.at

Bildredaktion

Sonja Bachmayer · ikarus711@hotmail.com

Verlag

PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Telefon +49 (0)5484 308
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com
www.psychologie-aktuell.com

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst · wp@pabst-publishers.com

Administration

Karin Moenninghoff
moenninghoff@pabst-publishers.com

Herstellung

Bernhard Mündel · muendel@pabst-publishers.com

Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patentschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro, Ausland 50,- Euro;
Einzelausgabe: 15,- Euro.
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07 · BIC: DRESDEFF265
Bestellservice: moenninghoff@pabst-publishers.com
Telefon +49 (0)5484 97234

Bezugsbedingungen: Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhinderissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnierten an den Verlag.

Umschlagbild:

Meister Lämpel, Wikimedia Commons, gemeinfrei

Druck:

booksfactory.de

ISSN 2190-443X

DOI 10.2440/002

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

13. Jahrgang · Heft 4-2024

Themenschwerpunkt:

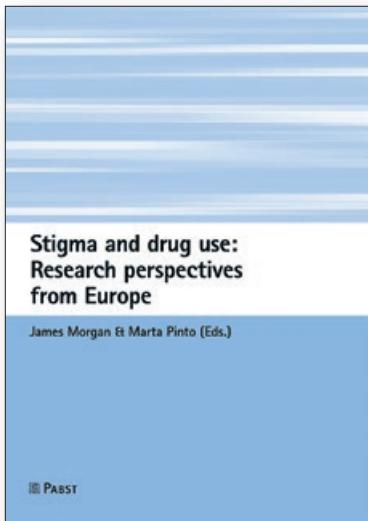
Sucht zwischen Ethik und Missionierung

Gastherausgeber:

Martin Wallroth

Inhalt

- 287 Editorial
Martin Wallroth
- 290 Ethik, Moral, Ethos – Aristoteles, Kant, Nietzsche, Scheler, Habermas – oder: Gibt es auf Erden ein Maß?
Martin Poltrum
- 303 Ethik des Argumentierens – falsche Argumente, um richtige Thesen zu stützen
Alfred Uhl
- 319 Suchterkrankungen = Gehirnerkrankungen?
Gallus Bischof
- 328 Bildstrecke:
„Winter in Wien. Vom Verschwinden einer Jahreszeit“
Sonja Bachmayer
- 336 Psychoedukation oder Indoktrination?
Eine ethische Grundsatzfrage in der Suchtbehandlung
Martin Wallroth
- 344 Ganz oder gar nicht? Das Feld zwischen Abhängigkeit und Abstinenz in der Tabakprävention bespielen
Heino Stöver & Larissa Steinle
- 350 Der wilde Mann mit Kokain im Blut, der einem Rauchverbot nicht folgen wollte – Überlegungen zum psychodynamischen Verständnis des Kokain- und Tabakkonsums Sigmund Freuds
Michael G. Semeraro
- 360 Rezension:
Psychedelika und Psychoanalyse: Erkundungen im Spannungsverhältnis. Zum Buch von David Reincke „A Freudian Trip. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und psychedelischer Erfahrung“
Maximilian Römer



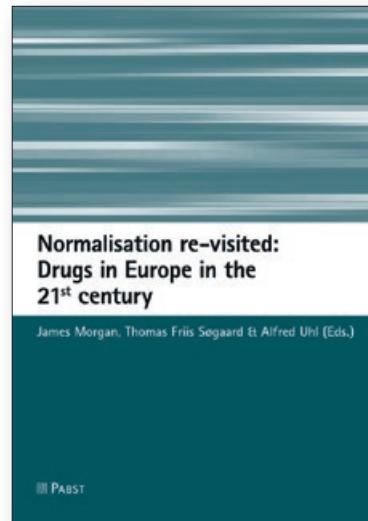
James Morgan & Marta Pinto (Eds.)

Stigma and drug use: Research perspectives from Europe

Building on the historical roots of stigma, which in ancient Greece referred to physical marks used to label slaves or criminals – thus indicating ownership or inferior social status – Goffman (1963) defined the modern sociological concept of stigma as the possession of a 'spoiled identity'. He identified three primary types of stigma: physical manifestations such as scars, deformities, or disabilities, deviant personal traits such as mental illness, criminal behaviour, or drug addiction, and membership of minority groups, including ethnic or religious affiliations. Since then, stigma has evolved into a powerful concept for analysing a considerable universe of human experiences, including racialisation, imprisonment, and mental illness, along with their related consequences like social exclusion, discrimination, and feelings of shame or awkwardness.

Stigma has become an essential concept in the sociological study of drug use. People who use drugs are often perceived as sick, deviant, or inherently flawed, and are thus shunned by society. Legal systems exacerbate this by labelling drug users, warning others such as potential employers about their conduct, and sometimes incarcerating them, thereby separating them from 'respectable' society. This legal branding can carry a further, lifelong stigma, in the form of a criminal record. Beyond legal consequences, certain behaviours and aesthetics associated with drug use often trigger suspicion – not only of drug use itself, but of the individual's character as a whole.

This addition to the series of books produced by the European Society for Social Drug Research (ESSD) explores how the concept of stigma can be used to understand issues relating to drug use. This has been done in varying and creative ways with chapters considering specifically stigmatised types of drugs or people who use them, de-stigmatising research methods, and the role of stigma in recovery. This book is essential for those seeking to explore contemporary European landscapes of drug use, drug policy, and research with people who use drugs.



James Morgan, Thomas Friis Søgaard & Alfred Uhl (Eds.)

Normalisation re-visited: Drugs in Europe in the 21st century

For nearly thirty years the normalisation perspective has enlivened academic discourse and seen ripples of influence go further into media, politics, and popular understandings of drugs. The normalisation thesis advanced the idea that for many young people drug use might be an unremarkable part of growing up rather than a sign of deep pathology, and a leisure option to be rationally selected alongside other hedonistic and somewhat edgy pursuits. While cannabis might be the drug most associated with normalised drug use, the normalisation perspective was also closely tied to a rave scene powered by synthetic stimulants and psychedelics.

The social place of drugs goes beyond factors related to individuals and their access to drugs as well as their tendencies to try drugs or to use them more frequently. Normalisation also relates to the extent that those who do not use drugs tolerate various forms of drug use amongst their friends, acquaintances, colleagues and family members as well as wider society. How are drug talked about in the news media, on social media, in films, on Netflix productions and in politics, and how has since been changing in the last three decades? The early scholarship focused on the situation in the United Kingdom, subsequent research, including much that is contained in this book, has broadened its scope to understanding the social place of drug use across Europe.

This addition to the series of books produced by the European Society for Social Drug Research (ESSD) explores the social situation of drug use in Europe through a collection of chapters which feature both recent empirical research and essays theorising the status and nature of normalised drug use in Europe. While the original normalisation research told us how the status of drug use in the 1980s and 1990s was different to that of the 1960s and 1970s, this book adopts a critical and European focus to ask what has happened since then, moving beyond the original centres of normalised drug use, and asking what normalisation means, and what the implications of this paradigm for understanding drug use might be.

2024 · 132 pages

ISBN 978-3-95853-956-3 · Price: 20.- €

PDF: ISBN 978-3-95853-957-0 · Price: 10.- €

2023 · 164 pages

ISBN 978-3-95853-884-9 · Price: 20.- €

PDF: ISBN 978-3-95853-885-6 · Price: 10.- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28
D-49525 Lengerich

Telefon +49 (0)5484 308
pabst@pabst-publishers.com

www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.com



Editorial

Martin Wallroth

Mit dem Begriff „Sucht“ markieren wir – ob wir dies gutheißen oder nicht – einen zutiefst moralisch ambivalenten Zustand, der uns ganz unmittelbar eine – mehr oder minder reflektierte – Wendung zurück in die zwischenmenschliche Dimension aufzwingt. Suchtforschung und Suchthilfe sind deshalb in der Wahl ihrer Konzepte und Theorien einerseits, ihrer Angebote und Maßnahmen andererseits immer auch unmittelbar ethische Stellungnahmen. Für die einen ist Sucht ein Laster, das sanktioniert und bekämpft werden muss, für die anderen ist sie eine Störung oder Krankheit und die von ihr betroffenen Menschen müssen vor der Stigmatisierung durch Dritte in Schutz genommen werden. Die Frage der Selbstverantwortung steht mit Blick auf das Thema der Sucht unge löst im Raum und legt ein Oszillieren zwischen Zuschreibung von Verantwortung und Schuld einerseits und Exkulpation einschließlich damit verbundener Gefahr der Entmündigung andererseits nahe (vgl. die immer noch unübertroffene philosophische Analyse in Köhl, 2003). Hinsichtlich einer wissenschaftlichen Fundierung, die uns klare sachliche Vorgaben für eine ethische Bewertung liefern könnte, ist festzustellen, dass die Suchtforschung bis heute nicht das Stadium einer „normalen Wissenschaft“ *sensu* Kuhn erreicht hat (vergleiche – Spode, 1991, folgend – Wallroth, 2024) und dass es aus konzeptuellen Gründen auch nicht danach aussieht, dass dies in absehbarer Zeit der Fall sein wird. Auch hier gilt, dass in der Regel die wertende Stellungnahme Vater des Gedankens ist und dass auch mit wissenschaftlichem Anspruch getroffene Aussagen darüber, was Sucht „eigentlich ist“, mehr darüber aussagen, wie sich die Personen, die sie treffen, zu dem süchtigen Verhalten und den Personen, die es zeigen, verhalten möchten – oder genauer gesagt: wie sie möchten, dass andere Personen sich gegenüber den von Sucht Betroffenen verhalten und wie diese sich selbst und ihren Zustand verstehen sollen.

Vor dem Hintergrund dieser Sachlage ist der Themenschwerpunkt dieser Ausgabe – „Sucht zwischen Ethik und Missionierung“ – zu verstehen: Da nicht nur die Suchthilfe, sondern auch die Suchtforschung immer bereits im Kern ethische Stellungnahmen beinhaltet und da ethische Stellungnahmen – gerade wenn sie unreflektiert erfolgen oder gar verleugnet werden – in der Regel mit dem Selbstmissverständnis verbunden sind, primär der Missionierung (oder wie es dann heißt: der „Aufklärung“) anderer zu dienen (zum hier einschlägigen Laster des Moralisierens im Allgemeinen vergleiche Taylor, 2011; speziell zum Moralisieren im suchtbezogenen Stigmatisierungsdiskurs vergleiche Uhl & Wallroth, 2024), gilt es, dieses gerade für die Suchtthematik so bezeichnende Spannungsfeld zwischen Ethik der Sucht einerseits und Missionierung in Suchtfragen andererseits auszuleuchten und möglichst aus verschiedenen Blickwinkeln und auf verschiedenen Ebenen Denkanstöße für die Suche nach mehr Reflektiertheit und Klarheit (und auch mehr Bescheidenheit) außerhalb der eingetretenen Pfade zu liefern.

Der Themenschwerpunkt beginnt mit einem historisch-systematischen Beitrag zur Ethik im Allgemeinen von *Martin Poltrum*, in dem der Verfasser an ausgewählten Positionen aus der Philosophiegeschichte – namentlich Aristoteles, Kant, Habermas, Scheler und Nietzsche (so die nicht primär historisch, sondern systematisch begründete Reihenfolge im Text) – die Vielfalt und zum Teil auch innere Widersprüchlichkeit ethischen Theoretisierens und Argumentierens vorführt und dabei nicht zufällig mit den Worten eines Dichters endet. Im Rückgriff auf den Ressentiment-Begriff Nietzsches warnt der Verfasser gerade auch aus einer psychotherapeutischer Erfahrung heraus vor einer hypertrophen Opfermoral, die überall nur Täter sieht – außer im Falle der eigenen Person. Dem stellt er anschließend an Nietzsche eine Moral der Lebensbejahung gegenüber, die

Ja sagt zum eigenen Leben und vor allem selbst die Verantwortung für das eigene Leben übernimmt. Auch wenn die Thematik der Sucht hier nicht explizit angesprochen wird, ist doch die Wichtigkeit des begrifflichen Bezugsrahmens, der hier – ohne vorschnelle Lösungen zu bieten – eröffnet wird, offensichtlich.

Im anschließenden Beitrag zur Ethik des Argumentierens (nicht nur) in der Suchtprävention geht *Alfred Uhl* das Thema missionierend entgleitender ethischer Ansprüche auf einer Ebene an, die allzu oft tabuisiert wird: der Ebene wissenschaftlicher Redlichkeit. Diese wird üblicherweise, wenn überhaupt, mit Blick auf Karriereinteressen kritisch thematisiert, selten jedoch mit Blick auf die je eigenen ethischen Anliegen. Gerade hier jedoch, so der Verfasser, lauert die Versuchung, schlechte Forschung und falsche Argumente durchgehen zu lassen – nämlich dann, wenn sie die eigenen (vermeintlich) guten Anliegen stützen. Denn Methodenkritik an dieser Stelle unterminiert – so scheint es – das eigene gute Anliegen, fördert das entgegengesetzte schlechte Anliegen, zieht Applaus von der falschen Seite an, riskiert Unverständnis von der richtigen Seite und fördert ganz allgemein eine wissenschaftsfeindliche Haltung. So zumindest stellen sich die kurzfristigen Folgen dar. Was dabei unter den Tisch fällt, ist – so argumentiert der Verfasser – die Korruption der Haltung wissenschaftlicher Ehrlichkeit und Ernsthaftigkeit, ohne welche nachhaltig gute Wissenschaft dauerhaft nicht zu haben ist. Dass die Versuchung, der hier zu widerstehen ist, ganz real ist, führt Alfred Uhl an einer Fülle instruktiver Beispiele vor, die neben der Quantifizierung der Wirksamkeit von COVID-19-Impfungen verschiedene Themen aus dem Bereich der Suchtforschung und Suchtstatistik umfasst, die sich konträr zum jeweils erhobenen wissenschaftlichen Anspruch *de facto* als massiv durch Vorurteile geprägt erweisen.

Dass nicht erst auf der Ebene des empirischen Argumentierens missionierend entgleitende ethische Ansprüche zu verzeihnen sind, sondern diese bereits auf der Ebene der grundlegenden Theoriebildung eine wichtige Rolle spielen und dabei zugleich eine unheilvolle Verbindung mit Vermarktungsstrategien eingehen, zeigt der Beitrag von *Gallus Bischof*. Auch im Bereich der Suchtforschung ist der heute existenzwichtige Zugang zu Drittmitteln für die Forschungsfinanzierung davon abhängig, ob Forschende sich den gerade herrschenden Theorieparadigmen anschließen. Hier ist aktuell eine klare Dominanz neurobiologischer Paradigmen zu konstatieren, welche Sucht durch irreversible Veränderungen der Hirnstruktur

erklären („Sucht als Gehirnerkrankung“), damit einen sukzessiven Verlust willentlicher Steuerung über den Substanzkonsum implizieren, was dann folgerichtiger Weise eine Pathologisierung der Betroffenen nach sich zieht – was wiederum die ethisch begrüßenswerte Folge haben soll, dass diese in den Genuss einer Entstigmatisierung kommen, da die nun als solche erkannte Krankheit nicht mehr im Sinne eines Lasters vorwerfbar sei. Dass hier lediglich eine Stigmatisierung durch eine andere, möglicherweise gravierendere ausgetauscht wird, ist eine der Pointen des Textes, nachdem vorangehend wesentliche Grundannahmen und -begriffe des neurobiologischen Paradigmas der Sucht dekonstruiert wurden (als da sind: zugrunde liegende Kausalannahmen, der Begriff der pathologischen zerebralen Funktionsbeeinträchtigungen, die Spezifität und Stabilität zerebraler Veränderungen, ein deterministischer Verlauf, die Notwendigkeit strikter Abstinenz, die Ausblendung sozialer Einflussfaktoren) und – vor allem – konträre Befunde gewürdigt wurden.

Nachdem vorangehend die Effekte missionierend entgleitender ethischer Ansprüche sowohl auf der Ebene des empirisch-wissenschaftlichen Argumentierens als auch auf der Ebene grundlegender Begriffs- und Theoriebildung aufgezeigt wurden, wendet sich der Herausgeber dieses Heftschwerpunkts der vor dem Hintergrund dieser Ausführungen sicherlich nicht mehr überraschenden, aber ethisch hochbrisanten Frage zu, *ob* respektive *wie* in der Suchtbehandlung die „Psychoedukation“ Betroffener und ihrer Angehörigen von deren Indoktrination zuverlässig unterschieden werden kann. Jenseits offen autoritärer Indoktrination, wie sie aus der traditionellen, durch eine Art „schwarze Pädagogik“ geprägten Suchtbehandlung ja durchaus vertraut ist („Du musst erst ganz unten sein!“), so wird im Text argumentiert, gibt es subtilere und manipulativere Formen der Indoktrination ganz auf der Höhe zeitgenössischen Theoretisierens und Argumentierens, die – so die Befürchtung des Verfassers, die durch die Ausführungen von Uhl und Bischof gelinde gesagt nicht ausgeräumt wird – problemlos im Gewand der Psychoedukation auftreten können („Die Suchtforschung hat gezeigt, ...“; „Da Sucht eine Gehirnerkrankung ist, ...“). Der Verfasser charakterisiert die Vermeidung einer Verwechslung von Psychoedukation und Indoktrination vor diesem Hintergrund als ungelöste und herausfordernde ethische Aufgabe der Suchtbehandlung, die zudem dauerhaft Wachsamkeit – dies vor allem mit Blick auf das je eigene vermeintlich gute Gewissen und den resultierenden

je eigenen Missionierungsdrang – erfordern wird.

Dass missionierend entgleitende ethische Ansprüche zu einer vermeintlich wissenschaftsbasierten Blockadepolitik mutieren können, die wichtige Potenziale für die Suchtprävention ausblendet, zeigen *Heino Stöver* und *Larissa Steimle* am Beispiel der Tabakprävention: In einem Vergleich der passiven und abstinenzorientierten Tabakkontrollpolitik Deutschlands mit der aktiven Tabakkontrollpolitik des Vereinigten Königreichs wird nach Einschätzung von Stöver und Steimle deutlich, dass der Verzicht auf die dogmatische Vorgabe von Tabakabstinenz (bezogen auf Verbrennungszigaretten) zum angeblich Besseren der Konsumierenden eine Fülle konstruktiver Unterstützungsmöglichkeiten freisetzt und dass dieses „Bespielen des Felds zwischen Abhängigkeit und Abstinenz“ vor allem in nachweisbaren Erfolgen seine Rechtfertigung findet: Ethische Missionierung im Namen der vollständigen Tabakabstinenz erweist sich in dieser Sicht als wissenschaftlich kontraproduktiv und hochgradig schädlich für die Betroffenen – ein Argument, das getreu dem Geist dieses Heftschwerpunktes, natürlich nicht bedeuten darf, dass „Tobacco Harm Reduction“ nun ihrerseits Gegenstand missionarischen Eifers werden sollte.

Im anschließenden Beitrag von *Michael G. Semeraro* wird der Begründer der Psychoanalyse höchstpersönlich zum Gewährsmann für die Wichtigkeit eines Umgangs mit der Suchtthematik, welcher die ethische Ambivalenz des Themas ausdrücklich würdigt und den häufig resultierenden Missionierungsdrang zugleich durch saubere Analyse in Schach hält: Nicht nur macht der Verfasser den Begründer der Psychoanalyse zum Gegenstand seiner eigenen Theorie respektive auf seiner eigenen Theorie fußender theoretischer Weiterentwicklungen, sondern er zeichnet darüber hinausgehend nach, wie dieser sich ausweislich von Selbstzeugnissen selbst zum Gegenstand psychoanalytischer Reflexion bezogen auf seinen eigenen Tabak- und Kokainkonsum gemacht hat und diesen ambivalent bis affirmativ in sein eigenes Selbstverständnis integriert hat. Die Statements Freuds, so ist im Sinne dieses Heftschwerpunktes festzustellen, verdienen es, als Dokumente einer reflektierten Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtmittelkonsum respektiert zu werden, müssen aber andererseits natürlich – gerade in Fortsetzung des von Freud selbst begründeten tiefenpsychologischen Ansatzes – nicht fraglos und unkritisch hingenommen werden.

Bleibt anzumerken, dass sich auch in *Maximilian Römers* Rezension von David Reinckes Buch *A Freudian Trip. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und psychedelischer Erfahrung* die Thematik dogmatischer Voreingenommenheit und Missionierung in einem „teilweise affektiv aufgeladenen Diskurs“ sowie ihrer Überwindung durch „undogmatische Verhältnissondierung“ wie ein roter Faden zieht.

Literatur

- Köhl, H. (2003). Sucht und Selbstverantwortung. In M. Kaufmann (Hrsg.), *Recht auf Rausch und Selbstverlust durch Sucht. Vom Umgang mit Drogen in der liberalen Gesellschaft* (S. 251–264). Frankfurt am Main: Lang.
- Spode, H. (1991). Krankheit des Willens. Die Konstruktion der Trunksucht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts. *Sociologia Internationalis*, 29(1/2), 207–234.
- Taylor, C. (2011). *Moralism. A study of a vice*. London: Taylor & Francis.
- Uhl, A. & Wallroth, M. (2024). Inflation des problematischen Moralisierens im Stigmatisierungs-diskurs. *Suchttherapie*, 25(04), 166–174.
- Wallroth, M. (2024). Ethische Aspekte von Sucht, Suchtforschung und Suchthilfe. In D. Deimel, D. Moesgen & H. Schecke (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch* (S. 215–228). Köln: Psychiatrie-Verlag.



Prof. Dr. Martin Wallroth

M.A. phil., Diplom-Psychologe
Lehrgebiet Ethik in der Sozialen Arbeit
Senatsbeauftragter für Studierende mit
Beeinträchtigungen
FH Münster –University of Applied Sciences,
Fachbereich Sozialwesen
Hüfferstraße 27
D-48149 Münster
wallroth@fh-muenster.de



Ethik, Moral, Ethos – Aristoteles, Kant, Nietzsche, Scheler, Habermas – oder: Gibt es auf Erden ein Maß?

Martin Poltrum

Zusammenfassung

Im Beitrag werden die Begriffe Ethik, Moral, Ethos geklärt und die ethischen Positionen von Aristoteles, Immanuel Kant, Friedrich Nietzsche, Max Scheler und Jürgen Habermas vorgestellt und diskutiert. Da die genannten Denker Vertreter der Tugendethik, der Gesinnungsethik, der deontologischen Ethik, der Diskursethik, der Wertethik und der psychologistischen Ethik sind, wird behandelt, aus welcher moralphilosophischen Perspektive diese unterschiedlichen Ethiken die Fragen nach dem rechten Maß des Handelns stellen.

Schlüsselwörter: Ethik, Moral, Ethos, Tugend, Werte, Gesinnung, Aristoteles, Kant, Nietzsche, Scheler, Habermas, kategorischer Imperativ

Abstract

This paper clarifies what is meant by ethics, morality, ethos and presents and discusses the ethical positions of Aristotle, Immanuel Kant, Friedrich Nietzsche, Max Scheler and Jürgen Habermas. As the aforementioned thinkers are proponents of virtue ethics, ethics of conviction, deontological ethics, discourse ethics, value ethics and psychologistic ethics, this paper discusses the moral-philosophical perspective from which these different ethics pose the question of the right measure of action.

Keywords: ethics, morality, ethos, virtue, values, basic convictions, Aristotle, Kant, Nietzsche, Scheler, Habermas, categorical imperative

Einleitung

Die Philosophie hat verschiedene Disziplinen. Jede Disziplin – Ethik, Ästhetik, Metaphysik, Ontologie, Erkenntnistheorie etc. – hat ihren jeweils eigenen Gegenstandsbereich und damit einhergehend ihre eigene Fragerichtung. Während sich die Ontologie mit dem Sein beschäftigt, mit dem, was ist, die Metaphysik mit dem was jenseits des mundanen Seins liegt, interessiert sich die Ethik für das, was sein soll. Die Adjektive ethisch und moralisch sind in ihrer Bedeutung austauschbar, die Substantive Ethik und Moral (Sittlichkeit) nicht, sie meinen mehr oder weniger eindeutiges, zumindest in der Welt der Philosophie. Die Ethik ist eine „Disziplin der Philosophie“ und versteht sich als „Wissenschaft vom moralischen Handeln“ (Pieper, 2017, S. 15). Ethik ist „als gleichbedeutend mit

Moralphilosophie“ zu „verstehen“ (Birnbacher & Hoerster, 1976, S. 9) und meint „*die philosophische Untersuchung* des Problembereichs der Moral“ (Patzig, 1971, S. 3), während „nach einem sich eingebürgerten Sprachgebrauch“ Moral den „Inbegriff moralischer Normen, Werturteile, Institutionen“ und dergleichen meint (ebd.).¹

Die Ethik lässt sich einteilen in allgemeine Ethik und angewandte Ethik. Zur angewandten Ethik (vgl. Thurnherr, 2000; Nida-Rümelin, 2005, 2023) gehören unter anderem die verschiedenen Bereichsethiken wie z. B. die Medizinethik, Psychotherapieethik, Pflegeethik,

¹ Oder um es mit Annemarie Pieper noch einmal anders zu sagen: „Die Sprache der Moral oder die moralische Sprache umfasst das umgangssprachliche Reden über Handlungen, sofern sie einer kritischen Beurteilung unterzogen werden. Die Sprache der Ethik oder Moralphilosophie dagegen ist ein reflektierendes Sprechen über die moralische Sprache“ (Pieper, 2017, S. 24).

Bioethik, ökologische Ethik, Friedensethik, Wirtschaftsethik, Kriegsethik, Medienethik und Tierethik, um nur ein paar zu nennen. Zur allgemeinen Ethik zählt man unter anderem die Metaethik, die sich mit erkenntnistheoretischen Problemen des Ethischen auseinandersetzt oder mit den Fragen, „ob moralische Regeln universell oder kulturbabhängig, ob sie objektiv oder intersubjektiv sind, oder ob es moralische Tatsachen wie andere empirische Tatsachen gibt“ (Hoerster, 2012, S. 23). Ebenfalls zur allgemeinen Ethik müsste man die Thematisierung von unterschiedlichen Ethiktypen wie z. B. der Tugendethik, der Gesinnungsethik, der Pflichtethik, der Diskursethik, der Wertethik und der psychologistischen Ethik rechnen, um die es in diesem Beitrag gehen wird.

Aristoteles (384–332 v. Chr.) – Tugendethik

Wenn man über Ethik sprechen will, dann muss man mit dem Vater der europäischen Wissenschaften, mit Aristoteles beginnen, der uns durch die Schriften *Nikomachische Ethik* (Ethica Nicomachea), die *Große Ethik* (Magna Moralia) und die *Eudemische Ethik* (Ethica Eudemica) drei lebenswerte Texte zum Thema hinterlassen hat (Ricken, 1993, S. 114) und auf den die Ethik als philosophische „Disziplin und Disziplintitel“ zurückgeht (Ritter et al., 1972, S. 759). Was Aristoteles im Blick hat, wenn er von Ethik spricht, sind Tugenden. Seine Ethik ist Tugendethik.² Bei der Tugendethik geht es nicht um die Frage nach der Befolgung von moralischen Regeln und ethischen Pflichten oder um die Frage nach zu universalisierenden moralischen Werten, sondern um den Blick darauf, was eine tugendhafte Handlung auszeichnet, und um die Frage, „was eine tugendhafte Person“ in dieser oder jener „Situation tun würde“ (Horster, 2012, S. 52). Eine tugendhafte Person zeichnet sich laut Aristoteles dadurch aus, dass sie in einer Ent-

² Zur besonderen Bedeutsamkeit der Tugendethik für die Therapeuten-Patienten-Begegnung vgl. Maio (2012), insbesondere den Abschnitt zur Tugendethik (S. 47–82): „Sowohl bei der Pflichtethik als auch bei den konsequentialistischen Ethiktheorien liegt der Schwerpunkt auf dem Sollen, auf abstrakten Prinzipien, auf mehr oder weniger formalisierten Entscheidungswegen. Im Hinblick darauf, dass es bei der Behandlung von kranken Menschen primär nicht um Prinzipien geht, sondern um die adäquate Antwort auf einen Menschen in einem ganz speziellen und je nach Gegenüber, Zeit und Ort völlig unterschiedlichen Kontext, erweisen sich Sollensethiken zuweilen als unzureichend, um in der konkreten Begegnung von Arzt und Patient eine Handlungsorientierung zu gewähren. Dies hängt damit zusammen, dass es in der Begegnung mit dem kranken Menschen nicht allein um die Frage nach abstrakten Prinzipien, Maximen oder Handlungsregeln gehen kann, sondern vielmehr darum, der jeweils einzigartigen Begegnungssituation gerecht zu werden. Diese Hinwendung zur spezifischen Einzelsituation in ihrer Kontinenz und Nicht-Standardisierbarkeit ist eine besondere Stärke der Tugendethik“ (S. 47).

scheidungssituation das rechte Maß findet und wahrt. Das Ethische liegt für Aristoteles nämlich in der Mitte zwischen zwei lasterhaften Extremen.³ Die Beispiele, die er zur Erläuterung seiner Lehre von der Mitte gibt, sind unter anderem die Tugenden der Tapferkeit, der Großzügigkeit (Freigebigkeit) und der Mäßigung.

Die Tugend der Tapferkeit ist die Mitte zwischen Tollkühnheit und Feigheit. Die Tugend der Großzügigkeit ist die Mitte zwischen Geiz und Verschwendungssehnsucht.⁴ Die Tugend der Mäßigung liegt zwischen Askese und Zügellosigkeit.⁵

Aristoteles ist sich sehr bewusst, dass das Ermitteln der Mitte oft nicht einfach ist und dass seine Mesotes-Lehre, die Lehre eben, dass das ethisch Tugendhafte immer in der Mitte (mesotes) zwischen zwei Extremen liegt, im Auge haben muss, dass es beim Ethischen um die „richtige Entscheidung im rechten Augenblick“ (Gadamer, 1998, S. 62) geht und um die Bestimmung des Richtigen in Hinblick auf „Person, Ausmaß, Zeit, Zweck und Weise.“ (Sandel, 2013, S. 271) Im Originalton, in englischer Übersetzung, klingt das so:

„I mean moral virtue; for it is this that is concerned with passions and actions, and in these there is excess, defect, and intermediate. For instance, both fear and confidence and appetite and anger and pity and in general pleasure and pain may be felt both too much and too little, and in both cases not well; but to feel them at the right times, with reference to the right objects, towards the right people, with the right motive, and in the right way, is what is both intermediate and best, and this is characteristic of virtue.“ (Aristotle, 2009, S. 30 [1106b, 18–23])

³ Siehe dazu: Aristoteles (o.J.), Zweites Buch, Zweites Kapitel im PROJEKT GUTENBERG-DE: „(...) Dinge“ gehen „durch Mangel und Übermaß zu Grunde“. <https://www.projekt-gutenberg.org/aristote/nikomach/niko0202.html> (Aufgerufen am 23.01.2024). Siehe auch Aristotle, 2009: „Therefore virtue is a kind of mean, since, as we have seen, it aims at what is intermediate“ (S. 30, [1106b, 29–30], „A mean between two vices“ (S. 31, [1107a, 1–2]).

⁴ Siehe auch den Begriff „Mesotes“ bei Wikipedia: <https://de.wikipedia.org/wiki/Mesotes> (Aufgerufen am 23.01.2024) und die dort genannten Beispiele für die Mitte. „Stumpfsinn – Mäßigkeit – Zuchtlosigkeit; Verschwendungssehnsucht – Geiz; Schmeichelei – Freundlichkeit – Streitsucht; Intoleranz – Toleranz – Ignoranz; Selbstzweifel – Selbstbewusstsein – Selbstüberschätzung; Kleinmut – Mut – Hochmut.“

⁵ Aristoteles (o.J.): „Übertriebene Körperübungen ebenso wie unzureichende führen den Verlust der Leibeskraft herbei. Desgleichen verdirbt ein Übermaß oder ein unzureichendes Maß von Speise und Trank die Gesundheit, während das rechte Maß sie hervorbringt, stärkt und erhält. Ebenso ist es nun auch mit der Mäßigkeit, dem Starkmut und den anderen Tugenden. Wer alles flieht und fürchtet und nichts erträgt, wird feig, dagegen wer gar nichts fürchtet und gegen alles an geht, tollkühn. Desgleichen wird wer jede Lust genießt und sich keiner enthält, zügellos, wer aber jede Lust flieht, wie die sauertöpfischen Leute, verfällt in eine Art Stumpfsinn. Denn Mäßigkeit und Starkmut wird durch das Zuviel und Zuwenig aufgehoben, durch die rechte Mitte aber erhalten.“ <https://www.projekt-gutenberg.org/aristote/nikomach/niko0202.html> (Aufgerufen am 23.01.2024).

Oder, an anderer Stelle:

„Hence also it is not easy task to be good. (...) anyone can get angry – that is easy – or give or spend money; but to do this to the right person, to the right extent, at the right time, with the right motive, and in the right way, that is not for everyone, nor is it easy; wherefore goodness is both rare and laudable and noble.“ (Aristotle, 2009, S. 36 [1109a, 24–29])

Aristoteles benennt in der *Nikomachischen Ethik* zwei Gruppen von Tugenden, die Verstandes-Tugenden und die Charakter-Tugenden. Von den fünf Verstandes-Tugenden (epistéme, téchne, noûs, sophía, phrónesis), die der Lehrer Alexanders des Großen nennt, sind es vor allem die Weisheit (sophía) und die praktische Klugheit (phrónesis), die für das Erfassen des Ethischen wichtig sind. Die Engländer übersetzen *sophía* mit *philosophical wisdom* und *phrónesis* mit *practical wisdom*. In beiden, für das Ethische zentralen Arten des Wissens ist eine Form von Weisheit angesprochen, wenn man so will. Bei der *phrónesis* – ich werde hier nur sie behandeln (zu den anderen Formen siehe Poltrum, 2020) –, geht es um ein Wissen, das sich mit Sachverhalten und Gegenständen beschäftigt, die *so* oder *so* sein können und die manchmal sogar *so* und auch *so* sein können. In der *phrónesis* wird also nicht ein Allgemeinwissen einer Situation übergestülpt und auf sie angewendet, sondern erkannt, dass die Situation so konkret, komplex, spezifisch und einmalig ist, dass die Anwendung von Allgemeinwissen zu kurz greift und man sich eben mit sich selbst und/oder auch mit anderen erst beraten muss, ob die jeweilige Situation diese oder jene oder auch beide und mehrere Handlungen gebietet. Das Werk der *phrónesis* ist die Erkenntnis der hier und jetzt richtigen einzelnen Handlung.

Neben den Verstandes-Tugenden (epistéme, téchne, noûs, sophía, phrónesis) und der meta-ethischen Reflexion, welche Verstandes-Tugenden für ethische Belange besonders wichtig sind, nennt Platons Schüler eine Reihe von Charakter-Tugenden. Bevor wir Aristoteles verlassen und uns weitere Antworten auf die Frage, ob es auf Erden ein Maß gibt, ansehen, möchte ich ein paar nennen. Wichtige Charakter-Tugenden sind für Aristoteles: Hilfsbereitschaft, Höflichkeit, Mäßigung, Sanftmut, Einfühlung, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Wahrhaftigkeit

und dass man Seelengröße (megalopsychia)⁶ entwickelt, um nur einige zu nennen.⁷

Entscheidend für das Verständnis seiner moralphilosophischen Überlegungen ist dabei, dass uns das Tugendhafte „durch Gewöhnung“⁸ zuteil wird, was im Wort *ethos* anklängt, das ja Gewohnheit, Sitte und Brauch heißt.⁹ In der *Nikomachischen Ethik* lesen wir dazu:

„Now some think that we are made good by nature, others by habituation, others by teaching. Nature's part evidently does not depend on us, but as a result of some divine causes is present in those who are truly fortunate; while argument and teaching, we may suspect, are not powerful with all men, but the soul of the student must first have been cultivated by means of habits for noble joy and noble hatred, like earth which is to nourish the seed.“ (Aristotle, 2009, S. 199 [1179b, 20–26])¹⁰

Es braucht und es gibt nach Aristoteles in den meisten von uns, vielleicht auch in allen von uns, die natürliche Anlage zum Guten, damit Gutes aus uns folgen kann. Moralischer Meinungsaustausch und Ethikunterricht sind allerdings zu schwach, um das angelegte Ethische im Menschen zu stärken. Was es braucht, ist Übung und Gewöhnung, nur dann stärken sich Tugenden so, dass daraus auch gute Taten folgen. Es geht also um eine Art Learning by doing. Wenn man ein guter Flötenspieler werden möchte, dann muss man üben. Ähnlich ist es

⁶ Megalopsychia (lat. magnanimitas), deutsch Großherzigkeit, Seelengröße, ist die Mitte zwischen Kleinmut und Aufgebläsenheit. Siehe dazu: Aristoteles (o.J.), *Nikomachische Ethik* IV, 7–8, <https://www.projekt-gutenberg.org/aristote/nikomach/niko0407.html> (Aufgerufen am 27.02.2024) und <https://de.wikipedia.org/wiki/Megalopsychia> (Aufgerufen am 27.02.2024) sowie <https://de.wikipedia.org/wiki/Großmut> (Aufgerufen am 27.02.2024).

⁷ Siehe dazu: <https://de.wikipedia.org/wiki/Tugendethik> (Aufgerufen am 25.10.2024).

⁸ Aristoteles: „(...) die sittliche [Tugend] dagegen wird uns zuteil durch Gewöhnung, davon hat sie auch den Namen erhalten, der nur wenig von dem Wort Gewohnheit verschieden ist“ (*Nikomachische Ethik*; zit. in Horster, 2012, S. 272).

⁹ Siehe dazu: <https://de.wikipedia.org/wiki/Ethos> (Aufgerufen am 25.01.2024) „Der Ausdruck Ethos (Neutrum; von Altgriechisch ἔθος/έθος, „Gewohnheit, Sitte, Brauch“ oder dessen Ableitung ἔθος/έθος, „Charakter, Sinnenart, Brauch, Sitte, Gewohnheit“) bezeichnet die sittliche Gesinnung einer Person, einer Gemeinschaft oder einer sozialen Gruppe.“

¹⁰ Siehe auch Aristoteles (o.J.), Zweites Buch, erstes Kapitel im PROJEKT GUTENBERG-DE: „Darum werden uns die Tugenden weder von Natur noch gegen die Natur zuteil, sondern wir haben die natürliche Anlage, sie in uns aufzunehmen, zur Wirklichkeit aber wird diese Anlage durch Gewöhnung.“ (...) „Die Tugenden (...) erlangen wir (...) wie dies auch bei den Künstlern der Fall ist, indem wir es tun. So wird man durch Bauen ein Baumeister und durch Citherspielen ein Citherspieler. Ebenso werden wir aber [1103b] auch durch gerechtes Handeln gerecht, durch Beobachtung der Mäßigkeit mäßig, durch Werke des Starkmuths starkmüthig. (...) aus gleichen Tätigkeiten erwächst der gleiche Habitus. Daher müssen wir uns Mühe geben, unseren Tätigkeiten einen bestimmten Charakter zu verleihen; denn ja nach diesem Charakter gestaltet sich der Habitus.“ <https://www.projekt-gutenberg.org/aristote/nikomach/niko0201.html> (Aufgerufen am 23.01.2024).

mit den Tugenden. „Niemand lernt ein Musikinstrument zu spielen, indem er ein Buch liest oder einer Vorlesung lauscht. (...) Das gilt auch für sittliche Vortrefflichkeit“ (Sandel, 2013, S. 269). Aristoteles:

„(...) we become just by doing just acts, temperate by doing temperate acts, brave by doing brave acts.“ (Aristotle, 2009, S. 23, [1103b, 0–1])¹¹

Es geht sogar noch weiter, denn das Üben erfordert auch eine spezifische Situation in der das, was geübt werden soll, sich überhaupt erst entwickeln und bewähren kann. Denn gerecht, mild, gemäßigt und tapfer wird jemand nur, wenn er in eine Situation gelangt, in der diese Tugenden auch „wirklich“ herausgefordert und damit übend entwickelt werden können. Aristoteles:

„(...) by doing the acts that we do in our transactions with other men we become just or unjust, and by doing the acts that we do in the presence of danger, and by being habituated to feel fear or confidence, we become brave or cowardly. (...) Thus, in one word, states of character arise out of like activities.“ (Aristotle, 2009, S. 24, [1103b, 14–18])

Einen Streit oder einen Konflikt mit jemanden zu haben, so unangenehm das ist, ist aus dieser Übungs- und Eingravierungsperspektive gesehen ein ethisches Lerngeschenk, denn jetzt können sich Tugenden erst so richtig zur Gelung bringen und eingehabt werden. Gerecht, freundlich, gütig und vertrauensvoll zu jemandem zu sein, den man ohnehin liebt, verehrt und bewundert, erfordert keine großen Tugenden, aber Gerechtigkeit, Freundlichkeit, Güte und Vertrauen jemandem entgegenzubringen, mit dem man einen Konflikt hat und mit dem man einen Strauß ausfechtet, schon.¹²

Michael Sandel, der wahrscheinlich populärste und bedeutendste politische Philosoph der Gegenwart, der dem „Kommunitarismus“¹³ (Sandel, 2013, S. 301 u. S. 339; Honneth, 1993, S. 9) zugerechnet werden kann und wurde und sich immer wieder als moderner Aristoteliker zu erkennen gibt (vgl. Sandel, 2009), fasst die aristotelische Idee, dass Ethik auch mit Gewöhn-

nung und Gewohnheit zu tun hat, in seinem sehr lesenswerten Buch zur Gerechtigkeit folgend zusammen:

„Auch wenn Aristoteles die Gewohnheit so stark betont, heißt das nicht, dass er sittliche Tugend als eine Art Routineverhalten betrachtet. Gewöhnung ist der erste Schritt in der moralischen Erziehung. Doch wenn alles gutgeht, verfestigt sich die Gewohnheit schließlich, und wir erkennen, worauf es dabei ankommt. Die Benimm-Kolumnistin Judith Martin (alias „Miss Manners“) beklagte einmal die verlorengangene Gewohnheit, Dankesbriefe zu schreiben. Heute, so merkte sie an, gingen wir davon aus, dass Gefühle mehr zählen als Manieren – solange wir Dankbarkeit empfinden, müssen wir uns um solche Formalitäten nicht kümmern. Miss Manners ist anderer Meinung: „Im Gegenteil, ich glaube, es ist sicherer, darauf zu hoffen, dass die Einübung angemessenen Verhaltens schließlich tugendhaftes Empfinden fördert; wer genügend Dankesbriefe schreibt, verspürt am Ende vielleicht einen Anflug von Dankbarkeit.“ (Sandel, 2013, S. 270)

Es sind im Prinzip, so können wir zusammenfassen, drei Dinge, welche die moralphilosophischen Überlegungen des Aristoteles leiten: Erstens der Hinweis, dass das Tugendhafte in der Mitte zwischen einem Zuviel und einem Zuwenig liegt (Mesotes-Lehre), zweitens, dass rechtes Verhalten geübt und eingewöhnt werden muss (Ethos) und drittens, dass es bei ethischen Belangen und Sachverhalten um die Erkenntnis der hier und jetzt richtigen einzelnen Handlung geht (Phronesis) und nicht um die Applikation von Allgemeinwissen.

Damit schließen wir die Überlegungen zu Aristoteles und machen einen großen Sprung in die Moderne und müssen viele Denker und Themen auslassen. Zum Beispiel Platon, Augustinus, Thomas von Aquin oder die Frage nach dem Verhältnis des Wahren, Schönen und Guten sowie die Thematisierung des Bösen und die Rolle des Gewissens (vgl. Poltrum, 2023) in Bezug auf moralphilosophische Problemlagen.

Immanuel Kant (1724–1804) – Gesinnungsethik, deontologische Ethik

Befragt, ob es auf Erden ein Maß gibt, würde Immanuel Kant, welcher der historischen Aufklärung¹⁴ zuzurechnen ist, wohl mit seinem ka-

¹¹ Siehe auch Aristoteles (o.J.), Zweites Buch, erstes Kapitel im PROJEKT GUTENBERG-DE: „Ebenso werden wir aber auch durch gerechtes Handeln gerecht, durch Beobachtung der Mäßigkeit mäßig, durch Werke des Starkmuths starkmüthig.“ <https://www.projekt-gutenberg.org/aristote/nikomach/niko0201.html> (Abgerufen am 25.01.2024).

¹² „Liebet eure Feinde (...)“ (Die Bibel, 1998, Matthäus 5:45–46, S. 1081) geht vielleicht in eine ähnliche Richtung.

¹³ Siehe dazu auch den Begriff „Kommunitarismus“ bei Wikipedia. <https://de.wikipedia.org/wiki/Kommunitarismus> (Aufgerufen am 27.02.2024).

¹⁴ Kant (1784/1994, S. 55): „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschließung und des

tegorischen Imperativ antworten. Er hat diesen Imperativ in verschiedenen Formulierungen und Variationen vorgelegt. Doch bevor zwei Varianten genannt und erläutert werden, ein paar notwendige Vorinformationen:

In der *Kritik der reinen Vernunft* (1781/1787/1992a, 1992b) leistet Kant den philosophischen Aufweis, dass man die Existenz Gottes sowie das Sein der Freiheit und die Unsterblichkeit der Seele weder wissenschaftlich beweisen noch wissenschaftlich widerlegen kann. In seinen eigenen Worten klingt das in Bezug auf die Gottesfrage im Ergebnis so: „Ich musste also das Wissen aufheben, um zum Glauben Platz zu bekommen, (...)“ (a.a.O., S. 33). Man könnte also mit Kant spöttisch sagen, ohne seine Argumentation hier auszuführen (vgl. a.a.O., S. 510–605; Bröcker, 1970, S. 119–136; Coreth & Schöndorf, 1990, S. 124–127), dass es im Grunde zwei große Kategorien von Gläubigen gibt. Nämlich: Theisten, die an die Existenz Gottes glauben, und Atheisten, die glauben, dass es keinen Gott gibt. Dass der Atheismus auch eine Konfession darstellt, ohne dass Atheisten natürlich mit dieser Zuschreibung glücklich wären, liegt schlichtweg daran, dass man, wenn man weder beweisen kann, dass es einen Gott gibt,¹⁵ noch beweisen kann, dass es keinen gibt, man eben nur glauben kann, dass es keinen gibt. Daraus folgt: der Atheismus ist ein Glaubensbekenntnis.

In der *Kritik der praktischen Vernunft* (1788/1974b) zeigt der Mann, der Königsberg, seine „Heimatstadt“ und „deren Umkreis (...)“ nie verlassen hat (Spierling, 1993, S. 206), dafür aber ein philosophischer Kosmopolit war, dass von der Idee der Freiheit – und das ist für moral-philosophische Überlegungen elementar – ein regulativer Gebrauch¹⁶ für den Bereich des Ethischen ausgeht. Das Sein der Freiheit ist als regulative Idee eine Annahme, ohne welche ethi-

Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Sapere aude! Habe Mut dich deines eigenen Verstandes zu bedienen!, ist also der Wahlspruch der Aufklärung.“

¹⁵ Am 12. Oktober 1794 erhielt Kant ein vom protestantischen Aufklärungsgegner und Staatsminister Johann Christoph Wöllner unterzeichnetes Schreiben vom preußischen König Friedrich Wilhelm II., welches ihn in „scharfen Worten rügt“ und festhält, dass vor allem seine Schrift Religion innerhalb der Grenzen der bloßen Vernunft (1793/1794) „Entstellung, Herabwürdigung und Entehrung mancher Haupt- und Grundlehren der heiligen Schrift und des Christentums“ seien (vgl. Willaschek, 2023, S. 186–188). Kants Antworten schreiben an den König war eine „Mischung aus zeittypischen Unterwerfungsloskeln (...) und einer sehr selbstbewussten (...) Zurückweisung aller Vorwürfe“ (a.a.O., S. 189).

¹⁶ „Die Postulare der praktischen Vernunft entsprechen genau den Ideen der reinen (theoretischen) Vernunft. Die KrV nennt die Aufgabe der Metaphysik mit den Worten ‚Gott, Freiheit und Unsterblichkeit‘. (...) Nach Kants KrV müssen diese metaphysischen Größen zwar ‚gedacht‘, können aber nicht ‚erkannt‘ werden, sie haben nur regulative, nicht konstitutive Funktion in unserer Erkenntnis. Jetzt kehrt in der KrV diese Dreiheit wieder (...)“ (Coreth & Schöndorf, 1990, S. 138).

sche Überlegungen gar keinen Sinn machen würden. Kant:

„Freiheit ist aber wohl auch die einzige unter allen Ideen der spek.¹⁷ Vernunft, wovon wir die Möglichkeit a priori wissen, ohne sie doch einzusehen, weil sie die Bedingung des moralischen Gesetzes ist, welches wir wissen. (...) Folglich kann und muß ihre Möglichkeit in dieser praktischen Beziehung angenommen werden, ohne sie doch theoretisch zu erkennen und einzusehen. (...) Wäre aber keine Freiheit, so würde das moralische Gesetz in uns gar nicht anzutreffen sein.“ (a.a.O., S. 108)

Wenn also Neuro-Mythologen davon sprechen, dass das Gehirn den Geist determiniert und die Freiheit eine Illusion ist, und diese dann sogar noch glauben, dies wissenschaftlich beweisen zu können, dann ist das Mildeste, das man dazu sagen kann, dass das ein Rückfall in voraufklärerische Zeiten ist und ein radikaler Unsinn, der da verbreitet wird. Doch zurück zu Kant. Das Sein der Freiheit ist die Voraussetzung dafür, dass man dem Anspruch, der im kategorischen Imperativ gefordert wird, folgen kann oder eben diesen Maßstab für moralisches Handeln verwirft und ablehnt.¹⁸

Die Universalisierungsformel¹⁹ des kategorischen Imperativs sagt:

„Handle so, daß die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne.“ (Kant 1788/1974b, S. 140)

Maß unseres Handelns soll also das sein, von dem wir wollen können, dass es zum allgemeinen Maß ethischen Handelns für alle werden

¹⁷ Anmerkung: spek. ist die Abkürzung für „spekulativen“.

¹⁸ Wer beobachtet, dass jemandem 100 Euro aus der Hosentasche fallen, und leugnet, dass man frei ist, entweder die 100 Euro einzustecken oder den Mann, dem das Missgeschick passiert ist, darauf aufmerksam zu machen, dass er Geld verloren hat, versteht nicht, was mit Freiheit gemeint ist.

¹⁹ Vgl. zur Universalisierungsformel des Kategorischen Imperativs das Beispiel, das Markus Gabriel in seinem Buch *Moralischer Fortschritt in dunklen Zeiten* (2021, S. 144–147) gibt: den Besitz eines modernen Smartphones, das in ausbeuterischen Arbeitsverhältnissen hergestellt wird.

Vgl. zur Idee und vor allem zur Konsequenz des moralischen Universalisierungsgedankens auch Richard Rorty (1996) *Who Are We? Moral Universalism and Economic Triage*. Rorty argumentiert darin, dass die schöne Formel „we, the people of the United Nations“ oder „we, the people of the United States“ (a.a.O., S. 11), wenn das „we“ ernst genommen wird und nicht der Heuchelei oder Selbsttäuschung dienen soll, auch eine ökonomische Umverteilung impliziert, so dass alle, die mit dem „we“ angesprochen werden, nicht nur moralisch, sondern auch ökonomisch mitgemeint sind und die gleichen Chancen haben. Rorty: „The conclusion I draw from these premises is that thinking of other people as part of the same ‘we’, depends not only on willingness to help those people but on belief that one is able to help them. In particular, answering the question ‘who are we?’ with ‘we are members of a moral community which encompasses the human species’, depends on an ability to believe that we can avoid economic triage“ (a.a.O., S. 15).

könnte. Es geht hier also nicht um ein Handeln, das auf die Konsequenzen des Handelns aus ist, nicht um ein Handeln, welches primär auf das blickt, was durch das Handeln folgt, so wie man Kinder, die sich in einer Schlange vordrängeln mahnt, „was wäre, wenn das jeder machen würde“, sondern rein gesinnungsethisch darum, dass man sich in seinem Handeln nicht vom Grundsatz, von der Maxime²⁰ leiten lassen kann, sich anderen gegenüber zu bevorteilen.

Wenn ich mir von jemandem 100 000 Euro leihe und verspreche, dass ich das spätestens in einem Jahr zurückzahle, und beim Ausleihen schon weiß, dass mein Versprechen ein falsches Versprechen ist, dann handle ich nicht darum nicht nach dem kategorischen Imperativ, weil als Konsequenz dieser Handlung die soziale Institution des Versprechens untergraben werden würde, sondern weil ich nicht wollen kann, dass universal gelten soll, dass jeder sein Begehr und sein Bedürfnis (in dem Fall den Wunsch nach Geld) über die Bedürfnisse aller anderen stellt (vgl. zu diesem Beispiel: Sandel, 2009, S. 120 f.).

Die moralphilosophische Potenz der kantischen Ethik wird vielleicht deutlicher, wenn wir uns die Selbstzweckformel²¹ des kategorischen Imperativs ansehen. Diese sagt:

„Handle so, daß du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“ (Kant, 1785/1786/1974a, S. 61)

Zum Beispiel mit den 100 000 Euro zurückkommen bedeutet das, dass wenn ich jemandem verspreche, dass ich das Geld in einem Jahr zurückzahle, und weiß, dass das ein falsches Versprechen ist, weil ich das nicht können werde, dann verwende ich jemanden in manipulativer Absicht (vgl. Sandel, 2009, S. 122) als Mittel für meinen eigenen Zweck, eben den, an Geld zu kommen, und behandle den anderen moralisch gesehen nicht mehr als Person, die eigene Zwecke mit ihrem Geld verfolgen könnte, sondern im Grunde genommen als Ding, denn Dinge können keine Zwecke verfolgen (vgl. a.a.O., S. 110 f. u. S. 122; Sandel, 2013, S. 153 f. u. S. 169). Dieselbe Überlegung gilt im Übrigen auch für einen selbst. Wenn ich eine meiner Nieren verkaufen würde, um meiner Tochter ein Studium an einer Eliteuniversität in den USA zu finanzieren, dann würde ich mich selbst ebenfalls als Ding behandeln und gemäß der Selbstzweckformel des kategorischen Imperativs hier falsch liegen. Damit will ich hier nur andeuten, dass der neoliberalistischen Idee, alles kaufen und verkaufen zu können, vom Standpunkt der kantischen Philosophie ein moralphilosophischer Riegel vorgeschoben wäre.

Kant hat das, was mit dem kategorischen Imperativ²² gemeint ist, natürlich nicht erfunden²³, sondern einen sittlichen Grundsatz, der schon mit der goldenen Regel²⁴ angesprochen ist – „Was Du nicht willst, was man Dir tu, das füg' auch keinem anderen zu“ – präzisiert und auf den Begriff gebracht. Die Überlegungen des Königbergers sind alles andere als trivial, daher werden wir sie nun verlassen. Festzuhalten bleibt, Kants Ethik ist tendenziell eher Gesinnungsethik²⁵ und nicht „Erfolgsethik“ (Scheler 1916/2000, S. 127) oder Verantwortungsethik,

²⁰ Zum Begriff „Maxime“ vgl. Willaschek (2023, S. 101 ff.).

²¹ Vgl. zu Kants Begriff der Menschheit, die in der Selbstzweckformel des kategorischen Imperativs adressiert wird, das Buch von Omri Böhm (2022) *Radikaler Universalismus. Jenseits von Identität*, für das er 2024 mit dem Leipziger Buchpreis für Europäische Verständigung ausgezeichnet wurde. Böhm schreibt: „Hat man Kants Argument verstanden, dann zeigt es, dass Würde, Abstraktion, Universalismus und Autorität untrennbar miteinander verbunden sind. Würde hängt von Freiheit ab, die das Vermögen ist, nicht durch konkrete Tatsachen bestimmt zu sein. Sie kann deshalb nur abstrakt sein. Da sie abstrakt ist, ist ihr Geltungsbereich universell und schließt alle ein. Aus demselben Grund ist sie auch kategorisch, das heißt von universeller Autorität: Kein Umstand und keine Erwägung kann sie je überlagern oder untergraben. Kants Verankerung des Universalismus im abstrakten Begriff der Menschheit gewinnt die Verpflichtung auf ein höheres Gerechtigkeitsprinzip zurück. Universelle Normen beziehen sich auf Menschen, gehen aber über jede menschliche Autorität hinaus“ (S. 52). „Anders gesagt: Kants (...) Moralphilosophie (...) seine[r] wichtigste[n] Leistung (...) dem durch eine metaphysische Abstraktion erreichten Ausschluss sämtlicher – anthropologischen, historischen, soziologischen, psychologischen, biologischen – Fakten vom Nachdenken über die menschliche Würde“ (S. 61 f.). „Sobald konkrete Tatsachen über den Menschen an die Stelle von Kants Abstraktion treten, ist die empfindliche Grundlage der absoluten Würde bedroht. (...) Werden Menschen konkret statt abstrakt begriffen, ist schwer zu sehen, warum sie nicht als Objekte behandelt werden können – als Mittel statt als Zwecke. Der preußische Philosophprofessor Kant übertriebt nicht, wenn er behauptet, dass kein Verbrechen *entsetzlicher* ist als die Knechtschaft oder Sklaverei. Er versteht sie als Urverstoß gegen den kategorischen Imperativ“ (S. 62).

²² Zum kategorischen Imperativ generell, sowie Friedrich Wilhelm Hegels berühmtem Formalismuseinwand (S. 103 f.) und zur Kritik, dass Kants Ethik ein fatales und „absolutes Lügenverbot zur Folge hätte“, wie der schweizerisch-französische Schriftsteller und Politiker Benjamin Constant (S. 104 f.) ausführte, und zur begeisterten Kantianerin Maria von Herbert, welche der Versuch, nach dem kategorischen Imperativ zu leben, ins Unglück gestürzt hat (S. 99 f. u. S. 109 f.), vgl. die Darstellung von Marcus Willaschek (2023) *Kant. Die Revolution des Denkens*, insbesondere die Seiten 99–110. Zu Maria von Herbert vgl. auch https://de.wikipedia.org/wiki/Maria_von_Herbert (Abgerufen am 28.02.2024) und <https://cinema-austriaco.org/de/2023/12/09/maria-von-herbert/> (Abgerufen am 28.02.2024).

²³ Kant: „Wer wollte aber auch einen neuen Grundsatz aller Sittlichkeit einführen und diese gleichsam zuerst erfinden?

Gleich als ob vor ihm die Welt in dem, was Pflicht sei, unwissend oder in durchgängigem Irrtume gewesen wäre“ (Kant, zit. in Willaschek, 2023, S. 107).

²⁴ Vgl. dazu: https://de.wikipedia.org/wiki/Goldene_Regel (Abgerufen am 18.02.2024).

²⁵ Vgl. dazu auch: https://de.wikipedia.org/wiki/Gesinnungsethik#Gesinnungsethik_bei_Kant (Abgerufen am 19.01.2024). Kants Gesinnungsethik steht „nicht im Gegensatz zu einer Verantwortungsethik, sondern allenfalls zu einer bloßen ‚Erfolgsethik‘ (...).“ (...) „Kant diskutiert die Frage, ob eine Handlung, die im Erfolg gut ist, auch moralisch gut ist. Wenn jemand einem ledigen, altersschwachen Onkel hilft, ist dies an sich gut. Moralisch gut ist diese Handlung aber erst, wenn sie aus dem Motiv erfolgt, dem Onkel das Leben zu er-

um Begrifflichkeiten des bürgerlichen Soziologen Max Weber aus seiner Schrift *Politik als Beruf* (1919)²⁶ hier auch noch kurz zu erwähnen. Bei einer Gesinnungsethik wird beurteilt, welche Gesinnung im Hintergrund einer Handlung liegt, und nicht so sehr, welches Ergebnis aus einer Handlung folgt. Wenn ich sage, jeder Mensch hat das Recht auf Beheimatung – nicht Heimat, sondern Beheimatung –, und daraus folgere, dass wir Menschen, die zu uns wollen und bei uns Beheimatung suchen, aufnehmen sollen, dann ist das eine gesinnungsethische Argumentation. Wenn ich sage, zu viele verschiedene Kulturen auf einem Fleck generieren Turbulenzen, dann ist das eine verantwortungsethische Aussage, wenn sie im Blick hat, was aus einer möglichen Durchmischung als Resultat folgen könnte.²⁷

Natürlich ist es nicht so, dass Gesinnungsethik besser ist als Verantwortungsethik oder umgekehrt. Die Unterscheidung ist nur nützlich, um moralphilosophische Argumente auszutauschen und um klarer zu sehen, was für eine ethische Argumentation man vor sich hat. Im Falle von Kant handelt es sich um eine Gesinnungsethik und nicht um eine Erfolgssethik oder eine Verantwortungsethik oder einen Konsequentialismus.

Mit utilitaristischen²⁸ Überlegungen und der Idee, dass das Maß, das es auf Erden geben könnte, vielleicht im Folgenden besteht: „Diejenige Handlung ist die beste, die das größte Glück der größten Anzahl zeitigt“ (Hutcheson, 1725/1986, S. 71)²⁹, bei der Jeremy Bentham (1748–1832) und John Stuart Mill (1806–1873), der das noch ein kleinwenig verfeinert hat, zugestimmt hätten, kann ich mich hier nicht

leichtern und wenn nicht vorrangig dahinter der Eigennutz steht, etwa sein Erbe abzusichern.“

²⁶ Max Weber: „Wir müssen uns klar machen, daß alles ethisch orientierte Handeln unter zwei voneinander grundverschiedenen (...) Maximen stehen kann: es kann ‚gesinnungsethisch‘ oder ‚verantwortungsethisch‘ orientiert sein (...) es ist ein abgrundtiefen Gegensatz, ob man unter der gesinnungsethischen Maxime handelt – religiös geredet –: ,der Christ tut recht und stellt den Erfolg Gott anheim‘, oder unter der verantwortungsethischen: dass man für die (voraussehbaren) Folgen seines Handelns aufzukommen hat.“ Vgl. dazu: <https://www.projekt-gutenberg.org/webermax/polberuf/chap001.html> (Abgerufen am 20.01.2024).

²⁷ Es gibt natürlich auch gesinnungsethische Argumente gegen und verantwortungsethische Argumente für Zuwanderung. Bei den Beispielen oben ging es nur darum, die unterschiedliche Stoßrichtung- bzw. Genese von Argumenten anhand eines Beispiels zu verdeutlichen. Zu gesinnungs- bzw. verantwortungsethischen Argumenten für und gegen Zuwanderung siehe Konrad Ott (2016).

²⁸ Vgl. Horster (2012): „Der Utilitarismus ist eine moralphilosophische Strömung, die im 18. Jahrhundert von Jeremy Bentham, John Stuart Mill und Henry Sidgwick bekanntgemacht und ausgearbeitet wurde“ (S. 49). „Lat. *utilitas* bedeutet: Nutzen, Nützlichkeit, Vorteil oder Brauchbarkeit“ (S. 50).

²⁹ „Mit dem Ausdruck ‚größte Beglückung für die größte Anzahl‘ [von Menschen] nahm er [Francis Hutcheson] einen Kernpunkt des Utilitarismus des englischen Philosophen Jeremy Bentham vorweg.“ https://de.wikipedia.org/wiki/Francis_Hutcheson (Abgerufen am 30.01.2024).

auseinandersetzen, zumal wir schon bei Kant waren, der den Utilitarismus zurückgewiesen hat (Sandel, 2013, S. 148 f.)³⁰, da es moralische Fragen gibt, bei denen nicht „das größte Glück der größten Anzahl“ und damit die Mehrheit entscheiden sollte, sondern das moralische Prinzip. Prinzipien schützen Minderheiten, Mehrheiten und den Einzelnen.³¹

Mit zwei Einwänden gegen die kantische Moralphilosophie sollen nun noch kurz die ethischen Positionen von Jürgen Habermas und Max Scheler dargestellt werden, bevor wir abschließend Friedrich Nietzsches psychologistische Ethik behandeln.

Jürgen Habermas (geb. 1929) – Diskursethik

Der Philosoph und Gesellschaftstheoretiker Jürgen Habermas, Deutschlands philosophisches Gewissen, der sich immer wieder zu gesellschaftspolitischen Themen in den öffentlichen Diskurs eingebracht hat, zuletzt in Bezug auf den Ukraine-Krieg (Habermas, 2022, 2023), und noch als 90-Jähriger 2019 eine über 1700 Seiten dicke Abhandlung zur Geschichte der Philosophie vorgelegt hat (Habermas, 2019), schlägt in seiner Theorie des Kommunikativen

³⁰ Sandel: „Kant lehnt den Utilitarismus ab. Weil der Utilitarismus Rechte durch eine Kalkulation begründet, macht er sie nach seiner Ansicht angreifbar. Zudem gibt es ein Problem, das tiefer geht, denn für Kant führt der Versuch, moralische Prinzipien aus unseren zufälligen Begierden abzuleiten, in die Irre. Etwas wird nicht dadurch richtig, dass es vielen Menschen Lust bereitet. Die bloße Tatsache, dass die Mehrheit, wie groß sie auch sei, ein bestimmtes Gesetz bevorzugt, macht daraus kein gerechtes Gesetz“ (Sandel, 2013, S. 148 f.). „Die menschliche Würde zu achten heißt für Kant, Personen als Zweck an sich zu behandeln. Deshalb ist es falsch, Menschen um des Gemeinwohls willen zu instrumentalisieren, wie es der Utilitarismus tut. Stößt man den dicken Mann auf die Schienen (ein moralphilosophisches Beispiel, das Sandel auf den S. 34 ff. gibt, Anm. v. Poltrum), um die Lok zu stoppen (die sonst in eine Menge mit vielen Menschen rasen würde, Anm. v. Poltrum), benutzt man ihn als Mittel und achtet ihn nicht als Person. Ein aufgeklärter Utilitarist (wie Mill) würde sich vielleicht weigern, den Mann hinabzustoßen, weil er besorgt ist, dass sekundäre Auswirkungen den Nutzen auf lange Sicht minimieren könnten. (Die Menschen würden bald Angst davor haben, auf Brücken zu stehen usw.) Kant dagegen würde daran festhalten, dass dies der falsche Grund sei, jemanden nicht von der Brücke zu stoßen. Denn auch hier würde das mögliche Opfer als Werkzeug angesehen, als Objekt, als bloßes Mittel für das Glück anderer“ (a.O., S. 154).

³¹ Vgl. das Problem des Utilitarismus auch anhand folgender Beispiele bzw. Empfehlungen: https://de.wikipedia.org/wiki/Ferdinand_von_Schirach; „Feinde“ (Abgerufen am 30.1.2024) und anhand des Beispiels von Michael Sandel (2013, S. 56 f.) „Ist Folter je gerechtfertigt“, sowie durch folgende Passage aus Dostojewskis (1878–1880/1985, S. 399 f.) Roman *Die Brüder Karamasoff*: „Würdest du, wenn du selbst, nehmen wir an, den ganzen Bau der Gesetze für das Menschengeschlecht zu errichten hättest, mit dem Ziel im Auge, zum Schluss alle Menschen glücklich zu machen, ihnen endlich einmal Ruhe und Frieden zu geben, – doch zur Erreichung dieses Ziels müßtest du zuvor unbedingt, als unvermeidliche Vorbedingung zu jenem Zweck, meinethalben nur ein einziges winziges Geschöpfchen zu Tode quälen, sagen wir, dieses selbe Kindchen (...), – würdest du dann einwilligen, unter dieser Bedingung der Architekt des Baues zu sein? Antworte mir und lüge nicht!“

Handelns von diskursethischer Warte folgende Korrektur am kategorischen Imperativ vor:

„Der kategorische Imperativ bedarf einer Umformulierung (...): Statt allen anderen eine Maxime, von der ich will, dass sie allgemeines Gesetz sei, als gültig vorzuschreiben, muss ich meine Maxime zum Zweck der diskursiven Prüfung ihres Universalitätsanspruchs allen anderen vorlegen. Das Gewicht verschiebt sich von dem, was jeder (einzelne) ohne Widerspruch als allgemeines Gesetz wollen kann, auf das, was alle in Übereinstimmung als universale Norm anerkennen wollen.“ (Habermas, 1983, S. 77)

Das scheint mir ein wichtiger Hinweis zu sein. Zur diskursiven Prüfung des Universalisierungsanspruches moralischer Grundsätze müssen diese zur Konsensfindung allen an einem moralischen Diskurs Beteiligten vorgelegt werden. Die Diskursethik ist eine Verfahrensethik und unterscheidet sich von einer Individualethik dadurch, dass allgemeingültige (universelle) Aussagen über allgemein anerkannte Moralprinzipien im Konsens aller an einer Kommunikation Beteiligten ermitteln werden sollen.

Der Unterschied zur kantischen Ethik besteht darin, dass die Bestimmung der ethischen Maximen nicht individuell subjektiv erfolgen soll, sondern dem intersubjektiven Dialog vorbehalten sein soll.

In moralphilosophischen Erwägungen, das dürfte mittlerweile klargeworden sein, geht es nicht um das, was ist, sondern um das, was sein soll. Die Ontologie und die Einzelwissenschaften beschäftigen sich mit dem, was ist, die Ethik hingegen interessiert sich für das, was sein soll. Hier das Sein, dort das Sollen. Das wird mit Blick auf die Diskursethik deutlich, die als Verfahrensethik mithelfen soll, ein Mittel zur Verfügung zu stellen, mit dem man politische und ökonomische Konfliktlagen zumindest angehen könnte.

Max Scheler (1874–1928) – Wertethik

Für Max Scheler und seine phänomenologische Wertethik ist wieder alles anders. Scheler glaubt nicht, dass die praktische Vernunft und die Rationalität das richtige Maß sind, um das Ethische zu erschließen. Er setzt Blaise Pascals Logik des Herzens³² an die Stelle, an die Kant die Rationalität und die Pflicht zur Befolgung der moralischen Gesetze stellt.

Das Gute, die universell gültigen Werte, und bei Scheler sind Werte universal gültig, das Gute wird durch das Herz³³, durch das Gefühl erfasst. In seiner Schrift *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik* (Scheler, 1916/2000), die Viktor Frankl wie eine Bibel mit sich herumgetragen hat und von der die psychotherapeutische Richtung der „Existenzanalyse“ sehr viel übernommen hat, unterscheidet Scheler Zustandsgefühle von intentionalen Gefühlen.³⁴ Letztere, die intentionale Gefühle, sind für die Ethik wichtig, weil durch sie die Welt der Werte erfasst wird.³⁵ Die Werte des Angenehmen/Unangenehmen, Edlen/Gemeinen, Schönen/Hässlichen, Rechten/Unrechten, Wahren/Falschen, Heiligen³⁶ und Unheiligen werden durch das intentionale Fühlen erschlossen. Scheler behauptet sogar, dass es im Grunde nicht das Vorstellen oder das Wahrnehmen ist, welches das primäre Begreifen der Welt leite, sondern das wertmäßige Erfassen.

„Alles primäre Verhalten zur Welt, (...) ist eben nicht ein ‚vorstelliges‘, ein Verhalten des Wahrnehmens, sondern immer gleichzeitig, ja nach dem vorhin Ausgeführten primär ein emotionales und wertnehmendes Verhalten.“ (a.a.O., S. 206)

Darüber hinaus ist seine Wertethik keine Güterethik, vielmehr sind Dinge, Güter und Werte voneinander zu trennen (a.a.O., S. 43).

Werte „zeigen sich“ an Dingen und Gütern. Dinge und Güter sind Träger von Werten. Werte sind aber in ihrer Wertqualität von Dingen und Gütern unabhängig. Ein Ding wäre zum Beispiel ein Goldbarren. Ein Gut zum Beispiel ein Gemälde. Ein Unterschied von Ding und Gut ist der, dass man Dinge teilen kann, Gü-

³² Für Max Scheler ist der Mensch, wenn er von der Vernunft oder vom Willen her gedacht wird, in seinem Wesen verfehlt, denn was den Menschen zum Menschen macht, ist die Liebe und das Lieben-Können. „Der Mensch ist eher ein *ens cogitans* oder ein *ens volens*, ein *ens amans* ist“ (Scheler, 1957, S. 356).

³³ Scheler (1916/2000): „Wir scheiden zunächst das intentionale ‚Fühlen von etwas‘ von allen bloßen Gefühlszuständen“ (S. 261). „Gefühlszustände und Fühlen sind grundverschieden (...).“ (S. 262). Zustandsgefühle sind entweder „objektlos“ oder wenn sie mit einem Objekt verbunden sind, dann ist die Verbindung nachträglich „verknüpft“ (S. 262). „Ich fasse einen zweifellos sinnlichen Gefühlszustand, etwa einen sinnlichen Schmerz oder einen sinnlichen Lustzustand, den Zustand, der dem Angenehmen einer Speise, eines Geruches, einer leisen Berührung usw. entspricht, ins Auge“ (S. 261).

³⁴ Intentionale Gefühle sind von vornherein auf Gegenstände bezogen und erschließen Werte. Scheler (1916/2000): „(...) Werte [sind] nur im Fühlen gegeben (...); Farben nur im Sehen; Töne nur im Hören (...).“ (S. 90). „Hier [beim intentionalen Fühlen] besteht ein ursprüngliches Sichbeziehen, Sichrichten des Fühlens auf ein Gegenständliches, auf Werte“ (S. 262 f.). „Dieses Fühlen hat daher genau dieselbe Beziehung zu seinem Wertkorrelat wie die ‚Vorstellung‘ zu ihrem ‚Gegenstand‘“ (S. 263).

³⁵ Scheler (1916/2000): „(...) der Akt, in dem wir die Werte des Heiligen ursprünglich erfassen, [ist] der Akt einer bestimmten Art von Liebe (...).“ (S. 126).

³² Scheler (1916/2000, S. 82): „(...) ‚Rationalismus‘, wie Kant ihn – besonders zum Schaden der Ethik – vertritt (...). Es gibt einen apriorischen ‚ordre du cœur‘ oder ‚logique du cœur‘, wie Blaise Pascal treffend sagt.“

ter nicht. Ein Goldbarren lässt sich teilen, ohne dass der Gesamtwert tangiert wird, das geht bei einem Gut wie einem Gemälde nicht. Wer Picassos Bild von der Friedenstaube in zwei Teile teilt, zerstört es. Zur Wiederholung: Dinge und Güter sind Träger von Werten, Werte sind aber in ihrer Wertqualität von Dingen und Gütern unabhängig. Dazu ein Zitat:

„So wenig die Farbe Blau rot wird, wenn sich eine blaue Kugel rot färbt, so wenig werden die Werte und ihre Ordnung dadurch tangiert, dass sich ihre Träger im Wert ändern. (...) Der Wert der Freundschaft wird nicht angefochten dadurch, dass sich mein Freund als falsch erweist und mich verrät.“ (Scheler, 1916/2000, S. 41)

Das hat radikale Konsequenzen, denn jetzt kann man mit der phänomenologischen Wertethik sagen, ohne als Eurozentrist oder Ethnozentrist ‚gencancelt‘ werden zu müssen, dass Werte eine universelle Gültigkeit³⁷ haben und eben nicht historisch und kulturell relativ sind. Das kommt der Rettung der Ethik als philosophischer Disziplin gleich. In Bezug auf den Wert des Heiligen bedeutet das, dass es uninteressant ist, welcher Güterbestand als heilig verehrt wird. Ob das ein Buschgeist, Steine, Feuer, Wasser, Venus, Zeus, Mars, Jesus Christus, Allah oder Jahwe ist, das ist nebensächlich. Das sind Fragen in Bezug auf den religiösen Güterbestand.³⁸ Und auch dann, wenn sich die

³⁷ Markus Gabriel (2021) denkt in dieselbe Richtung, wenn er schreibt: „Auch im Bereich der Werte gibt es Tatsachen – moralische Tatsachen“ (S. 47). „Der moralische Realismus nimmt an, dass es objektiv bestehende moralische Werte gibt, die wir erkennen können“ (S. 48). „Es gibt von unseren Privat- und Gruppenmeinungen unabhängige moralische Tatsachen. Diese bestehen objektiv“ (...). „sind wesentlich durch uns erkennbar (...)“ und „gelten zu allen Zeiten, in denen es Menschen gab, gibt und geben wird. Sie sind von Kultur, politischer Meinung, Religion, Geschlecht, Herkunft, Aussehen und Alter unabhängig und deswegen universal“ (S. 33). „Moralische Werte sind universal. Sie gelten für alle Menschen, überall und zu allen Zeiten (...)“ (S. 44). „Der Werteuniversalismus ist die Annahme, es gäbe universale Werte – ein Gedanke, den ich so auffasse, dass menschliche Handlungen sich in drei Kategorien einteilen lassen, die fließend ineinander übergehen. Wie bereits erläutert, sind die drei Kategorien des Systems universaler Werte: das Gute, das Neutrale und das Böse. Diese Einteilung gilt über alle Zeiten und Kulturen hinweg und lässt sich (sprachlich verschieden artikuliert) überall nachweisen, wo Menschen moralisch nachdenken“ (S. 103). „Im Allgemeinen gilt, dass es einen alles entscheidenden Unterschied zwischen Wertvorstellungen und Werten gibt. Wertvorstellungen sind Antworten auf die Frage, was man im Allgemeinen sowie in gewissen besonderen Situationen glaubt, tun zu sollen, und wie dies mit dem Guten, Neutralen und Bösen zusammenhängt. Das Gute, Neutrale und Böse selbst sind hingegen Werte, die unabhängig davon bestehen, welche Wertvorstellungen eine gegebene Menschengruppe oder ein Individuum hat. Um in einer gegebenen Handlungssituation festzustellen, was wir tun bzw. unterlassen sollen, reicht der Hinweis auf die universalen Werte allein noch nicht hin. Denn wir müssen die nichtmoralischen Tatsachen, die eine Situation strukturieren, zur Kenntnis nehmen und gemeinsam mit anderen Menschen herausfinden, wie die Situationsteilnehmer die Lage einschätzen“ (S. 105).

³⁸ Scheler (1916/2000, S. 125 f.): „(...) Wertmodalität (...) des Heiligen (...). Wiederum ist diese Wertmodalität ganz unab-

,Bodentruppen‘ von Jesus Christus, Allah oder Jahwe als scheinheilig, pädophil, fanatisch, rachsüchtig oder machtversessen gebärden und damit vormals Heiliges verraten, dann ändert das nichts am Wert des Heiligen. Wenn ein Freund zum Verräter wird, ändert das ja auch nichts am Wert der Freundschaft. Werte sind lediglich mit Gütern und Dingen verbunden, sind aber letztlich unabhängig davon und, wie Philosophen gerne sagen, transzendent. Transcedere heißt „überschreiten“. Werte überschreiten, übersteigen das Dingliche und das Güterhafte und sind für Scheler das Maß, um das es beim Ethischen geht.

Zumindest so lange, bis sie wertlos werden und zerfallen. Womit wir beim letzten hier darzustellenden Denker und einem Befund Friedrich Nietzsches angelangt sind, der unter Nihilismus³⁹ versteht, dass „die obersten Werte⁴⁰ sich entwerthen. Es fehlt das Ziel. Es fehlt die Antwort auf das Wozu“ (Nietzsche, 1884–88/1922, S. 2).

Friedrich Nietzsche (1844–1900) – Psychologistische Ethik

Nietzsche hat sich an verschiedenen Stellen zum Thema der Moral geäußert und ist einer ihrer schärfsten Kritiker. In *Also sprach Zarathustra. Ein Buch für Alle und Keinen* (Nietzsche, 1883–1885/1993a) lässt er den historischen Zarathustra erscheinen, denjenigen, der nach Nietzsche die Unterscheidung von Gut und Böse in die Welt gebracht hat, und lässt ihn erkennen, was für ein fataler Irrtum mit dieser Unterscheidung begangen wurde. In *Jenseits von Gut und Böse. Vorspiel einer Philosophie der Zukunft* (Nietzsche, 1886/1988) und in *Zur Genealogie der Moral. Eine Streitschrift* (Nietzsche, 1887) beleuchtet der Entlarvungs- und Tiefenpsychologe Nietzsche die psychodynamischen

hängig von dem, was zu verschiedenen Zeiten und bei verschiedenen Völkern an Dingen, Kräften, realen Personen, Institutionen usw. als ‚heilig‘ gegolten hat (von fetischistischen Vorstellungen bis zum reinsten Gottesbegriff). Das sind Fragen des jeweiligen positiven Güterbestandes in dieser Wertsphäre (...).“

³⁹ Der Nihilismus als „psychologischer Zustand“ tritt nach Nietzsche ein, „wenn wir einen ‚Sinn‘ in allem Geschehen gesucht haben, der nicht darin ist: so dass der Sucher endlich den Mut verliert (...). Was ist im Grunde geschehen? Das Gefühl der *Wertlosigkeit* wurde erzielt, als man begriff, dass weder mit dem Begriff ‚Zweck‘, noch mit dem Begriff ‚Einheit‘, noch mit dem Begriff ‚Wahrheit‘ der Gesamtcharakter des Daseins interpretiert werden darf. Es wird nichts damit erzielt und erreicht; es fehlt die übergreifende Einheit in der Vielheit des Geschehens: Der Charakter des Daseins ist nicht ‚wahr‘, (...), man hat schlechterdings keinen Grund mehr, eine *wahre* Welt sich einzureden (...). Kurz: die Kategorien ‚Zweck‘, ‚Einheit‘, ‚Sein‘, mit denen wir der Welt einen Wert eingelegt haben, werden wieder von uns *herausgezogen* – und nun sieht die Welt *wertlos* aus (...).“ (Nietzsche, 1956, S. 676 f.).

⁴⁰ Zur moralphilosophischen Kritik an Nietzsches Wertbegriff vgl. Gabriel (2021), das Kapitel „Nietzsches scheußliche Verwirrung(en)“, S. 86–93.

und psychohistorischen Ursprünge der Moral. Ähnlich wie Hegel, Marx und andere Herr-Knecht-Dialektiker beschreibt Nietzsche (1887) in *Zur Genealogie der Moral*, das wohl eines seiner systematischsten Bücher darstellt, die Urgeschichte der Menschheit als Kampf von Herren und Knechten. Ein Nebeneffekt dieses Kampfes ist die Entstehung der Moral. Die Moral ist also nichts Edles, sondern hat einen schmutzigen und dunklen Ursprung. Doch wie soll man das genau verstehen? Aus dem Kampf zwischen Ich und Du gehen Herren und Knechte hervor, das ist auch bei Nietzsche so, der an die Urgeschichte der Menschheit den Kampf um Anerkennung setzt. Die Aggressions-, Hass-, Wut- und Rachegefühle, welche die Knechte gegenüber den Herren hegen, die sie ja unterworfen haben, können sich nicht nach außen in Richtung Herren entladen. Dazu sind die Knechte zu schwach und die Furcht vor der Strafe durch die Herren ist zu groß. Die einzige Möglichkeit des Gegenangriffes der Unterdrückten ist die, dass die Rache- und Hassgefühle verfeinert, vergeistigt, „sublimiert“ und „subtilisiert“ werden (Nietzsche, 1993b, S. 58). Die Rache wird erfunderisch und erschafft sich ein symbolisches Universum, in dem das Verhältnis von Herr und Knecht umgekehrt wird. Die Letzten werden die Ersten sein und die Kranken, Schwachen und Hässlichen werden in das Reich eingehen. Die Erfindung der Moral, das Aufstellen eines Kanons an Verboten und die Konstruktion eines strafenden Gottes, der stellvertretend für die Knechte die Herren für ihre Taten bestraft, wären nach Nietzsche Varianten, wie sich der Hass der Unterlegenen entäußert und Luft verschafft. Es ist nichts als pure Aggression und Racheinstinkt der Knechte am Werk,

„wenn die Unterdrückten (...) aus der rachsüchtigen List der Ohnmacht heraus sich zureden: „lasst uns anders sein als die Bösen, nämlich gut! Und gut ist Jeder, der (...) Niemanden verletzt, der nicht angreift, der nicht vergilt, der die Rache Gott übergibt, der sich wie wir im Verborgenen hält, der allem Bösen aus dem Wege geht und wenig überhaupt vom Leben verlangt, gleich uns den Geduldigen, Demütigen, Gerechten“ – (...).“ (a.a.O., S. 35 f.)

Aus der Not der Unterlegenheit wird eine Tugend gemacht und die Ideale Gut und Böse werden fabriziert, das Tun der Herren mit „böse“ belegt und das eigene Tun, das eher ein passives Erdulden denn ein Tun war, mit „gut“ betitelt. Die gebührende Strafe für die Taten der Herren, zu der die Knechte nicht in der Lage sind, wird dann stellvertretend für die Knechte irgend-

wann einmal Gott übernehmen. Die Vorstellung, dass es nach dem Tod eine Hölle gibt, in der die Unterdrücker dann auch leiden werden, ist ein Rachegedanke, mit dem die Knechte ihr Los besser ertragen und den Herren dieser Welt in ihre Suppe spucken, sodass die Herren ihren Reichtum nicht genießen können. Man kann und traut sich auf Erden nicht zurückzuschlagen und macht Gewaltfreiheit zum Ideal. Wenn dir einer auf die rechte Wange schlägt, dann halte auch die andere Seite hin, heißt es dann. Die Moral und die Idee von Gut und Böse sind nach Nietzsche eine Gestalt der Rache und des Ressentiments⁴¹, eine Moral, welche die Sklaven zur Rache an den Herren in die Welt gebracht haben. Mit der Moral, wenn sie nicht ehrlich gemeint ist, sondern primär aus dem Geiste der Entwertung der anderen, der Abwertung der anderen und der dadurch gleichzeitig vollzogenen Aufwertung der eigenen Person entspringt, wenn sie also aus dem Geiste des Ressentiments und dem Vorgang kommt, den anderen klein zu machen, so dass man dadurch selber groß wird, kommt ein ungeheuerliches Gift in die Welt. Menschen, die voll von diesem Gift sind, werden zu unangenehmen Zeitgenossen. Wenn man die Verantwortung für das eigene Leben nicht übernimmt, wenn man nicht sein Leben lebt, muss irgendjemand schuldig gesprochen und verantwortlich dafür macht werden. Man hat sich nicht getraut, seine großen Träume zu träumen, war vielleicht zu ängstlich, alles zu wagen, und sucht einen Schuldigen, warum man sein Leben nicht gelebt hat. Wenn das passiert, dann hat einen das Ressentiment selbst gepackt, man leidet dann, leidet aus eigenem Verschulden und schiebt die Schuld anderen in die Schuhe. Auch hier hat der Tiefenpsychologe Nietzsche einiges gesehen.

„Irgend Jemand muss schuld daran sein, dass ich mich schlecht finde“ – diese Art zu schließen ist allen Krankhaften eigen, (...). Die Leidenden sind allesamt von einer entsetzlichen Bereitwilligkeit und Erfindsamkeit in Vorwänden zu schmerzhaften Affekten; sie geniessen ihren Argwohn schon, das Grübeln über Schlechtigkeiten und scheinbare Beeinträchtigungen, sie durchwühlen die Eingeweide ihrer Vergangenheit und Gegenwart nach dunklen fragwürdigen Geschichten, wo es ihnen freisteht, in einem quälischen Verdachte zu schwelgen und am eignen Gifte der Bosheit sich zu berauschen – sie reissen die ältesten Wunden auf, sie verbluten sich an längst ausgeheilten Narben, sie machen Übelthä-

⁴¹ Ressentiment ist ein Begriff, der auf Michael Montaigne zurückgeht. Siehe dazu: <https://de.wikipedia.org/wiki/Ressentiment> (Abgerufen am 28.02.2024). Siehe auch Nietzsche (1887) sowie das sehr lesenswerte Buch von Thomas Gutknecht (2021).

ter aus Freund, Weib, Kind und was sonst ihnen am nächsten steht. „Ich leide: daran muss irgend Jemand schuld sein“ – also denkt jedes krankhafte Schaf.“ (Nietzsche, 1993b, S. 127 f.)

Manchmal hat man als Psychotherapeut den Eindruck, dass es eine böse Lust gibt, Wunden und Leid zu bewohnen. Es gibt sehr viele wirkliche Opfer, Traumatisierte und viele Menschen, die sehr viel Übel erfahren haben, keine Frage. Für all jene, die aufgrund schlimmer Erfahrungen nicht mehr heimisch in der Welt werden, kann Psychotherapie ein Segen sein. Für diejenigen Menschen jedoch, die eine Tendenz zum Ressentiment haben, die am liebsten in die Rolle des Opfers schlüpfen, vielleicht sogar aus einem histrionischen Aufmerksamkeitsbedürfnis heraus, kann Psychotherapie Gift sein, ist doch die Opferrolle die Rolle, durch die man am meisten Zuwendung bekommt. Wenn man dann noch die Tatsache bedenkt, dass es im Unterbewusstsein keine scharfe Trennung zwischen Erinnerung und Fiktion gibt⁴², dann werden unter Umständen Eltern und deren Interaktionen mit ihren Kindern für Dinge verantwortlich gemacht, die vielleicht nie stattgefunden haben. Weil man für die eigentlichen und entscheidenden Dinge keine Verantwortung übernehmen kann und will, müssen andere herhalten, die man dafür verantwortlich machen kann, dass man das eigene Leben nicht lebt. Man schließt dann: Wären die Umstände, meine Eltern, ... nur anders gewesen, dann hätte ich heute nicht die Probleme mit diesen oder jenen Dingen. Im schlimmsten Fall ist Psychotherapie, die sonst ein Segen sein kann, dann nichts anderes als die Gestalt eines hartnäckigen Ressentimentinstinktes, ja die Institutionalisierung des modernen Ressentiments. Was die Erinnerungen an die eigene Vergangenheit anbelangt, kann man als Prophylaktikum gegen eine mit Ressentimentgedanken geladene Rekonstruktion der eigenen Lebensgeschichte an Christine Lavant anschließen, die einmal meinte:

„Wenn ich mich bloß recht zusammennehme und mit aller notwendigen Aufmerksamkeit zurückdenke, so finde ich schon den schimmernden Schein, der jede wahre Kindheit ausmacht (...). Lange lebte ich in dem Irrtum, keine Kindheit gehabt zu haben, weil ich bloß dem nachging, was hart und bitter darin war. Eine böse Lust ist dies, alle gehabten Schmerzen so lange auszudehnen, bis sie sich wie ein Kleid aus Tränen und Vergrämtheit um einen legen, in welchem man dann

⁴² Freud meinte in einem Brief an seinen Freund Wilhelm Fließ, dass „es im Unbewußten ein Realitätszeichen nicht gibt, so daß man die Wahrheit und die mit Affekt besetzte Fiktion nicht unterscheiden kann“ (Freud, 1897/1962, S. 187).

mit eigenständlichem Stolz einhergeht, als gäbe es nichts Kostbareres und Edleres als dies. Aber man gerät damit früher oder später unfehlbar zu denen, die von jeglicher Freude verworfen werden.“ (Lavant, 1996, S. 56 f.)

Wer gerne und vorzüglich Opfer ist, wer nicht wirkliches Opfer ist, sondern die Opferrolle als Rolle seines Lebens sieht, kann sehr unangenehm werden, denn die Opferrolle lebt davon, andere zu Tätern zu stempeln und anderen ein schlechtes Gewissen einzureden. Wer mit aller Gewalt ein Opfer sein möchte, der braucht einen Täter. Wer Knecht sein möchte, der braucht einen Herrn, den er dann anklagen kann.

Auf die Frage, ob es auf Erden ein Maß gibt, antwortet Nietzsche also mit dem Hinweis, dass es zwei Weisen den Maßnehmens und zwei Arten von Moral gibt. Ein giftiges, lebensfeindliches, aus dem Geist des Ressentiments, der Abwertung und des Nein entspringendes Maß, die sogenannte „Sklaven-Moral“ und eine „vornehme[n] Werthungsweise“, eine „vornehme Moral“ und damit ein nobles Maß, das „aus einem triumphirenden Ja-sagen zu sich selber herauswächst“, aus einem „durch und durch mit Leben und Leidenschaft durchtränkten Grundbegriff“ (Nietzsche, 1877).⁴³

Schluss und Ausblick in Hölderlins Himmel

Zu den Themen Ethik, Moral⁴⁴ und darüber, was ein rechtes Maß (Heidegger, 1954/1994, S.

⁴³ SSiehe Nietzsche, Zur Genealogie der Moral (1887) im PROJEKT GUTENBERG-DE: „(...) Gedanken über die Herkunft unserer moralischen Vorrtheile“ (...) Bedenklichkeit (...) sie bezieht sich nämlich auf die Moral, auf Alles, was bisher auf Erden als Moral gefeiert worden ist (...) welchen Ursprung eigentlich unser Gut und Böse habe.“

„Der Sklavenaufstand in der Moral beginnt damit, dass das Ressentiment selbst schöpferisch wird und Werthe gebiert: das Ressentiment solcher Wesen, denen die eigentliche Reaktion, die der That versagt ist, die sich nur durch eine imaginäre Rache schadlos halten. Während alle vornehme Moral aus einem triumphirenden Ja-sagen zu sich selber herauswächst, sagt die Sklaven-Moral von vornherein Nein zu einem ‚Außerhalb‘, zu einem ‚Anders‘, zu einem ‚Nicht-selbst‘: und dies Nein ist ihre schöpferische That.“

Diese Umkehrung des werthesetzenden Blicks – diese nothwendige Richtung nach Aussen statt zurück auf sich selber – gehört eben zum Ressentiment: die Sklaven-Moral bedarf, um zu entstehen, immer zuerst einer Gegen- und Aussenwelt, sie bedarf, physiologisch gesprochen, äusserer Reize, um überhaupt zu agiren, – ihre Aktion ist von Grund aus Reaktion. Das Umgekehrte ist bei der vornehmen Wertungsweise der Fall: sie agirt und wächst spontan, sie sucht ihren Gegensatz nur auf, um zu sich selber noch dankbarer, noch frohlockender Ja zu sagen, – ihr negativer Begriff ‚niedrig‘, ‚gemein‘, ‚schlecht‘ ist nur ein nachgeborenes blasses Contrastbild im Verhältniss zu ihrem positiven, durch und durch mit Leben und Leidenschaft durchtränkten Grundbegriff, ‚wir Vornehmen, wir Guten, wir Schönen, wir Glücklichen!‘“

⁴⁴ Bei Bertold Brecht (1928/1973, S. 103) heißt es in der *Drei-groschenoper*: „Erst kommt das Fressen, dann kommt die Moral.“ Mackie Messer: „Ihr Herrn, die ihr uns lehrt, wie man brav leben/Und Sund und Missetat vermeiden kann/Zuerst müßt ihr uns was zu fressen geben/Dann könnt ihr reden: Da-

181–198; Marx, 1983; Gadamer, 1987, S. 333–349) des Handelns sein könnte, ist viel gesagt und geschrieben worden. Mit ein paar Strophen aus Hölderlins Gedicht *In lieblicher Bläue* (Hölderlin, 1807) möchte ich schließen. Das Blaue ist für Hölderlin der Himmel, den er über alles liebt. Er nennt den Himmel hin und wieder auch die Augen-Schule blau, denn beim Blick in den Himmel können wir was lernen.

Im Gedicht *In lieblicher Bläue* fragt Hölderlin: „Gibt es auf Erden ein Maß?“ Seine Antwort: „Es gibt keines.“

Kein Maß auf Erden, heißt für Hölderlin nicht, dass es gar kein Maß gibt:

„Die Himmlichen aber, die immer gut sind, alles zumal, wie Reiche, haben diese, Tugend und Freude. Der Mensch darf das nachahmen. Darf, wenn lauter Mühe das Leben, ein Mensch aufschauen und sagen: so will ich auch sein? Ja. So lange die Freundlichkeit noch am Herzen, die Reine, dauert, misset nicht unglücklich der Mensch sich mit der Gottheit. Ist unbekannt Gott? Ist er offenbar wie die Himmel? dieses glaub' ich eher. Des Menschen Maß ist's. Voll Verdienst, doch dichterisch, wohnet der Mensch auf dieser Erde. Doch reiner ist nicht der Schatten der Nacht mit den Sternen, wenn ich so sagen könnte, als der Mensch, der heißt ein Bild der Gottheit.“

Literatur

Aristoteles. (o.J.). *Nikomachische Ethik*. PROJEKT GUTENBERG-DE. <https://www.projekt-gutenberg.org/aristote/nikomach/nikomach.html> (Abgerufen am 29.01.2024).

Aristotle. (2009). The Nicomachean ethics. Oxford World's Classics (transl. by D. Ross). Oxford: Oxford University Press.

Bertold, B. (1973). *Die Dreigroschenoper*. Zweiter Akt. *Denn wovon lebt der Mensch?* Erstausgabe 1928. https://is.muni.cz/el/1421/jaro2009/NJI_20/um/7422462/7804666/Brecht_Die_Dreigroschenoper_Akt_I_II.pdf (Abgerufen am 28.02.2024).

Birnbacher, D. & Hoerster, N. (Hrsg.). (1976). *Texte zur Ethik*. München: dtv.

Böhm, O. (2022). *Radikaler Universalismus. Jenseits von Identität*. Berlin: Propyläen.

Bröcker, W. (1970). *Kant über Metaphysik und Erfahrung*. Frankfurt am Main: Klostermann.

mit fängt es an./Ihr, die ihr euren Wanst und unsre Bravheit liebt/Das eine wisset ein für allemal./Wie ihr es immer dreht und wie ihr's immer schiebt/Erst kommt das Fressen, dann kommt die Moral./Erst muß es möglich sein auch armen Leuten/Vom großen Brotlaib sich ihr Teil zu schneiden.“

Coreth, E. & Schöndorf, H. (1990). *Philosophie des 17. und 18. Jahrhunderts* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Die Bibel. (1989). *Einheitsübersetzung der Heiligen Schrift*. Stuttgart: Katholische Bibelanstalt.

Dostojewsky, F. M. (1985). *Die Brüder Karamasoff*. München: Piper. (Erstausgabe 1878–1880)

Freud, S. (1962). *Aus den Anfängen der Psychoanalyse 1887–1902. Briefe an Wilhelm Fliess*. Frankfurt am Main: Fischer. Erstausgabe 1897.

Gabriel, M. (2021). *Moralischer Fortschritt in dunklen Zeiten. Universale Werte für das 21. Jahrhundert*. Berlin: Ullstein.

Gadamer, H. G. (1987). *Gibt es auf Erden ein Maß?* (W. Marx). In ders., *Gesammelte Werke* (Band 3, Neuere Philosophie, S. 333–349). Tübingen: Mohr.

Gadamer, H. G. (1998). *Aristoteles. Nikomachische Ethik VI*. Frankfurt am Main: Klostermann.

Gutknecht, T. (2021). *Mut und Maß statt Wut und Hass. Ressentiments angemessen begegnen und Verantwortung übernehmen*. Berlin: Springer.

Habermas, J. (1983). *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Habermas, J. (2019). *Auch eine Geschichte der Philosophie* (2 Bde.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Habermas, J. (2022, 29. April). *Krieg und Empörung*. *Süddeutsche Zeitung*, S. 12–13.

Habermas, J. (2023, 15. Feb.) Ein Plädoyer für Verhandlungen. *Süddeutsche Zeitung*, S. 10–11.

Heidegger, M. (1994). „... dichterisch wohnet der Mensch...“. In ders., *Vorträge und Aufsätze* (7. Aufl., S. 181–1989). Stuttgart: Neske. Erstausgabe 1954.

Hölderlin, F. (1807). *In lieblicher Bläue*. <https://www.signaturen-magazin.de/friedrich-hoelderlin-in-lieblicher-blaeue.html> (Abgerufen am 28.02.2024).

Honneth, A. (Hrsg.). (1993). *Kommunitarismus. Eine Debatte über die moralischen Grundlagen moderner Gesellschaften*. Frankfurt am Main: Campus.

Horster, D. (2012). *Texte zur Ethik*. Stuttgart: Reclam.

Hutcheson, F. (1986). *Eine Untersuchung über den Ursprung unserer Ideen von Schönheit und Tugend. Über moralisch Gutes und Schlechtes*. Hamburg: Meiner. Originalausgabe 1725, *An inquiry into the original of our ideas of beauty and virtue*

Kant, I. (1974a). *Grundlegung der Metaphysik der Sitten*. *Werkausgabe Band VI*. (hrsg. von W. Weischedel). Frankfurt am Main: Suhrkamp. Erstausgabe 1785/1786.

Kant, I. (1974b). *Kritik der praktischen Vernunft*. In W. Weischedel (Hrsg.), *Werkausgabe Band VII* (S. 107–302). Frankfurt am Main: Suhrkamp. Erstausgabe 1788.

- Kant, I. (1992a). Kritik der reinen Vernunft. In W. Weischedel (Hrsg.), *Werkausgabe Band III* (S. 11–340). Frankfurt am Main: Suhrkamp. Erstausgabe 1781/1787.
- Kant, I. (1992b). Kritik der reinen Vernunft. In W. Weischedel (Hrsg.), *Werkausgabe Band IV* (S. 341–712). Frankfurt am Main: Suhrkamp. Erstausgabe 1781/1787.
- Kant, I. (1994). *Was ist Aufklärung? Aufsätze zur Geschichte und Philosophie* (4. Aufl., hrsg. von J. Zehbe). Göttingen: Vandenhoeck & Puprecht. Erstausgabe 1784
- Lavant, C. (1996). *Die Schöne im Mohnkleid*. Salzburg: Müller.
- Maio, G. (2012). *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer.
- Marx, W. (1983). *Gibt es auf Erden ein Maß? Grundbestimmungen einer nichtmetaphysischen Ethik*. Hamburg: Meiner.
- Nida-Rümelin, J. (2005). *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretischen Fundierungen. Ein Handbuch*. Stuttgart: Kröner.
- Nida-Rümelin, J. (Hrsg.). (2023). *Theoretische und angewandte Ethik*. Stuttgart: Kröner.
- Nietzsche, F. (1887). *Zur Genealogie der Moral. Eine Streitschrift*. <https://www.projekt-gutenberg.org/nietzschi/genealog/genealog.html> (Abgerufen am 28.02.2024).
- Nietzsche, F. (1922). *Der Wille zur Macht I. Versuch einer Umwertung aller Werte* (Taschenbuchausgabe Band IX). Leipzig: Kröner. Erstausgabe 1884–88.
- Nietzsche, F. (1956). *Nachlaß der Achtzigerjahre. Werke, Bd. 3* (hrsg. K. Schlechta). München: Hanser.
- Nietzsche, F. (1988). *Jenseits von Gut und Böse. Vorspiel einer Philosophie der Zukunft*. Stuttgart: Reclam. Erstausgabe 1886.
- Nietzsche, F. (1993a). *Also sprach Zarathustra. Ein Buch für Alle und Keinen*. Stuttgart: Reclam. Erstausgabe 1883–1885.
- Nietzsche, F. (1993b). *Zur Genealogie der Moral. Eine Streitschrift*. Stuttgart: Reclam.
- Ott, K. (2016). *Zuwanderung und Moral*. Stuttgart: Reclam.
- Patzig, G. (1971). *Ethik ohne Metaphysik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pieper, A. (2017). *Einführung in die Ethik* (7. Aufl.). Tübingen: Francke.
- Poltrum, M. (2020). Therapeutisches Wissen im Lichte der „Nikomachischen Ethik“ des Aristoteles. Psychotherapie als Kunst, Profession, Wissenschaft und Weisheit. In A. Pritz, J. Fiegl, H. Laubreuter & B. Rieken (Hrsg.), *Universitäres Psychotherapiestudium. Das Modell der Sigmund-* Freud-Privatuniversität (S. 169–186). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Poltrum, M. (2023). *Aufeinander hören. Zur ethischen und therapeutischen Relevanz des Zuhörens*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ricken, F. (1993). *Philosophie der Antike* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ritter, J. et al. (Hrsg.). (1972). *Historisches Wörterbuch der Philosophie, Band 2: D–F*. Basel: Schwabe & Co.
- Rorty, R. (1996). Who are we? Moral universalism and economic triage. *Diogenes*, 173, 44/1, 5–15.
- Sandel, M. J. (2009). *Justice: What's the right thing to do?* New York: Farrar, Strauss and Giroux.
- Sandel, M. J. (2013). *Gerechtigkeit. Wie wir das Richtige tun* (2. Aufl.). Berlin: Ullstein.
- Scheler, M. (1957). *Ordo amoris*. In ders. (Hrsg.), *Schriften aus dem Nachlass* (Band 1: Zur Ethik und Erkenntnislehre, S. 345–376). Bern: Francke.
- Scheler, M. (2000). *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus* (7. Aufl.). Bonn: Bouvier. Erstausgabe 1916.
- Spierling, V. (1993). *Kleine Geschichte der Philosophie. 50 Porträts von der Antike bis zur Gegenwart* (4. Aufl.). München: Piper.
- Thurnherr, U. (2000). *Angewandte Ethik zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Weber, M. (1919). *Politik als Beruf*. PROJEKT GUTENBERG-DE. <https://www.projekt-gutenberg.org/webermax/polberuf/chap001.html> (Abgerufen am 30.01.2024)
- Willaschek, M. (2023). *Kant. Die Revolution des Denkens*. München: C.H. Beck.



Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum

Professor für Psychotherapiewissenschaft
an der Sigmund-Freud-Privatuniversität
Wien; Philosoph, Psychotherapeut,
Lehrtherapeut
martin.poltrum@sfu.ac.at



Ethik des Argumentierens – falsche Argumente, um richtige Thesen zu stützen

Alfred Uhl

Zusammenfassung

Der Text betont einerseits die Notwendigkeit, populäre Statistiken und deren Interpretationen im Sinne des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls problematische Interpretationen deutlich zu kritisieren. Nur so kann sich die Wissenschaft sinnvoll weiterentwickeln. Gleichzeitig argumentiert der Text, dass Kritik an wissenschaftlichen Argumenten unter Umständen bei einem Teil der RezipientInnen wissenschaftsfeindliche Haltungen begünstigen kann. In diesem Sinne ergibt sich die Gefahr, dass der streng rationale, kritisch-wissenschaftliche Diskurs paradoxe Weise den Irrationalismus in der Gesellschaft fördert. Personen, die von bestimmten Sichtweisen oder Maßnahmen überzeugt sind und bemerken, dass irrationale Argumente für diese Positionen ins Feld geführt werden, stehen damit vor einem Dilemma. Kritisieren Sie die inadäquaten Argumente, schwächen sie damit den Stellenwert jener Positionen, von denen sie inhaltlich überzeugt sind, riskieren unerwünschten Applaus von GegnerInnen und Unverständnis von Gleichgesinnten. Verzichten Sie hingegen auf diese Kritik, ergibt sich ein ethisches Problem. Es ist für Forschende inakzeptabel, wissentlich falsche Argumente zur Stützung von Schlussfolgerungen anzuerkennen oder diese gar zu verwenden. Im vorliegenden Text werden einige Beispiele angeführt, wo irrationale Argumente zur Stützung von richtigen Sichtweisen bzw. sinnvollen Maßnahmenvorschläge herangezogen werden und sich daher das zuvor beschriebene Dilemma ergibt. Das erste Beispiel betrifft eine inadäquate Statistik aus der COVID-19-Forschung, die immer wieder zur Rechtfertigung sinnvoller Maßnahmen herangezogen wurde. Die folgenden Beispiele beziehen sich auf die fehlerhafte Interpretation ökologischer Zeitreihenkorrelationen in Bezug auf Substanzkonsum und Lebenserwartung, auf die zweifelhaften Einschätzungen der volkswirtschaftlichen Kosten des Substanzgebrauchs, auf die problematische Erfassung von substanzbezogenen vorzeitigen Todesfällen sowie auf unangemessene Schlussfolgerungen zum Thema Alkoholkonsum während der Stillzeit.

Schlüsselwörter: Forschungsmethodologie, Fehlschlüsse, Substanzmissbrauch, Sucht, Ethik

Summary

The text emphasizes the necessity of critically questioning and criticizing the interpretation of popular statistics to support the advancement of scientific knowledge. Only in this way can science develop meaningfully. At the same time, the text argues that criticizing scientific arguments can foster anti-scientific attitudes among some recipients. In this sense, there is a relevant danger that a strictly rational, critical-scientific discourse paradoxically promotes anti-scientific irrationalism in society. Individuals who are convinced of certain viewpoints or measures and realize that irrational arguments are being used to support these positions face a dilemma. If they criticize inadequate arguments supporting convictions they share, they undermine their own positions, risking unwanted applause from opponents and hostile reactions from like-minded individuals. If they refrain from such criticism, an ethical problem evolves. It is unacceptable for researchers to knowingly acknowledge or use false arguments to support their own convictions. The text presents several examples where irrational arguments are used to support sensible viewpoints or measures, leading to the aforementioned dilemma. The first example concerns an inadequate statistic used in COVID-19 research, which has been repeatedly used to justify sensible measures. Other examples pertain to the faulty interpretation of ecological time-series correlations regarding substance use and life expectancy, the dubious assessments of the economic costs of substance use, the problematic recording of substance-related premature deaths, and inappropriate conclusions about alcohol consumption during the breastfeeding period.

Keywords: research methodology, logical fallacies, substance abuse, addiction, ethics

1 Einleitung

Die Forderung nach einer evidenzbasierten Politik in der Suchtprävention ist grundsätzlich begrüßenswert, sofern dies bedeutet, dass empirische Gegebenheiten, die für politische Entscheidungen relevant sind, mit wissenschaftlichen Methoden so präzise wie möglich erfasst werden. Diese plausible Forderung ist jedoch nicht gänzlich unproblematisch, da sie zwei bedenkliche Aspekte mit sich bringt. Der erste bedenkliche Gedanke ist, dass sich ausschließlich aus empirischen Fakten ableiten ließe, welche Maßnahmen sinnvoll sind – eine Idee, die in der Forschungsmethodologie als „naturalistischer Fehlschluss“ oder „Sein-Sollen-Fehlschluss“ bezeichnet wird. Entscheidungen für oder gegen bestimmte Maßnahmen können nie allein auf empirischen Fakten basieren. Solche Entscheidungen sind grundsätzlich immer auch in ethisch fundierten Werten verankert. Der zweite bedenkliche Gedanke betrifft die positivistische Erwartung, dass sich alle relevanten Aspekte der Realität durch empirische Forschungsanstrengungen vollständig und hinreichend genau erfassen lassen. Diese Erwartung verkennt, dass viele wichtige Fragestellungen aus ethischen, finanziellen oder ontologischen Gründen nicht oder nur unvollständig und vorläufig wissenschaftlich fundiert beantwortet werden können.

Für Personen, die bestimmte Maßnahmen zu verantworten haben, ist es vorteilhaft, diese Entscheidungen als sachlich zwingend erforderlich zu präsentieren. Mit dem Schlagwort „evidenzbasierte Politik“ gelingt es, die zugrunde liegenden Werturteile, die ebenfalls zur Diskussion gestellt werden sollten, konsequent auszuklammern bzw. zu verschleiern.

Da das menschliche Denken primär intuitiv-assoziativ und nicht logisch-analytisch angelegt ist, gelingt es oft, ohne kritisiert zu werden, fehlende Informationen durch logische Fehlschlüsse aus empirischen Studienergebnissen zu ersetzen, oder, noch einfacher, Wissenslücken durch plausible Annahmen zu substituieren, ohne den spekulativen Charakter dieser Überlegungen offenzulegen. Wenn bestimmte Schlussfolgerungen den Überzeugungen der RezipientInnen entsprechen, und diese Positionen in der Gesellschaft weitgehend anerkannt sind, ist die Bereitschaft groß, unzulässige Schlussfolgerungen und willkürliche Annahmen bedenkenlos zu akzeptieren.

Eine kritische Infragestellung der Schlussfolgerungen unter Bezugnahme auf grundlegende methodologische Prinzipien erfolgt meist nur dann, wenn diese Schlussfolgerungen den Überzeugungen der RezipientInnen

grundlegend widersprechen. Diese Strategie, die Gültigkeit von Schlussfolgerungen aus empirischen Daten nicht anhand der Qualität der Datenerhebung und der logischen Stimmigkeit zu beurteilen, sondern daran, ob das Ergebnis inhaltlich als plausibel erachtet wird, wurde von Baron und Hershey (1988) treffend als „Outcome Bias“ bezeichnet.

2 Die inadäquate Quantifizierung der Wirksamkeit von COVID-19-Impfungen

Ein anschauliches Beispiel dafür, wie die methodologisch inadäquate Darstellung einer Statistik nicht nur zur Untermauerung falscher, sondern auch zur Stützung korrekter Schlussfolgerungen genutzt wurde, sind die Statistiken, die den Zusammenhang zwischen COVID-19-Impfungen und der Wahrscheinlichkeit, wegen COVID-19 einer Krankenhausbehandlung zu bedürfen, zeigen. Bei methodologisch korrekter Darstellung und Interpretation ergibt sich, dass die Impfung in der Anfangszeit der Pandemie in Israel, wie Morris (2021) erläuterte, die Wahrscheinlichkeit, wegen COVID-19 einer Krankenhausbehandlung zu bedürfen, um etwa 90 Prozent verringerte, also enorm wirksam war. Die den Berechnungen von Morris zugrundeliegenden Zahlen – von den bis Mitte August 2021 wegen COVID-19 in Israel hospitalisierten Personen waren 58 Prozent geimpft und 42 Prozent ungeimpft – legen, wie Morris betonte, bei laienhafter Betrachtung fälschlich das Gegenteil nahe; nämlich dass die Impfung die Wahrscheinlichkeit, hospitalisiert zu werden, sogar erhöhte.

Ein markantes Beispiel für eine derartige Missdeutung bot z. B. der Bundesparteibmann der Freiheitlichen Partei Österreichs in einem Interview im ORF-Mittagsjournal (2021). Er bezog sich dabei auf einen Artikel von Wadman (2021) über die COVID-19-Situation in Israel. Obwohl Wadman korrekt dargelegt hatte, dass die COVID-19-Impfung wirksam sei, jedoch nicht jede Infektion verhindern könne, interpretierte der Bundesparteibmann die Daten in einer Weise, die den tatsächlichen Gegebenheiten diametral widersprach, ohne die Ausführungen Wadmans zu beachten. Er beschrieb zunächst korrekt: „*Es gibt so viele Impfdurchbruchinfektionen, dass sie dominant sind. Die meisten der Hospitalisierten aktuell sind Geimpfte*“. Darauf aufbauend zog er dann allerdings den falschen Schluss, dass die Impfungen „*nicht einhalten, was versprochen wurde*“. PolitikerInnen, die die Situation sachlich korrekt interpretier-

ten, warf er vor, die Realität zu verleugnen und Scheuklappen zu tragen:

„Die Scheuklappen sind voll und ganz ausgefahren. Sie werden immer größer. Und man ist, wie jemand, dem man einen Chip¹ implantiert hat – so kommt mir das vor – nicht mehr in der Lage, die notwendige Beweglichkeit an den Tag zu legen, um einen Wechsel der Strategie, der dringend notwendig wäre, durchzuführen.“

In diesem Fall zeichnete sich jedoch der Kritiker, der anderen Scheuklappen vorwarf, selbst durch erhebliche Scheuklappen aus.

Morris (2021) erläuterte Schritt für Schritt, warum die intuitive Interpretation der von ihm ausgewiesenen Daten falsch ist und wie diese Daten korrekt ausgewertet und interpretiert werden müssen.

Im ersten Schritt erläuterte Morris ein Phänomen, das Tversky und Kahneman (1974) unter dem Schlagwort „Basisratenproblem“ umfassend diskutierten. Die Basisrate bezeichnet in diesem Beispiel den Anteil der zu diesem Zeitpunkt geimpften Personen. Um das Problem anschaulich zu illustrieren: Angenommen in einer Region, in der alle Menschen ungeimpft sind², sei die Wahrscheinlichkeit, wegen COVID-19 hospitalisiert zu werden, zehnmal so hoch wie in einer Region, in der alle geimpft sind. Dass in der geimpften Region logischerweise alle wegen COVID-19 hospitalisierten Personen geimpft sind (Impfdurchbrüche), sagt nichts über die Wirksamkeit der Impfung aus.

Um die Wirksamkeit der Impfung sinnvoll erfassen zu können, muss die inverse Perspektive gewählt werden. Das bedeutet, es geht nicht um die Wahrscheinlichkeit, dass Hospitalisierte zuvor geimpft wurden, sondern um die Wahrscheinlichkeit, dass Geimpfte anschließend hospitalisiert werden. Basierend auf den Zahlen aus Israel und den korrekten Berechnungen von Morris zeigt sich, dass die COVID-19-Impfung die Wahrscheinlichkeit, wegen COVID-19 hospitalisiert zu werden, um rund 20 Prozent verringert, was nicht besonders beeindruckend ist. Hier ist allerdings noch ein weiteres Problem zu berücksichtigen, das Morris in einem zweiten Schritt erläuterte.

Abgesehen vom Basisratenproblem gibt es in diesem Zusammenhang einen weiteren re-

levanten Störfaktor, der bei der Auswertung unbedingt berücksichtigt werden muss: das Lebensalter der in dieser Statistik beobachteten Personen. Als Morris 2021 seine Berechnungen durchführte, war allgemein bekannt, dass das Risiko, an COVID-19 zu erkranken, für ältere Menschen deutlich höher war und dass ältere Personen auch häufiger geimpft waren. Dieser Umstand erzeugt einen Scheinzusammenhang zwischen Impfung und Erkrankungsrisiko, den man durch eine stratifizierte Auswertung – also indem man nach verschiedenen Altersgruppen getrennt auswertet – leicht kompensieren kann und muss. Morris analysierte die Daten getrennt für verschiedene Altersgruppen, wobei jede Gruppe nicht mehr als zehn Geburtsjahrgänge umfasste. Die so ermittelte Wirksamkeit der Impfung schwankte je nach Alterskohorte zwischen 81 Prozent und 100 Prozent Verringerung einer Hospitalisierung. Insgesamt ergab sich eine Wirksamkeit der Impfung zur Reduktion schwerer Verläufe um rund 90 Prozent.

Wie Morris weiter ausführte, wurde die Wirksamkeit der Impfung bei den beschriebenen Auswertungen sogar noch weiter unterschätzt, weil COVID-19-Vorerkrankungen nicht erfasst waren und daher auch nicht berücksichtigt werden konnten. Da COVID-19-Vorerkrankungen, ähnlich wie Impfungen, das durchschnittliche Erkrankungsrisiko einer ungeimpften Gruppe verringern, wird der Abstand zwischen Ungeimpften und Geimpften unterschätzt, wenn man an COVID-19 vorerkrankte Ungeimpfte mit nicht-vorerkrankten Ungeimpften gleichsetzt.

Dass falsche Argumente zur Stützung falscher Thesen verwendet werden, wie zuvor beschrieben, ist zwar interessant, aber nicht der zentrale Inhalt dieses Textes, der auf falsche Argumente zur Unterstützung richtiger Positionen fokussiert. Letzteres, nämlich die Verwendung der zuvor beschriebenen inadäquaten Statistik zur Unterstützung der richtigen These, dass die COVID-19-Impfung wirkt, passierte in der österreichischen COVID-19-Berichterstattung regelmäßig.

Die Mehrheit der seriösen österreichischen Medien vermittelte 2021 und danach zwar sachlich korrekt, dass die COVID-19-Impfung das Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken, erheblich reduziere. Zur Unterstützung dieser Aussage wurde aber in der Regel der Anteil der geimpften bzw. der nicht-geimpften COVID-19-Erkrankten in Spitalsbehandlung ausgewiesen. Da die Anzahl der Nicht-Geimpften in den Spitälern durchwegs größer war als die Anzahl der Geimpften, schien diese unsinnige Statistik die Wirksamkeit der COVID-19-Impfung zu bestätigen. Hätten sich zu diesem Zeitpunkt

¹ Die ohne weitere Erklärung nicht nachvollziehbare unsinnige Idee, dass Menschen gesteuert werden können, indem man ihnen ohne deren Wissen Microchips implantiert, spielt wohl auf die Verschwörungstheorie an, dass Bill Gates im Zuge der Impfung Microchips zur Steuerung von Menschen implantiere (Brodnig, 2021).

² Diese Überlegungen gelten natürlich nur für die Anfangszeit einer Pandemie, solange nur wenige Personen eine COVID-Erkrankung durchgemacht haben und in der Folge auch ohne Impfung immunisiert sind.

mehr ÖsterreicherInnen impfen lassen, hätte diese Argumentationslinie, ähnlich wie zuvor in Israel, eine sachlich falsche Interpretation nahegelegt. Da es den GegnerInnen der COVID-19-Impfung sehr effektiv gelang, andere von der Wirkungslosigkeit bzw. Gefährlichkeit der COVID-19-Impfung zu überzeugen, ist der Anteil der Geimpften auch in weiterer Folge nie so stark gewachsen, dass diese Situation eingetreten wäre, dass der Anteil der Geimpften in Spitalsbehandlung den der Ungeimpften überstiegen hätte.

Aus dieser Situation ergab sich für mich ein deutlicher Konflikt. Als Wissenschaftler war es mir ein Anliegen, die von Morris veröffentlichten Überlegungen unter österreichischen FachkollegInnen zu verbreiten und einen methodologisch angemessenen Umgang mit inversen Wahrscheinlichkeiten einzufordern. Gleichzeitig bestand die Gefahr, dass meine Kritik an der medialen Darstellung der Wirksamkeit der COVID-19-Impfung von ImpfgegnerInnen aufgegriffen werden könnte, um Wissenschaftsfeindlichkeit zu fördern und meine Kritik in paradoxer Weise gegen die Impfung zu instrumentalisieren, so wie das schon der zuvor genannte FPÖ-Bundesparteiobmann, bezugnehmend auf den Text von Wadman (2021), gemacht hatte, ohne die Argumente des Autors zu verstehen.

Trotz dieser Gefahr entschloss ich mich letztlich, die beschriebene Problematik in einer wissenschaftlichen Publikation zu beschreiben (Uhl, 2021) und den Text einigen in Zusammenhang mit der österreichischen COVID-19-Situation wichtigen AkteurInnen zur Kenntnis zu bringen. Diese Publikation führte jedoch weder dazu, dass die mediale Argumentation zur Stützung der COVID-19-Impfung adäquat angepasst worden wäre, noch wurde die Publikation von ImpfgegnerInnen aufgegriffen, um Wissenschaftsfeindlichkeit zu propagieren oder gegen die COVID-19-Impfung zu polemieren.

3 Das Basisratenproblem in der Sucht-Epidemiologie

Das Basisratenproblem, das im Zusammenhang mit der Wirksamkeit der COVID-19-Impfung diskutiert wurde, ist auch in der Suchtorschung von erheblicher Bedeutung. Angesichts der hohen Prävalenz von problematischem und pathologischem Alkoholkonsum in Österreich ist es zweifellos wichtig, dass ÄrztInnen diesen erkennen und Betroffene im Rahmen einer Kurzintervention zur Verhaltensänderung motivieren. Um Alkoholprobleme rasch und

unkompliziert zu identifizieren, werden häufig einfache Screening-Instrumente wie der von der WHO empfohlene AUDIT-Fragebogen (Babor et al., 2001) eingesetzt. Diese Instrumente finden auch in der epidemiologischen Alkoholforschung breite Anwendung.

Hier stellt sich jedoch die wesentliche Frage, ob diese Screening-Instrumente hinreichend valide und reliabel sind, um ihren Einsatz in der medizinischen Praxis und der Epidemiologie zu rechtfertigen. Bei dichotomen Entscheidungsoptionen lässt sich die Verlässlichkeit eines Messinstruments am effektivsten durch die Bewertung seiner Sensitivität und Spezifität bestimmen.

Laut einer Metaanalyse von Kranzler und Soyka (2018) weist der AUDIT-Fragebogen bei optimal gewähltem Trennwert eine Sensitivität von 84 bis 85 Prozent und eine Spezifität von 77 bis 84 Prozent auf. Nimmt man die jeweils höheren Werte von 85 Prozent für die Sensitivität und 84 Prozent für die Spezifität an, bedeutet dies, dass 85 Prozent der problematischen AlkoholkonsumentInnen und 84 Prozent der unauffälligen AlkoholkonsumentInnen mit diesem Fragebogen korrekt identifiziert werden können. Diese psychometrischen Eigenschaften sind zwar nicht überragend, klingen aber auch nicht extrem schlecht. Immerhin ermöglicht der AUDIT-Fragebogen, einen Großteil der Personen mit Alkoholproblemen sowie der unauffälligen Personen zuverlässig zu identifizieren.

In der klinischen und Forschungspraxis ist es jedoch nicht entscheidend, wie viele problematische AlkoholkonsumentInnen (Sensitivität) und unauffällige Personen (Spezifität) korrekt identifiziert werden, sondern die inverse Fragestellung: Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person, die vom Fragebogen als problematisch eingestuft wird, tatsächlich ein Alkoholproblem hat? Diese Wahrscheinlichkeit wird als positiver Vorhersagewert (PPV) bezeichnet.

Der positive Vorhersagewert lässt sich relativ einfach berechnen, wenn man Sensitivität, Spezifität und die tatsächliche Prävalenz (p_t) des problematischen Substanzkonsums in der Population kennt. Geht man von einer Sensitivität von 85 Prozent und einer Spezifität von 84 Prozent aus und nimmt eine Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums von $p_t = 14\%$ an, wie diese beispielsweise für Österreich geschätzt wird, ergibt sich ein positiver Vorhersagewert von 46 Prozent. Das bedeutet, dass nur 46 Prozent³ der durch den Fragebogen als problematisch eingestuften Personen tat-

³ $pvw = (p_t \times se) : (p_t \times se + (1 - p_t) \times (1 - sp)) = (14\% \times 85\%) : (14\% \times 85\% + (1 - 14\%) \times (1 - 84\%)) = 46\%.$

sächlich problematisch konsumieren und dass 54 Prozent falsch klassifiziert wurden.

Setzt man diesen Fragebogen bei einer Erhebung ein, müsste man unter den zuvor beschriebenen Bedingungen erwarten, dass rund 26 Prozent⁴ einen erhöhten Score erzielen und somit als problematisch klassifiziert werden (beobachtete Prävalenz = p_b). Umgekehrt lässt sich, wenn Sensitivität und Spezifität eines Instruments bekannt sind, aus der p_b die tatsächliche Prävalenz von 16 Prozent rückrechnen⁵.

Da Fragebögen nie vollkommen fehlerfrei messen, sind Prävalenzangaben aus fragebogen gestützten Erhebungen mehr oder weniger stark systematisch verzerrt⁶. Diese Verzerrungen werden umso ausgeprägter, je niedriger die tatsächliche Prävalenz des untersuchten Phänomens ist und je geringer die Sensitivität und Spezifität des Instruments ausfallen. Insbesondere bei niedrigen Prävalenzen, wie sie dem aktuellen problematischen oder pathologischen Substanzkonsum entsprechen, ist daher mit einer erheblichen Überschätzung der tatsächlichen Prävalenz zu rechnen. Die auf diese Weise ermittelten Werte sind daher nur eingeschränkt interpretierbar.

Das Hinterfragen empirischer Messungen, die herangezogen werden, um die Bedeutung bestimmter Probleme zu betonen, wird häufig als Relativierung der Problematik wahrge nommen. Dies ist jedoch nicht gerechtfertigt. Erstens kann die Qualität von Messungen nur verbessert werden, wenn man sich der damit verbundenen Herausforderungen bewusst ist. Zweitens ist es für die Praxis meist unerheblich, ob ein bestimmtes gesellschaftliches Problem eine etwas höhere oder niedrigere Prävalenz aufweist. Konkrete Prävalenzen haben kaum Einfluss auf die Einstellung der Bevölkerung oder die politische Handlungsbereitschaft. So sterben jährlich nur etwa 0.004 Prozent der ÖsterreicherInnen bei Verkehrsunfällen und nur 0.003 Prozent an einer Drogenüberdosis. Dennoch wird kaum jemand argumentieren, dass entschiedene Maßnahmen zur Verhinderung schwerer Verkehrsunfälle oder drogenbezogener Todesfälle unnötig seien.

4 Der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und der Lebenserwartung

Für das Verständnis von Kausalzusammenhängen, wie dem zwischen Alkoholkonsum und Lebenserwartung, wären aus forschungsmethodologischer Sicht idealerweise langfristige, sorgfältig geplante und gut kontrollierte Experimente erforderlich. Es ist jedoch offensichtlich, dass es aus ethischen, finanziellen und methodologischen Gründen nicht möglich ist, Menschen zufällig in Gruppen einzuteilen, ihnen über Jahre hinweg spezifische Trinkgewohnheiten vorzuschreiben und diese auch noch strikt zu überwachen. Da umfassende experimentelle Studien in diesem Kontext also nicht realisierbar sind, stützt sich die Forschung auf die Analyse von Beobachtungsdaten, auf Tierstudien und auf kurzfristige Experimente, die spezifische Fragestellungen untersuchen.

Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von Befunden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf hindeuten, dass übermäßiger Alkoholkonsum die Gesundheit erheblich beeinträchtigt und dadurch die Lebenserwartung signifikant reduziert. Rund zwei Drittel des in Österreich konsumierten Alkohols wird dabei von problematischen oder pathologischen TrinkerInnen konsumiert. Der kausale Zusammenhang zwischen exzessivem Alkoholkonsum und einer verkürzten Lebenserwartung ist in der Suchtforschung weitestgehend anerkannt – und auch ich bin von der Existenz dieses Zusammenhangs vollkommen überzeugt. Es ist allerdings kaum möglich, präzise zu quantifizieren, wie viele Lebensjahre bei übermäßig Alkohol konsumierenden Personen durchschnittlich verloren gehen.

Die Bewertung des moderaten Alkoholkonsums ist weniger eindeutig. Einige AutorInnen postulieren, gestützt auf ihre Untersuchungen, eine leicht positive, andere hingegen eine leicht negative Wirkung des moderaten Alkoholkonsums auf die Gesundheit. Von jenen, die davon ausgehen, dass der moderate Alkoholkonsum eine gesundheitsfördernde Wirkung habe, wird der regelmäßig gefundene J-förmige Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Mortalität in diesem Sinne interpretiert. Jene, die von negativen Auswirkungen des moderaten Alkoholkonsums ausgehen, interpretieren den J-förmigen Zusammenhang als Selektions artefakt. Zudem gibt es Fachleute, die der Meinung sind, dass moderater Alkoholkonsum weder deutlich positive, noch deutlich negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat (siehe dazu Skovengborg et al., 2021, und Grønbæk et al., 2021).

⁴ $p_o = p_i \times se + (1 - p_i) \times (1 - sp) = 14\% \times 85\% + (1 - 14\%) \times (1 - 84\%) = 26\%$.

⁵ $p_b = (p_o + sp - 1) : (se + sp - 1) = (26\% + 85\% - 1) : (85\% + 84\% - 1) = 16\%$.

⁶ Konfidenzintervalle repräsentieren die aufgrund der Stichprobengröße plausible Schwankungsbreite, ignorieren aber den hier angesprochenen systematischen Fehler völlig.

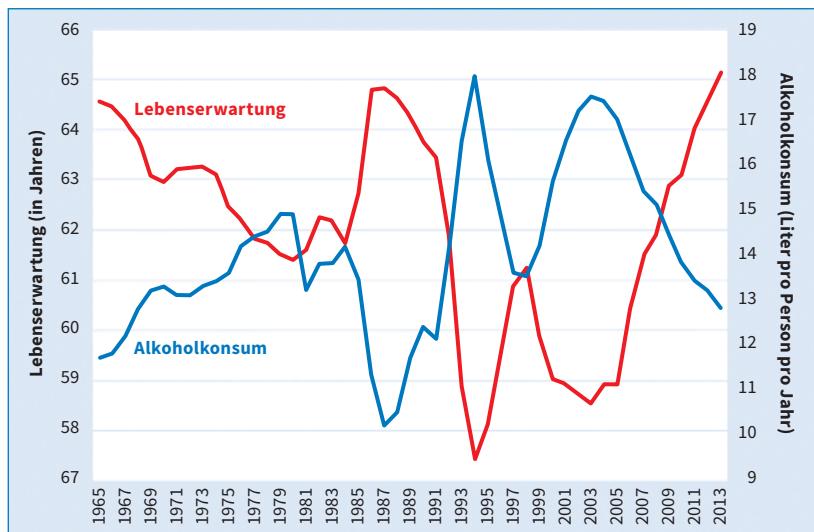


Abbildung 1

Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Lebenserwartung in Russland (Nemtsov, 2015; Übersetzung aus dem Russischen mit dem Programm „DeepL“)

Zur Untermauerung der These, dass übermäßiger Alkoholkonsum die menschliche Gesundheit erheblich gefährdet und somit die Lebenserwartung signifikant verringert, werden häufig Studien zitiert, die den Rückgang des durchschnittlichen Alkoholkonsums über die Zeit mit einer steigenden Lebenserwartung in Verbindung bringen. Ein Beispiel dafür ist eine Studie von Nemtsov (2015), die von Babor und KollegInnen (2010) als Beleg für diesen Zusammenhang herangezogen wird. Diese Studie zeigt über den Zeitverlauf einen nahezu perfekten Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Alkoholkonsum und der Lebenserwartung in Russland (siehe Abbildung 1).

Nemtsov erklärte diesen Zusammenhang damit, dass der Alkoholkonsum während der Amtszeit von Michail Gorbatschow, als eine umfassende Anti-Alkohol-Kampagne durchgeführt wurde (1985–1991), erheblich zurückging, was indirekt zu einer höheren Lebenserwartung führte. In der Folge lockerte die Administration von Boris Jelzin (1991–1999) nach dem Zerfall der Sowjetunion die Anti-Alkohol-Maßnahmen, was zu einem erneuten Anstieg des Alkoholkonsums und einem Rückgang der Lebenserwartung führte.

Im Sinne des Outcome Bias neigen Menschen dazu, Argumente, die ihre eigenen zentralen Überzeugungen oder offensichtlich richtige Schlussfolgerungen unterstützen, kaum zu hinterfragen. Selbst wenn explizit darauf hingewiesen wird, dass die Kritik sich nur gegen die Argumente und nicht gegen die Schlussfolgerungen richtet, wird sie dennoch häufig als Angriff auf die zugrunde liegenden Überzeugungen wahrgenommen, was spontan und intuitiv oft Widerstand auslöst. Aus einer wissenschaftlichen Perspektive ist es jedoch unerlässlich, fehlerhafte Argumente als unzureichend zu erkennen und abzulehnen, auch

wenn die Thesen, die durch diese Argumente gestützt werden sollen, grundsätzlich korrekt sind.

Ein kritischer Blick auf die beiden Zeitreihen in Abbildung 1 sollte bei einem unvoreingenommenen Betrachter Skepsis wecken. Es fällt auf, dass die beiden Zeitreihen fast perfekt spiegelbildlich zueinander verlaufen. Man würde eigentlich erwarten, dass die gesundheitlichen Folgen von exzessivem Alkoholkonsum, und damit auch der Einfluss auf die Lebenserwartung, mit einer deutlichen zeitlichen Verzögerung eintreten; ebenso die umgekehrte Entwicklung. Dass die Kurven nahezu parallel verlaufen, ist unerwartet und wirft die Frage auf, wie diese Daten erhoben wurden und wie verlässlich sie tatsächlich sind.

Es ist plausibel anzunehmen, dass die Berechnung der Lebenserwartung in Russland, ähnlich wie in anderen Ländern der westlichen Hemisphäre, auf offiziellen Sterbestatistiken basiert und daher relativ verlässlich ist. Bleibt die Frage, wie der durchschnittliche Alkoholkonsum für die Zeitreihe ermittelt wurde. Nemtsov lieferte dazu keine Details, erwähnte jedoch, dass in manchen Jahren nur etwa 35 Prozent der Alkoholproduktion offiziell erfasst wurden. Wie Nemtsov den jährlichen Gesamtalkoholkonsum trotz dieser hohen Dunkelziffer schätzen konnte, bleibt in seiner Darstellung unklar. Aufschluss bieten hier Danilova und KollegInnen (2020): Sie klären auf, dass Nemtsov den jährlichen Pro-Kopf-Alkoholkonsum über die in der Todesursachenstatistik ausgewiesenen alkoholspezifischen Todesfälle schätzte. Das ist bemerkenswert: denn es bedeutet, dass eine Zeitreihe größtenteils aus der anderen abgeleitet wurde. Somit ist es nicht mehr überraschend, dass die resultierenden Kurven nahezu spiegelbildlich verlaufen. Aufgrund dieser zirkulären Vorgehensweise sind keine sinnvollen inhaltlichen Schlussfolgerungen aus dem Verlauf der beiden Datenreihen abzuleiten.

Selbst wenn der Alkoholkonsum der Bevölkerung und die Lebenserwartung unabhängig voneinander präzise erfasst worden wären, wäre es äußerst problematisch, den Zusammenhang dieser beiden Zeitreihen als Beweis für eine kausale Verbindung zwischen Lebenserwartung und Alkoholkonsum zu akzeptieren. Diese Korrelation – eine sogenannte „ökologische Korrelation“ – stellt eine Assoziation von aggregierten Daten dar, die sich nicht ohne Weiteres auf die individuelle Ebene übertragen lässt. Auch die Überlegungen von Hill (1965), der Kriterien für die kausale Interpretation von Korrelationen formulierte, sind in diesem Fall wenig hilfreich. Während des Beobachtungs-

zeitraums erlebte Russland tiefgreifende Umwälzungen mit gravierenden wirtschaftlichen und sozialen Problemen, die sowohl den Alkoholkonsum als auch die Gesundheit der Bevölkerung erheblich beeinflussten. Diese komplexen Einflüsse erschweren es, eine einfache kausale Beziehung zwischen Alkoholkonsum und Lebenserwartung herzustellen.

Um Missverständnisse zu vermeiden, möchte ich noch einmal betonen, dass es hier nicht um die inhaltliche Frage geht, ob erhöhter Alkoholkonsum die Lebenserwartung negativ beeinflusst – dieser Zusammenhang ist ziemlich unbestreitbar. Vielmehr geht es um die methodologische Frage, inwieweit die von Nemtsov veröffentlichten Zeitreihen als legitime Indizien oder Beweise für diesen Zusammenhang akzeptiert werden dürfen.

Besonders deutlich lässt sich diese Thematik anhand der österreichischen Zeitreihen zum Alkoholkonsum und zur Lebenserwartung im Zeitraum von 1955 bis 2018 zeigen (Abbildung 2).

Berechnet man eine Korrelation für den Zeitraum von 1955 bis 1973, in dem sowohl der durchschnittliche Alkoholkonsum als auch die durchschnittliche Lebenserwartung stetig anstiegen, ergibt sich eine ökologische Korrelation von $r = 0.91$. Anders ausgedrückt: In Jahren, in denen mehr Alkohol konsumiert wurde, war gleichzeitig die Lebenserwartung höher. Angesichts unseres Wissens über den negativen Kausalzusammenhang, d. h. erhöhter Alkoholkonsum korreliert mit einer verringerten Lebenserwartung, würde kaum jemand diese Korrelation kausal deuten. Eine solche Interpretation würde unserem Denken im Sinne des Outcome Bias widersprechen.

Berechnet man hingegen die Korrelation für den Zeitraum von 1974 bis 2018, ergibt sich eine negative ökologische Korrelation von $r = -0.93$, was einem entgegengesetzten Zusammenhang entspricht. Es wäre hier natürlich verlockend, dieses Ergebnis intuitiv als Beweis dafür zu interpretieren, dass der Rückgang des Alkoholkonsums die gestiegene Lebenserwartung erklärt. Hier ist es zugegebenermaßen schwer, dem Outcome Bias zu widerstehen und zu behaupten, dass die beiden Zeitreihen ungeeignet seien, um das zu belegen, wovon man aus anderen Gründen fest überzeugt ist.

Berechnet man die Korrelation über den gesamten Beobachtungszeitraum von 1955 bis 2018, ergibt sich eine geringe positive Korrelation von $r = 0.18$. Eine oberflächliche, intuitive Interpretation könnte hier nahelegen, dass ein Anstieg des Alkoholkonsums die Lebenserwartung zumindest leicht erhöhte. Doch ähnlich wie bei der ersten Korrelation der Jahre

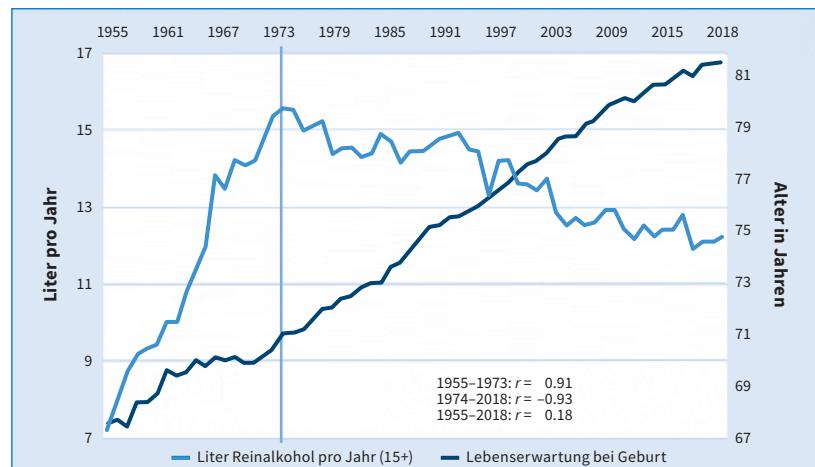


Abbildung 2

1955 bis 1973 dürfte kaum jemand ernsthaft in Erwägung ziehen, diese Interpretation für plausibel zu halten.

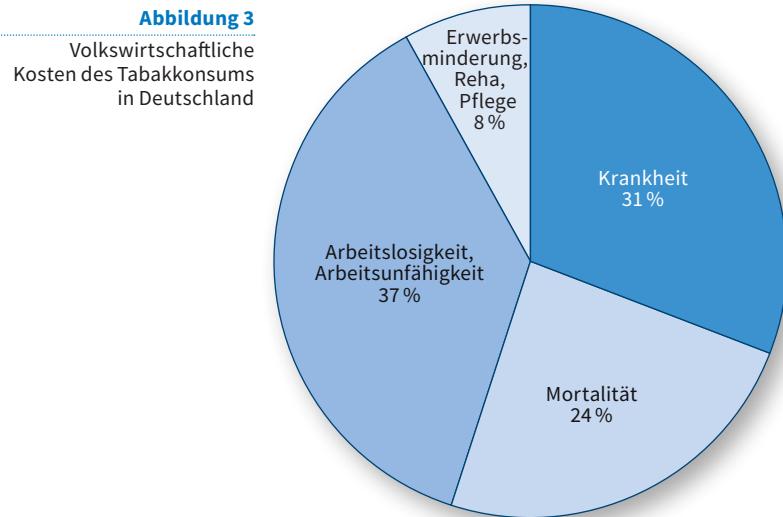
Für die meisten Menschen ist es sicherlich schwer zu akzeptieren, dass weder Nemtsovs Grafik noch die Korrelation der österreichischen Daten von 1974 bis 2018, die beide auf den ersten Blick einen kausalen Zusammenhang fast zwingend erscheinen lassen, nicht als legitime Beweise dafür gelten können, dass zwischen Alkoholkonsum und Lebenserwartung ein kausaler negativer Zusammenhang besteht. Feyerabend (1978, S. 25) formuliert dies treffend:

„Wir entdecken allmählich – und ohne uns der Situation jemals völlig bewusst zu werden – dass alle Argumente für eine realistische Auffassung von Alltagsansichten und wissenschaftlichen Theorien zirkulär sind; sie nehmen an, was zu beweisen ist.“

Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Lebenserwartung in Österreich (Uhl, 2020a)

5 Die volkswirtschaftlichen Kosten des Tabakkonsums

Ähnlich wie übermäßiger Alkoholkonsum hat auch regelmäßiger Tabakkonsum zweifellos gravierende negative Auswirkungen auf die Gesundheit und die Lebenserwartung der Konsumierenden. Tabakassoziierte Erkrankungen und vorzeitige Todesfälle können im übertragenen Sinne durchaus als nicht-monetäre Kosten für die Raucherinnen und Raucher sowie deren Umfeld bezeichnet werden. Sehr beliebt, wenn es darum geht, die Problematik des Rauchens zu unterstreichen, sind Berechnungen über die volkswirtschaftlichen Kosten des Substanzkonsums, die ich hier anhand des Beispiels von Effertz (2020) erläutern und diskutieren möchte. Der Autor ermittelte, dass der Tabakkonsum in Deutschland jährlich volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 97 Milliarden Euro verursacht. Bezogen auf die gesamte Bevölke-



rung entspricht dies 1 172 Euro pro Person und Jahr⁷.

Auf den ersten Blick erscheint diese Zahl beeindruckend groß. Um ihre Bedeutung vollständig zu erfassen, ist es jedoch notwendig, einige Fragen zu klären. Zuerst stellt sich die Frage, ob es sich dabei um tatsächliche Kosten handelt, also wieweit die Fundierung der Modellannahmen, die zu einem aggregierten Gesamtwert geführt haben, logisch stichhaltig sind. Dann stellt sich die Frage, wie zuverlässig die numerischen Daten erhoben oder geschätzt wurden, auf die die Berechnungen aufbauen. Zuletzt stellt sich die Frage nach der Perspektive, also wer die Kosten letztlich trägt – also für diese aufkommen muss.

In gesundheitsökonomischen Untersuchungen wird die Perspektive, aus der heraus die Fragestellung formuliert wurde, oft nicht explizit genannt, jedoch implizit der Eindruck erweckt, dass es um monetäre Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem geht. Also um Kosten, die z. B. durch Tabakkonsum entstehen und die indirekt die ganze Bevölkerung betreffen. Werden dadurch höhere Sozialabgaben und Steuern notwendig, verringern diese das verfügbare Einkommen des Einzelnen und mindern somit den Wohlstand der Bevölkerung.

Die Quantifizierung der Mehrkosten, die einem bestimmten Kostenträger in einer spezifischen Situation entstehen, erfordert grundsätzlich einen kontrafaktischen Vergleich. Dabei wird das aktuelle Szenario, das durch einen oder mehrere Faktoren – in diesem Fall den Tabakkonsum – geprägt ist, mit einem hypothetischen Referenzszenario verglichen, in dem diese Faktoren fehlen, jedoch alle anderen Rahmenbedingungen konstant bleiben. Wäh-

rend die Variablen des aktuellen Szenarios mit mehr oder weniger Präzision gemessen werden können, ist das hypothetische, kontrafaktische Szenario nicht direkt beobachtbar. Es muss daher auf Basis von Annahmen und empirischen Daten durch Modellrechnungen geschätzt werden.

In der Gesundheitsökonomie wird grundsätzlich zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden. Direkte Kosten beziehen sich auf die finanziellen Aufwendungen, die unmittelbar für die Behandlung oder das Management der Folgen einer Exposition erforderlich sind. Dazu gehören hauptsächlich Ausgaben für medizinische Behandlungen, Rehabilitation, Pflegeleistungen und die Bewältigung der Folgen von Unfällen. Indirekte Kosten hingegen entstehen durch den Verlust an Produktivität, der durch Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit, verminderte Arbeitsleistung und vorzeitige Todesfälle verursacht wird.

Viele der empirischen Kennzahlen, die zur Berechnung direkter und indirekter Kosten herangezogen werden, können nur mit großer Unsicherheit erfasst werden oder sind gar nicht verfügbar, weshalb sie oft grob geschätzt werden. Dies beeinträchtigt die Aussagekraft solcher Berechnungen erheblich. In diesem Beitrag werde ich jedoch nicht weiter auf das Problem der empirischen Daten eingehen, sondern mich ausschließlich auf logische Aspekte konzentrieren und damit zeigen, dass bei der Berechnung der volkswirtschaftlichen Kosten des Tabakkonsums erhebliche Probleme auftreten.

Effertz stellte fest, dass 31 Prozent der Kosten durch Tabakkonsum auf Krankheitskosten zurückzuführen sind. Diese von ihm ausgewiesenen Krankheitskosten umfassen Ausgaben für die Behandlung und Rehabilitation von Personen, die an tabakassoziierten Erkrankungen leiden.

Aus der finanziellen Perspektive des Gesundheits- und Sozialsystems ist jedoch nicht die Höhe der spezifischen Kosten für die Behandlung tabakassozierter Erkrankungen von Bedeutung, sondern welche zusätzlichen Kosten im aktuellen Szenario im Vergleich zu einem hypothetischen Referenzszenario ohne Tabakkonsum entstehen. Dafür müssen von den Ausgaben für tabakassoziierte Erkrankungen jene Kosten abgezogen werden, die auch ohne Tabakkonsum entstanden wären. Wenn eine Person vorzeitig an Lungenkrebs erkrankt und verstirbt, entstehen zwar Kosten für die Krebsbehandlung, doch entfallen gleichzeitig die Behandlungskosten für andere mögliche Erkrankungen, die ohne den vorzeitigen Tod durch Lungenkrebs aufgetreten wären. Zudem ist die kürzere Inanspruchnahme von Sozial-

⁷ 2020 lebten in Deutschland rund 83 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt, 2024a).

leistungen und Pensionszahlungen bei vorzeitig Verstorbenen ebenfalls ein zu berücksichtiger Faktor.

Da RaucherInnen – in einem ähnlichen Ausmaß wie NichtraucherInnen – in das Kranken- und Rentensystem einzahlen, aber im Durchschnitt deutlich früher sterben, liegt die Vermutung nahe, dass die tabakassoziierte Mehrbelastung für das Gesundheits- und Sozialsystem erheblich geringer ausfällt, als es die von Effertz berechneten Summen ausweisen. Es ist sogar durchaus plausibel, dass der Tabakkonsum der Bevölkerung insgesamt keine signifikanten Zusatzkosten verursacht – ja, es lässt sich nicht einmal ausschließen, dass sich bei korrekter Berechnung der Mehrbelastung, also unter Einbezug des kontraktiven Szenarios, sogar noch Einsparungen ergeben.

Neben den Krankheitskosten hat Effertz 24 Prozent der aggregierten Kosten, die durch Tabakkonsum verursacht werden, als „Kosten durch Mortalität“ identifiziert. Vorzeitige Todesfälle führen in der Regel dazu, dass die gesamte wirtschaftliche Produktivität des Landes, relativ zum kontraktiven Szenario, abnimmt, weil diejenigen, die verstorben sind, nichts mehr produzieren können. Streng genommen gilt das zwar nur für erwerbsfähige Personen, die, wenn sie nicht gestorben wären, weder arbeitslos noch in Pension gewesen wären, die also aktiv zum Bruttoinlandsprodukt beigetragen hätten – aber diesen Aspekt möchte ich hier nicht weiter vertiefen. Personen, die nicht mehr leben – und deswegen nichts mehr produzieren –, konsumieren zwangsläufig auch nichts mehr. Unter der Annahme, dass sich Produktionsausfall und Konsumausfall gegenseitig weitgehend kompensieren, entstehen aus dem vorzeitigen Tod einer Person für unbeteiligte Dritte also keine oder nur geringfügige Kosten.

Wenn man, wie Effertz es getan hat und wie es bei solchen Berechnungen üblich ist, verlorene Lebensjahre auf Basis der durchschnittlichen Produktivität von Menschen als wirtschaftlichen Verlust aggregiert, müsste man folgerichtig auch verlorene Lebensjahre durch ausgefallene Geburten infolge von Empfängnisverhütung oder durch die Verhinderung der Einreise junger Flüchtlinge als maßnahmenbedingte Kosten betrachten. Nach dieser Logik würden fünf RaucherInnen, die aufgrund ihres Tabakkonsums 20 Prozent ihrer Lebenszeit verlieren, ein infolge von Empfängnisverhütung nicht geborenes Kind und ein abgewiesener junger Flüchtling den gleichen wirtschaftlichen Schaden verursachen. Auf diese Weise könnte man den wirtschaftlichen Schaden durch Tabakkonsum, Empfängnisverhütung

und Flüchtlingspolitik direkt vergleichen. Dieser absurd erscheinende Vergleich macht jedoch deutlich, dass dieser Ansatz nicht sinnvoll sein kann.

Effertz identifizierte noch einen dritten bedeutenden tabakassoziierten Kostenfaktor, den er mit 37 Prozent beziffert. Hier geht es um Ausgaben, die mit Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit in Verbindung stehen. Wenn Personen aufgrund gesundheitlicher Probleme nicht oder nur begrenzt arbeiten können, entgehen dem Gesundheits- und Sozialsystem sowie dem Staat Sozialabgaben und Steuereinnahmen. Auch hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass zumindest ein Teil dieser Kosten dadurch kompensiert wird, dass die Betroffenen in der Folge deutlich weniger Pensionsleistungen beziehen – also dass die Betroffenen für einen Teil dieser Kosten durch zwangsläufigen Verzicht auf Sozialleistungen selber aufkommen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die volkswirtschaftlichen Kosten des Substanzkonsums im Allgemeinen – und ganz besonders den Tabakkonsum betreffend – erheblich überschätzt werden – zumindest wenn man diese Kosten ausschließlich aus der Perspektive der öffentlichen Haushalte oder unbeteiligter Dritter betrachtet. Ganz besonders beim Tabakkonsum ist es durchaus plausibel, dass die finanziellen Auswirkungen auf die öffentlichen Budgets positiv sein könnten. Wie soeben erörtert, liegt dies daran, dass die meisten RaucherInnen über viele Jahre hinweg aktiv am Erwerbsleben teilnehmen und kontinuierlich in die öffentlichen Kassen einzahlen, während sie aufgrund ihrer vorzeitigen Mortalität deutlich kürzer Leistungen aus diesen Budgets in Anspruch nehmen.

Es ist unbestreitbar, dass Tabakkonsum in erheblichem Maße vermeidbare Krankheiten und vorzeitige Mortalität verursacht. Die Forderung, entschlossene Maßnahmen zu ergreifen, um das Rauchen weniger attraktiv zu machen und den Rauchausstieg zu fördern, sollte für eine moderne, menschenrechtsorientierte soziale und demokratische Gesellschaft selbstverständlich sein. Allerdings ist zu hinterfragen, wie weit es sinnvoll ist, zur Unterstützung dieser Forderung eine logisch nicht haltbare Scheinquantifizierung zu produzieren und zu popularisieren. Auch in diesem Fall richtet sich meine Kritik dagegen, falsche Argumente zur Unterstützung von richtigen Zielen einzusetzen.

6 Vorzeitige Todesfälle durch Exposition gegenüber einer Substanz

Im Zusammenhang mit den volkswirtschaftlichen Kosten des Substanzkonsums wurde das Thema „Mortalität“ bereits angesprochen, wobei es in diesem Zusammenhang um durchschnittlich verlorene Lebensjahre als Folge des Substanzkonsums ging. Häufig wird, wenn es darum geht, die schwerwiegenden Auswirkungen von Substanzmissbrauch und Sucht zu verdeutlichen, auch ausgewiesen, wie viele Menschen infolge dieser Phänomene vorzeitig versterben. So berechnete Mons (2011), dass im Jahr 2007 in Deutschland 106 623 Personen aufgrund ihres Rauchens (ohne Berücksichtigung von Passivrauchen) vorzeitig starben. Bezogen auf alle Sterbefälle in diesem Jahr (Statistisches Bundesamt, 2024b) bedeutet dies, dass 13 Prozent aller Todesfälle auf die Folgen des Rauchens zurückzuführen sind.

Die Vorstellung, dass eine bestimmte Belastung, wie das Rauchen, zu spezifischen Krankheiten und vorzeitigem Tod führen kann, wirkt beunruhigend und verleiht solchen Statistiken eine besonders starke Überzeugungskraft. Dabei wird selten hinterfragt, was unter einem „vorzeitigen Tod durch eine bestimmte Belastung“ zu verstehen ist, oder wie die Anzahl solcher Todesfälle empirisch sinnvoll ermittelt oder abgeschätzt werden kann.

Problematisch ist bereits die Grundannahme, dass ein spezifischer Todesfall auf eine einzige Ursache zurückgeführt werden kann. Dieser monokausale Denkansatz ist weit verbreitet, doch in Wirklichkeit sind die Zusammenhänge wesentlich komplexer. In der Regel gibt es zahlreiche unterschiedliche Faktoren, die gemeinsam wirken und die Lebensdauer von Menschen verlängern oder verkürzen. Daher ist es in den meisten Fällen wenig sinnvoll, konkrete Todesfälle einer einzelnen Ursache zuzuschreiben.

Um das Phänomen der „vorzeitigen Todesfälle“ angemessen zu verstehen, ist es sinnvoll, zwischen „direkten“ und „indirekten Todesfällen“ zu unterscheiden. Eine klare Ursachenzuschreibung ist am ehesten bei „direkten Todesfällen“ möglich – das heißt in Situationen, in denen erstens ein einzelner, spezifischer Faktor als eindeutige Todesursache identifiziert werden kann, zweitens kein Zweifel an einem direkten Kausalzusammenhang besteht und drittens der Tod relativ kurz nach dem auslösenden Ereignis eintritt.

Selbst in solchen Fällen ist die eindeutige Ursachenzuweisung oft problematisch. Nehmen wir zum Beispiel einen Todesfall durch

eine Heroinüberdosis, der zunächst als „direkter Tod durch Überdosierung“ kategorisiert werden könnte. Sollte sich herausstellen, dass die Person schwer depressiv war und die Überdosierung in suizidaler Absicht erfolgte, wäre eine Zuordnung zu den Kategorien „Tod als Folge einer Depression“ oder „Suizid“ deutlich angemessener. Hier zeigt sich, dass eigentlich eine Mehrfachkategorisierung angebracht wäre.

Die bereits angesprochene Komplexität nimmt erheblich zu, wenn es um „indirekte Todesfälle“ geht – also um Fälle, in denen die Kriterien für direkte Todesfälle nicht erfüllt sind. Wenn Menschen sterben und davor an einer oder mehreren Krankheiten gelitten haben, besteht die Herausforderung darin, zu bestimmen, welche konkreten Faktoren in der Vergangenheit diese Krankheit(en) in welchem Ausmaß begünstigt oder verursacht haben.

Wenn wir die Fähigkeiten des hypothetischen, allwissenden Laplace'schen Dämons⁸ (Laplace, 1814/1902) besäßen und genau bestimmen könnten, in welchem Ausmaß eine bestimmte Exposition gegenüber einem Risikofaktor die Lebensdauer eines Individuums beeinflusst hat, könnten wir jede Verkürzung der Lebensdauer als vorzeitigen Todesfall durch diesen Faktor klassifizieren. Dabei gäbe es in der Regel eine Vielzahl von Faktoren, die die Lebenszeit verkürzt haben – ebenso wie eine große Anzahl von Faktoren, die sie verlängert haben. Würde man alle Faktoren, die die Lebensdauer von Menschen verringert haben, aufsummieren, käme man aufgrund der umfangreichen Mehrfachzählungen auf einen Prozentsatz, der die 100-Prozent-Marke um ein Vielfaches übersteigt. Dies ist Ausdruck der enormen Komplexität und Interdependenz jener Faktoren, die die Lebensdauer negativ beeinflussen.

Da wir keinen Zugang zu den hypothetischen Einsichten des Laplace'schen Dämons haben, stellt sich die Frage, ob und wie sich die Anzahl der vorzeitigen Todesfälle, die einem bestimmten Faktor zugeschrieben werden können, mit empirischer Forschung ermitteln lässt. Ein ideal durchgeführtes, randomisiertes Langzeitexperiment, das bis zum Tod aller Teilnehmenden andauert, ist, wie bereits erwähnt, in diesen Fällen nicht realisierbar. Doch selbst wenn ein solches Experiment möglich wäre, ließe sich damit nicht bestimmen, wie viele Personen infolge der Exposition gegenüber einem bestimmten Faktor vorzeitig gestorben sind.

⁸ Der Laplace'sche Dämon veranschaulicht die Idee eines umfassenden Determinismus in dem Sinne, dass bei vollständiger Kenntnis aller Naturgesetze und Anfangsbedingungen aller Teilchen im Universum jede Vergangenheit und Zukunft berechenbar wäre.

Mit so einem Experiment wäre es allerdings möglich, präzise zu quantifizieren, wie viel Lebenszeitverlust durch die Exposition gegenüber diesem Faktor durchschnittlich verloren geht.

Die Anzahl der vorzeitig Verstorbenen könnte man deshalb nicht genau erfassen, weil der Verlust eines einzigen Lebensjahres bei zehn Personen denselben statistischen Effekt hat, wie der Verlust von zehn Lebensjahren bei einer einzigen Person. Dies liegt daran, dass selbst in einem optimalen Experiment einzelne Personen der Experimentalgruppe nicht eindeutig entsprechenden Personen der Kontrollgruppe zugeordnet werden können. Nur der direkte Vergleich einer Versuchsperson mit der entsprechenden Kontrollperson ermöglicht es festzustellen, ob die Versuchsperson tatsächlich früher gestorben ist als die Kontrollperson (Uhl, 2020b).

Experimentell ließe sich nicht nur der durchschnittliche Lebenszeitverlust pro Expositionskategorie quantifizieren, sondern auch der Anteil der zusätzlichen Todesfälle im Beobachtungszeitraum unter Expositionsbedingungen (Versuchsgruppe) relativ zur Kontrollbedingung (ohne Exposition). Dieser Anteil wird als populationsattributable Fraktion (PAF) bezeichnet. Aus der PAF kann man nicht auf die Anzahl der wegen der Exposition vorzeitig verstorbenen Personen schließen, auch wenn das vordergründig plausibel erscheint (Uhl, 2020b).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Erfassung direkter Todesfälle durchaus sinnvoll ist, vorausgesetzt, die erforderlichen Daten werden zuverlässig erhoben, wie es beispielsweise bei Verkehrsunfällen und tödlichen Drogenüberdosierungen in vielen Ländern der Fall ist. Die Berechnung der Anzahl indirekter Todesfälle, die durch eine bestimmte Exposition wie Rauchen verursacht wurden, ist selbst unter optimalen Bedingungen logisch unmöglich und daher als äußerst fragwürdige Scheinquantifizierung zu bezeichnen – auch wenn solche Angaben in Politik und Forschung weit verbreitet und beliebt sind. Dies ist ein weiteres Beispiel dafür, wie sachlich unhaltbare Argumente verwendet werden, um korrekte Thesen und angemessene Schlussfolgerungen zu stützen.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass der Begriff „vorzeitige Todesfälle“ nicht nur, wie in diesem Text, im wörtlichen Sinne verwendet wird, sondern, wie Romppel (2020) ausführte, in der Literatur häufig auch altersbezogen definiert wird. In diesem Zusammenhang sind Altersgrenzen von 65 oder 70 Jahren gebräuchlich. Nach dieser Interpretation gilt jemand, der vor Erreichen dieser Altersgrenze verstirbt, als vorzeitig verstorben, alle, die da-

nach versterben, jedoch nicht. Dies führt zur Kuriosität, dass z. B. ein klarer direkter vorzeitiger Todesfall, wie etwa der Tod eines 71-Jährigen bei einem Verkehrsunfall, nicht als vorzeitiger Todesfall gilt, obwohl aber feststeht, dass diese Personen ohne diesen Unfall länger gelebt hätte.

7 Alkoholkonsum und Schwangerschaft

Es existieren zahlreiche empirische Belege, die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit belegen, dass stärkerer Alkoholkonsum während der Schwangerschaft oft zu schwerwiegenden Schäden bei ungeborenen Kindern führt (Carson, 2017). Diese Schädigungen werden unter dem Überbegriff „Fetale Alkoholspektrumstörung“ (FASD) und in schwereren Fällen unter dem Begriff „Fetales Alkoholsyndrom“ (FAS) zusammengefasst. Häufig wird in diesem Zusammenhang auch vertreten, dass selbst geringfügiger Alkoholkonsum relevante Schädigungen bewirken kann, wie das z. B. in einer Publikation der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2024a) zum Thema „Alkohol? Kenn dein Limit“ formuliert wurde:

„Bereits der Konsum kleiner Mengen Alkohol in der Schwangerschaft kann die körperliche und geistige Entwicklung Ihres Kindes empfindlich stören.“ Oder „Schon ein einziger erhöhter Alkoholkonsum reicht aus, um die Gesundheit des werdenden Kindes zu gefährden.“

Es gibt jedoch keine empirischen Belege dafür, dass auch geringe Alkoholmengen während der Schwangerschaft relevante Auswirkungen auf ungeborene Kinder haben können (Henderson et al., 2006), was übrigens auch von der BZgA kurz nach den zitierten Sätzen eingerräumt wird. Aus der Tatsache, dass große Mengen Alkohol bei Schwangeren schwerwiegende Probleme verursachen, lässt sich nicht automatisch schlussfolgern, dass geringe Mengen kleinere Probleme verursachen. Ein solcher Schluss stellt einen unzulässigen Repräsentationsfehlschluss dar, wie Tversky und Kahneman (1974) im Rahmen ihrer Prospect-Theorie formulierten. Man denke nur daran, dass es viele Substanzen gibt, wie Salz, Zucker und verschiedene Vitamine, die in hohen Dosen erheblichen Schaden anrichten können, in niedrigen Mengen jedoch nicht nur unschädlich, sondern sogar lebensnotwendig sind.

Hier ergibt sich ein ethisches Dilemma: Soll man, weil bekannt ist, dass starker Alko-

holkonsum während der Schwangerschaft die Gesundheit ungeborener Kinder erheblich gefährdet, und obwohl geringe Probleme durch moderaten Alkoholkonsum wenig plausibel erscheinen, wenngleich nicht vollständig ausgeschlossen werden können, behaupten, dass selbst geringe Alkoholmengen während der Schwangerschaft ein relevantes Risiko darstellen, wie das die BZgA getan hat? Oder sollte man sachlich korrekt erläutern, dass bisher keine Schäden durch geringfügigen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft nachgewiesen werden konnten, und dass ein solcher Nachweis aus methodologischen Gründen auch für die nahe Zukunft nicht zu erwarten ist (Ball et al., 2019).

Auch wer sachlich korrekt informiert, kann die Gefahren von starkem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft deutlich hervorheben und zusätzlich empfehlen, vorsichtshalber auch auf moderaten Alkoholkonsum zu verzichten, da geringe negative Effekte nicht vollständig ausgeschlossen werden können. Unrichtige Argumente zur Erreichung positiver Effekte nach dem Motto „Der Zweck heiligt die Mittel“ sind jedoch nicht nur ethisch bedenklich. Eine solche Strategie kann langfristig die Glaubwürdigkeit offizieller Informationsquellen und der Wissenschaft untergraben, wenn offensichtlich wird, dass übertriebene Warnungen wider besseres Wissen ausgesprochen wurden – selbst wenn sie gut gemeint waren.

8 Alkoholkonsum und Stillen – die doppelte Verdünnung

Übermäßiger Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch stellen in allen Lebensphasen ein ernstes Problem dar, weshalb es grundsätzlich sinnvoll ist, dieses Thema kritisch zu beleuchten. Der Alkoholmissbrauch von Eltern gefährdet die Entwicklung ihrer Kinder, daher ist es besonders gerechtfertigt, übermäßigen Alkoholkonsum bei stillenden Frauen – und auch bei deren Partnern – konsequent anzusprechen. Während es in der Schwangerschaft aus Vorsichtsgründen vertretbar ist, sicherheitshalber sogar von moderatem Alkoholkonsum abzuraten, ist eine solche Empfehlung während der Stillzeit keinesfalls gerechtfertigt. Wie im Folgenden dargelegt wird, geht vom gelegentlichen moderaten Alkoholkonsum der Mutter absolut keine Gefahr für das gestillte Kind aus.

Um dies nachvollziehen zu können, zunächst einige theoretische Überlegungen: Nehmen wir an, eine weder über- noch untergewichtige stillende Mutter wiegt 70 kg und hat einen Körperwasseranteil von etwa 57 Prozent,

was rund 40 Litern entspricht. Trinkt diese Frau innerhalb eines kurzen Zeitraums einen halben Liter Bier mit fünf Volumenprozent Alkohol, verteilt sich der Alkohol relativ rasch im Körperwasser⁹. Da Blut zu etwa 80 Prozent aus Wasser besteht, würde sich theoretisch eine maximale Blutalkoholkonzentration (BAK) von 0.4 Promille¹⁰ ergeben. In der Praxis wird dieser Wert jedoch nie vollständig erreicht, da ein Teil des Alkohols bereits abgebaut wird, bevor der höchste Blutalkoholspiegel erreicht ist. Realistisch erreicht diese Frau einen maximalen Blutalkoholspiegel von etwa 0.35 Promille. Die maximale Alkoholkonzentration in deren Muttermilch, die in etwas höherem Ausmaß als Blut – zu 87 Prozent – aus Wasser besteht (Nommsen-Rivers, 2001), entspricht ziemlich genau der erreichten BAK. Das sind in unserem Fall also 0.35 g Alkohol pro Liter Muttermilch – und das nur, wenn das Bier auf nüchternen Magen getrunken wurde¹¹ und das Stillen genau dann stattfindet, wenn der Alkoholgehalt in der Muttermilch am höchsten ist. 0.35 g Alkohol entsprechen dabei ungefähr 0.04 Vol.-% Alkohol¹².

Angenommen, das zu stillende Baby wiegt 6 kg und hat einen Körperwasseranteil von 75 Prozent¹³. Wenn das Baby genau zu dem Zeitpunkt gestillt wird, an dem der Alkoholgehalt in der Muttermilch am höchsten ist, und es eine durchschnittliche Menge Muttermilch trinkt, die etwa 1.5 Prozent seines Körpergewichts entspricht, würde dies zu einer theoretisch maximal möglichen BAK im Baby von 0.006 Promille¹⁴ führen.

Während die Mutter bei einer angenommenen Alkohol-Abbaurate von 0.15 Promille pro Stunde etwa 140 Minuten benötigt, um den Alkohol vollständig abzubauen (und deren Embryo im Falle einer Schwangerschaft ebenso lange einem erhöhten Alkoholspiegel ausgesetzt wäre), benötigt ein gestillter Säugling weniger als drei Minuten, um diesen „doppelt verdünnten“ Alkohol vollständig abzubauen. Es ist hier wichtig zu betonen, dass der Alkoholabbau bei Kleinkindern ähnlich schnell erfolgt wie bei Erwachsenen (Schippan et al., 1975), ob-

⁹ Nicht-wässrige Körperanteile sind für diese Überlegungen ohne Bedeutung.

¹⁰ In einem halben Liter Bier sind 25 ml Alkohol enthalten, was 20 g Alkohol entspricht. Die theoretisch maximal mögliche BAK errechnet sich daher wie folgt: $20 \text{ g} : 40 \text{ l} \times 80\% = 0.4\% \text{ BAK}$ oder anders ausgedrückt 0.4 g Alkohol pro Liter Blut.

¹¹ Durch den Konsum von Speisen wird die Alkoholaufnahme verzögert, was zur Folge hat, dass die maximal erreichte BAK noch deutlich niedriger ausfällt.

¹² Für die Umrechnung ist es wichtig zu wissen, dass die Dichte von Ethylalkohol ca. 0.8 g/cm³ beträgt.

¹³ Die Körperwasser-Konzentration von Babys ist deutlich höher als bei Erwachsenen. 6 kg Körpergewicht und 75 Prozent Körperwasser-Konzentration ergeben 4.5 l Körperwasser.

¹⁴ Die theoretisch maximal mögliche BAK im Baby errechnet sich wie folgt: $0.035 \text{ g} : 4.5 \text{ l} \times 80\% = 0.006\% \text{ BAK}$.

wohl Säuglinge im Vergleich zu Erwachsenen weniger Alkoholdehydrogenase¹⁵ pro Körperfewicht produzieren (Feuerlein, 1979). Idän-päään-Heikkilä (1972) stellten fest, dass Neugeborene in den ersten vier Stunden nach der Geburt eine um etwa 50 Prozent reduzierte Alkoholabbaurate aufweisen, dass jedoch bereits acht Stunden nach der Geburt keine relevanten Unterschiede in der Abbaurate zwischen Neugeborenen und Erwachsenen mehr bestehen. Es ist auch erwähnenswert, dass Kleinkinder selbst bei sehr hohen Alkoholspiegeln kein höheres Risiko tragen, an einer Überdosis zu sterben, als Erwachsene (Ragan, 1979).

Man könnte natürlich mutmaßen, dass selbst geringste Alkoholmengen, die innerhalb weniger Minuten vollständig abgebaut werden, potenziell problematisch für Babys sein könnten. Allerdings spricht dagegen, dass der menschliche Körper von Geburt an darauf ausgelegt ist, geringe Mengen Alkohol zu verarbeiten. Alkohol entsteht kontinuierlich im Körper durch die Umwandlung von Kohlenhydraten und Zucker. Wäre der Organismus von Babys nicht in der Lage, diesen Alkohol rasch und effizient abzubauen, würde dies in kurzer Zeit zu einer lebensbedrohlichen Alkoholvergiftung führen.

Dass die Muttermilch einer Frau, die einen halben Liter Bier getrunken hat, kein relevantes Problem für ein Baby darstellt, wird auch durch den Vergleich mit verschiedenen nicht-alkoholischen Lebensmitteln deutlich. Ein Liter Muttermilch würde in unserem Beispiel maximal 0,35 g Alkohol enthalten. Zum Vergleich: Ein Liter frisch gepresster Apfelsaft enthält etwa 2 g Alkohol, also etwa sechsmal so viel. Ein Kilogramm Mischbrot enthält durchschnittlich 2–4 g Alkohol, was sechs- bis zwölfmal so viel ist. Reife Bananen, Sauerkraut oder Kefir enthalten rund 5 g Alkohol pro Kilogramm, also etwa 14-mal so viel, und nicht-alkoholischer Traubensaft darf bis zu 8 g Alkohol pro Liter enthalten, was rund 23-mal so viel Alkohol ist.

Es gibt zwar Hinweise darauf, dass Babys möglicherweise weniger Muttermilch trinken, wenn ihre Mütter zuvor Alkohol konsumiert haben. Sollte dies tatsächlich zutreffen, wäre es ziemlich unproblematisch, solange die Mütter nur gelegentlich Alkohol trinken. In solchen Fällen können die Babys die geringere Milchmenge bei späteren Mahlzeiten problemlos ausgleichen.

Diese Argumentationslinie bezieht sich ausdrücklich nicht auf regelmäßigen oder übermäßigen Alkoholkonsum, sondern auf gelegentli-

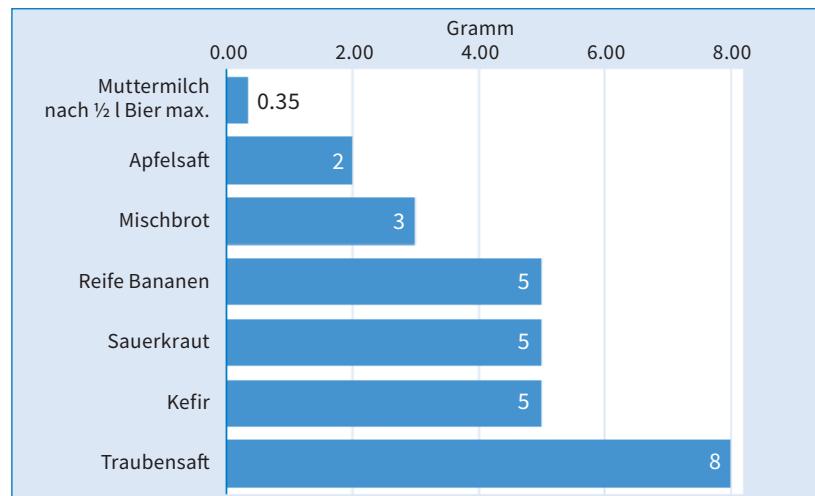


Abbildung 4

chen, moderaten Alkoholkonsum während der Stillzeit.

Alkoholgehalt in Muttermilch und einigen Nahrungsmitteln

Es ist sicherlich nicht gerechtfertigt, von stillenden Frauen, die gelegentlich Alkohol trinken möchten, vollständige Alkoholabstinenz zu verlangen. Besonders fragwürdig sind in diesem Zusammenhang Empfehlungen, vor dem Alkoholkonsum Muttermilch abzupumpen und mit der Flasche zu füttern oder drei Stunden nach dem Alkoholkonsum nicht zu stillen. Das sind jedoch Forderungen, die man in zahlreichen Präventionsbroschüren findet. Eine besonders überzogene Warnung fand sich in einer Publikation der BZgA (2013):

„Wenn Sie dagegen in der Stillzeit Alkohol trinken, kann Ihr Baby rauschähnliche Zustände erleben und sich an den Geschmack von alkoholhaltiger Muttermilch gewöhnen. Es besteht die Gefahr, dass Ihr Kind deshalb später eher eine Alkoholabhängigkeit entwickeln kann.“

Diese übertriebene Sichtweise wurde inzwischen auch von der BZgA erkannt, doch selbst die elf Jahre später gewählte Formulierung entspricht nicht vollständig der Faktenlage. Auch die aktuelle Aussage „Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Gesundheit Ihres Babys leidet, wenn Sie Alkohol in der Stillzeit trinken“ (BzgA, 2024b) bietet besorgten Eltern kaum eine wirkliche Entwarnung.

In diesem Zusammenhang habe ich eine ungewöhnliche persönliche Erfahrung gemacht. Als ich gemeinsam mit zwei Co-Autorinnen in einer Publikation (Mechtcheriakov et al., 2018) die Aussage treffen wollte, dass moderater Alkoholkonsum während des Stillens unbedenklich sei, stieß ich bei den Auftraggebern auf erheblichen Widerstand. Die Auftraggeber waren nicht bereit, den Inhalten ihrer bisherigen Präventionsbroschüren zu widersprechen, und schließlich akzeptierten auch die Co-Auto-

¹⁵ Alkoholdehydrogenase ist jenes Enzym, das die wichtigste Rolle beim Abbau von Alkohol im Körper spielt.

rInnen deren Wunsch. Nach langen Diskussionen einigten wir uns darauf, das Kapitel „Alkohol und Stillen“ vollständig aus dem Buch zu streichen und lediglich den Satz „Bei stillenden Müttern werden bei moderatem Alkoholkonsum nur Spuren des Alkohols in die Muttermilch aufgenommen“ beizubehalten – eine Formulierung, die potenziell beruhigend wirken sollte. Doch im Zuge des Endlektorats wurde ohne mein Einverständnis ein Wort gestrichen und ein anderes hinzugefügt. Als das Buch schließlich gedruckt war, las ich zu meinem Erstaunen den Satz: „Bei stillenden Müttern werden selbst bei moderatem Alkoholkonsum Spuren des Alkohols in die Muttermilch aufgenommen.“ Durch diese kleinen Änderungen wurde die ursprüngliche, beruhigende Aussage in eine sachlich ungerechtfertigte Warnung umgewandelt.

9 Schlussfolgerungen

Der vorliegende Text behandelt Argumente, die aus logischen oder empirischen Gründen unzutreffend sind, jedoch häufig zur Unter-

stützung richtiger Thesen und gut begründeter Maßnahmen herangezogen werden. Pointiert ausgedrückt, handelt es sich um fehlerhafte Argumente zur Untermauerung korrekter Schlussfolgerungen und adäquater Maßnahmenforderungen bzw. solcher, von denen man selbst überzeugt ist. Da die Kritik an Argumenten oft pauschal als Angriff auf die daraus gezogenen Schlussfolgerungen missverstanden wird, entsteht daraus häufig ein Dilemma.

Dennoch sollten Wissenschaftler falsche Argumente im Diskurs konsequent hinterfragen, selbst wenn dies das Risiko birgt, Wissenschaftsfeindlichkeit zu fördern, sinnvolle Thesen zu relativieren, die Forderung nach notwendigen Maßnahmen zu schwächen und den Stellenwert eigener Überzeugungen zu untergraben. Solche Kritik kann innere Konflikte auslösen, Spannungen mit Gleichgesinnten schaffen und paradoxe Weise Zustimmung von Personen hervorrufen, deren Ansichten man vollständig ablehnt und keinesfalls unterstützen möchte.

In diesem Dilemma sehe ich trotz der angesprochenen Konflikte allerdings nur eine

Johannes Lindenmeyer
Der springende Punkt
Stationäre Kurzintervention
bei Alkoholmissbrauch



202 Seiten
ISBN 978-3-935357-39-5
Preis: 20,- €

Johannes Lindenmeyer

Der springende Punkt

Stationäre Kurzintervention bei Alkoholmissbrauch

Über die Gruppe der Alkoholabhängigen hinaus gibt es zwei- bis dreimal so viele Personen mit Alkoholproblemen, bei denen die Kriterien für eine Abhängigkeit (noch) nicht erfüllt sind.

Ziel dieses Therapiemanuals ist es, Betroffene zur Veränderung ihres Alkoholkonsums zu motivieren bzw. zu befähigen. Dabei wird weder völlige Alkoholabstinenz noch eine bestimmte Trinkmenge als Therapieziel vorgeschrieben. Nach dem Prinzip der Punktabstinenz wird vielmehr gemeinsam mit dem Betroffenen festgelegt, in welchen Situationen er künftig auf Alkohol verzichten oder weiterhin Alkohol trinken will.

Das Manual ist sowohl für die Einzeltherapie als auch zur Durchführung in geschlossenen wie offenen Gruppen geeignet. Es enthält alle notwendigen diagnostischen Instrumente, Therapiematerialien und Unterlagen zur Qualitätssicherung. Die Beschreibung der einzelnen therapeutischen Interventionen ist so detailliert, dass sie auch der ungeübte Anwender als unmittelbare Handlungsanleitung in den Therapiesitzungen verwenden kann.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28
D-49525 Lengerich

Telefon +49 (0)5484 308
pabst@pabst-publishers.com

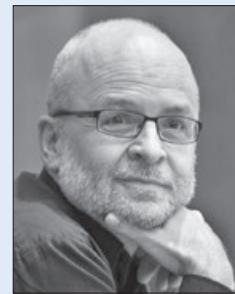
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.com

vertretbare Haltung: Die Wissenschaft kann nur dann erfolgreich voranschreiten und ihre Glaubwürdigkeit bewahren, wenn logische und empirische Probleme im wissenschaftlichen Diskurs ehrlich thematisiert und ernsthaft berücksichtigt werden. Daher ist es für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unabdingbar, sich dieser Herausforderung offen zu stellen. Es ist inakzeptabel nach dem Motto „Der Zweck heiligt die Mittel“ falsche Argumente zur Unterstützung richtiger Positionen zu vertreten oder kritiklos hinzunehmen, bloß um erwartbare Konflikte zu vermeiden.

Literatur

- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity research and public policy second edition*. New York: Oxford University Press.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). *AUDIT – The alcohol use disorders identification test guidelines for use in primary care*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Ball, D., Humpherson, E., Johnson, B., McDowell, M., Ng, R., ..., Uhl, A. et al. (2019). *Improving society's management of risks – a statement of principles. Collaboration to explore new avenues to improve public understanding and management of risk (CAPUR)*. Brussels: Atomium-EISMD.
- Baron, J. & Hershey, J. C. (1988). Outcome bias in decision evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 569–579.
- Brodnig, I. (2021). *Einspruch – Verschwörungsmethoden und Fake News kontern – in der Familie, im Freundeskreis und online*. Wien: Brandstätter.
- BZgA. (2013). *Alkohol? Kenn dein Limit. Andere Umstände – neue Verantwortung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA. (2024a). *Alkohol in der Schwangerschaft*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.kenn-dein-limit.de/alkoholverzicht/alkohol-in-der-schwangerschaft/> (abgerufen am 03.03.2024).
- BZgA. (2024b). *Alkohol in der Schwangerschaft*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.kenn-dein-limit.de/alkoholverzicht/alkohol-in-der-schwangerschaft/stillen-und-alkohol/> (abgerufen am 03.03.2024).
- Carson, G., Cox, L. V., Crane, J., Croteau, P., Graves, L., Kluka, S. et al. (2017). No. 245 – Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39, 9, e220–e254.
- Danilova, I., Shkolnikov, V. M., Andreev, E. & Leon, D. A. (2020). The changing relation between alcohol and life expectancy in Russia in 1965–2017. *Drug and Alcohol Review*, 39, 790–796.
- Effertz, T. (2020). Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2020* (S. 225–250). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Feyerabend, P. (1978). *Der wissenschaftliche Realismus und die Autorität der Wissenschaften*. Braunschweig: Vieweg.
- Grønbæk, M., Ellison, R. C. & Skovborg, E. (2021). The J-shaped curve-conceptual and methodological challenges. *Drugs and Alcohol Today*, 21, 1, 70–83.
- Henderson, J., Gray, R. & Brocklehurst, P. (2006). Systematic review of effects of low–moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 243–252.
- Hill, A. B. (1965). The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58, 5, 295–299.
- Idänpää-Heikkilä, J., Jouppila, P., Akerblom, H. K., Isoaho, R., Kauppila, E. & Koivisto, M. (1972). Elimination and metabolic effects of ethanol in mother, fetus, and newborn infant. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 112, 3, 387–393.
- Kranzler, H. R. & Soyka, M. (2018). Diagnosis and pharmacotherapy of alcohol use disorder: a review. *JAMA*, 320, 8, 815–824.
- Laplace, P. S. (1902). *A philosophical essay on probabilities* (transl. from the 6th French ed. by F. W. Truscott & F. L. Emory). New York: Wiley & Sons. 6th French ed. 1814, *Essai philosophique sur les probabilités*.
- Mechtcheriakov, S., Brunner, L. & Uhl, A. (2018). *Alkohol „Zwischen Genuss und Gefahr“* (Gesund werden. Gesund bleiben, Bd. 8). Eine Buchreihe des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien.
- Mons, U. (2011). Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. *Das Gesundheitswesen*, 73, 4, 238–246.
- Morris, J. (2021). Blog: *Israeli data: How can efficacy vs. severe disease be strong when 60% of hospitalized are vaccinated?* <https://www.Covid-19-data-science.com/post/israeli-data-how-can-efficacy-vs-severe-disease-be-strong-when-60-of-hospitalized-are-vaccinated> (abgerufen am 01.09.2021).
- Nemtsov, A. (2015). Mortality in Russia in light of the alcohol consumption. *Demograficheskoe obozrenie*, 4, 111–135.

- Nommsen-Rivers, L. A. (2001). The composition of human milk: a review of the literature. *American Journal of Clinical Nutrition*, 73(1), 103–107. doi:10.1093/ajcn/73.1.103
- ORF-Mittagsjournal. (2021, 9. Sept.). *Bericht über ein Interview mit dem Bundesparteiobmann der freiheitlichen Partei Herbert Kickl*. Abschrift des Beitrags.
- Ragan, F. A., Samuels, M. S. & Hite, S. A. (1979). Ethanol ingestion in children. A five-year review. *Journal of the American Medical Association*, 242, 25, 2787–2788.
- Romppel, M. (2020). Vorzeitige Sterbefälle und verlorene Lebensjahre in der amtlichen Statistik: Aussagemöglichkeiten und Grenzen. In Robert-Koch-Institut & Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), *Über Prävention berichten – aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung* (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 31–36). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Schippa, R., Wagler, S. & Zschocke, D. (1975). Untersuchungen zur Äthanolelimination bei Kindern. *Kinderärztliche Praxis*, 43, 5, 193–201.
- Skovengborg, E., Grønbæk, M. & Ellison, R. C. (2021). Benefits and hazards of alcohol – The J-shaped curve and public health. *Drugs and Alcohol Today*, 21, 1, 54–69.
- Statistisches Bundesamt. (2024a, 21. Juni). *Pressemitteilung Nr. 287*. <https://www.destatis.de> (abgerufen am 06.03.2024).
- Statistisches Bundesamt. (2024b). *Sterbefälle und Lebenserwartung Lebendgeborene, Gestorbene, Geburten-/Sterbeüberschuss (ab 1950)*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/lrbev04.html#242408> (abgerufen am 25.03.2024).
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science, New Series*, 185, 4157, 1124–1131.
- Uhl, A. (2020a). Alkoholpolitik und Verhältnismäßigkeit. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 9(2), 6–19.
- Uhl, A. (2020b). Vorzeitige Sterblichkeit unter Risikofaktoren-Exposition auf der Basis attributabler Risiken: Grundlegende methodische Probleme. In Robert-Koch-Institut & Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), *Über Prävention berichten – aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung*. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 57–66). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Uhl, A. (2021). Die inadäquate Darstellung von COVID-19-Statistiken – ganz allgemein und in Zusammenhang mit Substanzkonsum und Suchtphänomenen. *Suchttherapie*, 22, 4, 175–182.
- Wadman, M. (2021). A grim warning from Israel: Vaccination blunts, but does not defeat Delta – With early vaccination and outstanding data, country is the world's real-life COVID-19-19 lab. *Science*, 373, 6557, 838–839.



Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl

Gesundheitspsychologe, seit 1977 in der Suchtforschung tätig. Abteilungsleiter Stv. des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH und stv. Leiter des englischen PhD-Programms der Fakultät für Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund-Freud-Privatuniversität in Wien. Forschungsschwerpunkte: Epidemiologie, Prävention, Suchtpolitik, Evaluation, Forschungsmethodologie
 alfred.uhl@sfu.ac.at



Suchterkrankungen = Gehirnerkrankungen?

Gallus Bischof

Zusammenfassung

Ein seit der Zunahme neurobiologischer Paradigmen in Teilen der Wissenschaftscommunity verbreitetes Erklärungsmodell zu Abhängigkeitserkrankungen begreift das Abhängigkeitsgeschehen als durch Veränderungen der Hirnstruktur bedingt. Demnach führt die fortlaufende Exposition gegenüber Suchtmitteln zu dauerhaften Veränderungen in der Hirnstruktur, die zu qualitativen Unterschieden zwischen Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Menschen ohne Abhängigkeitserkrankungen führen. Aus dem Modell wurden popularisierte Erklärungsmodelle abgeleitet, nach denen Betroffene sukzessive die willentliche Steuerung über ihren Substanzkonsum verlieren. Entgegen der öffentlichen Vermarktung des Modells wurden Grundannahmen frühzeitig von renommierten Forschenden zu Abhängigkeitserkrankungen kritisiert. Der vorliegende Beitrag analysiert Axiome des Modells hinsichtlich ihres empirischen Erklärungswertes und der Nützlichkeit bezüglich Behandlung und Prävention.

Schlüsselwörter: Gehirnerkrankung, Sucht, Stigma

Abstract

Since the rise of neurobiological paradigms in parts of the scientific community, an explanatory model for addiction disorders has been widely used, which sees addiction as being caused by changes in the brain structure. According to this model, ongoing exposure to addictive substances leads to permanent changes in the brain structure, which result in qualitative differences between people with addiction disorders and people without addiction disorders. Popularized explanatory models have been derived from the model, according to which those affected gradually lose voluntary control over their substance use. Contrary to the public marketing of the model, basic assumptions were criticized early on by renowned researchers on addiction disorders. This article analyzes basic tenets of the model with regard to their empirical explanatory value and usefulness for treatment and prevention.

Keywords: brain disease model, addiction, stigma

Hintergrund

Hinsichtlich Modellvorstellungen zu Ätiologie und Verlauf psychischer Erkrankungen standen sich traditionell medizinische Krankheitsmodelle und psychosoziale Modellvorstellungen gegenüber. Insbesondere aus den medizinischen Modellen folgte regelmäßig die Vorstellung eines gleichsam naturwissenschaftlich fassbaren Krankheitsgeschehens, wie es sich auch in dem Modell von Suchterkrankungen nach Jellinek (1960) beispielhaft abzeichnete: ein chronisch progredienter Verlauf einer biologisch fundierten Erkrankung. Demgegenüber standen in der psychosozialen Modellvorstellung insbesondere der frühen

verhaltenstherapeutisch geprägten klinischen Psychologie die Vorstellung von maßgeblich durch Konditionierungsprozesse erlernbaren (und tendenziell entsprechend auch verlernbaren) Störungsbildern.

Mit der Entwicklung neurobiologischer Forschungsansätze mittels Funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRI) und Positronen-Emissions-Tomographie (PET-Scan) entwickelte sich auch in der Forschung zu Abhängigkeitserkrankungen seit den 1990er Jahren ein ausgeprägter Fokus auf veränderte zerebrale Prozesse, der letztlich zu einer Renaissance des medizinischen Störungsmodells beigetragen hat.

Ein einflussreiches Modell, welches insbesondere in den USA zu einer dominanten Erklärungsgroße für Abhängigkeitserkrankungen geworden ist, stellt das „Brain Disease Model of Addiction“ (BDMA) dar, nach dem es sich bei Abhängigkeit um eine Erkrankung des Gehirns handle. Dieses wurde zunächst prominent von Alan Leshner, dem damaligen Leiter des National Institute on Drug Abuse (NIDA), und dann von seiner Nachfolgerin Nora Volkow vertreten. Das Modell postuliert nach Volkow und Morales (2015), dass die „Fortschritte in der Neurowissenschaft Sucht als eine chronische Erkrankung des Gehirns mit starken genetischen, entwicklungspsychologischen und soziokulturellen Komponenten“ identifiziert haben. Als zentrales Merkmal wird angenommen, dass abhängigkeitserzeugende Substanzen und/oder Verhaltensweisen Verstärkungskreisläufe durch den Neurotransmitter Dopamin im Nucleus accumbens, im ventralen tegmentalnen Bereich und in anderen Bereichen aktivieren und dass dieser Prozess, wenn er einmal stattgefunden hat, unumkehrbar ist. Eine zentrale Annahme ist weiterhin, dass der anhaltende Konsum einer Droge langfristige und irreversible Veränderungen in der Struktur und Funktion des Gehirns erzeugt (Volkow et al., 2003) und daher Betroffene keine Selbstkontrolle über ihr Verhalten mehr ausüben können. Eine popularisierte Erklärung beschreibt diesen Prozess, als hätten Drogen die natürlichen motivationalen Schaltkreise des Gehirns „gekapert“, wodurch Substanzkonsum die einzige oder zumindest dominierende motivationale Priorität bei Betroffenen erhalten würde (Racine et al., 2017). Auch wenn in einzelnen Beiträgen immer wieder auf die Bedeutung sozialer Faktoren für Entstehung und Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen hingewiesen wird (z. B. Heilig et al., 2016), so wird dennoch in neurobiologischen Veränderungen die zentrale Erklärung für Abhängigkeitssymptome gesehen und mit einem „Verlust des freien Willens“ in Verbindung gebracht (Goldstein & Volkow, 2011). Besonders deutlich wurde dies von Avram Goldstein auf der Konferenz der American Association for the Treatment of Opioid Dependence 1997 konkretisiert:

„Recent years have seen great advances in our understanding of this compulsive behavior. As all behavior is rooted in the brain, our new knowledge about addiction comes directly from basic brain research. Every addictive drug used by people is also self-administered by rats and monkeys. If we arrange matters so that when an animal presses a lever, it gets a shot of heroin into a vein, that animal will press the lever repeat-

edly, to the exclusion of other activities (food, sex, etc.); it will become a heroin addict. A rat addicted to heroin is not rebelling against society, is not a victim of socioeconomic circumstances, is not a product of a dysfunctional family, and is not a criminal. The rat's behavior is simply controlled by the action of heroin (actually morphine, to which heroin is converted in the body) on its brain.“ (Goldstein, 1997)

Vor dem Hintergrund einer derart weitreichenden neuroessentialistischen Position ist es dann nur konsequent, dass in den vergangenen Jahren insbesondere in Forschungsansätzen im Bereich von „Verhaltenssüchten“ die Aktivierung derselben Hirnaktivitäten als Beleg dafür herangezogen wurde, dass das fragliche Verhalten als Abhängigkeit zu klassifizieren sei.

Mit dem BDMA verbunden wurde die Hoffnung auf verbesserte Behandlungsansätze für und ein Rückgang an öffentlicher Stigmatisierung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.

Im Editorial der Zeitschrift „Nature“ (2014) wurde postuliert, dass die Konzeptualisierung von Sucht als einer Erkrankung des Gehirns „zumindest unter Wissenschaftlern“ nicht mehr kontrovers sei. Diesem Statement wurde in einer Entgegnung von Derek Heim und 94 weiteren Forschenden widersprochen (Heim, 2014). Aus den Reihen der sich kritisch äußernden Forschenden wurde in der Folge das „Addiction Theory Network“ initiiert (<https://addictiontheorynetwork.org/>), welches sich seitdem kritisch mit dem BDMA auseinandersetzt. Die bislang umfangreichste Auseinandersetzung mit dem BDMA findet sich in einem Sammelband (Heather et al., 2022), welcher sowohl zentrale Publikationen der Entwickler der BDMA als auch kritische Übersichtsartikel aus der Perspektive unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen (Epistemologie, Psychologie, Soziologie, Neurowissenschaft) beinhaltet.

Grundsätzlich handelt es sich bei der Frage, ob Abhängigkeitserkrankungen als Erkrankungen des Gehirns eingeordnet werden sollten, nicht um eine empirische, sondern um eine konzeptionelle Fragestellung (Leighton, 2022). Unstrittig ist, dass im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen auch Veränderungen in der kortikalen Aktivierung auf substanzbezogene Hinweisreize („cues“) feststellbar sind, wobei der neuroessentialistische Rückschluss, es handle sich deshalb um eine Erkrankung des Gehirns, kontrovers bewertet wird. Während jegliches menschliche Verhalten unzweifelhaft eine neurobiologische Komponente aufweist, wurde kritisch angemerkt, dass aus dem Vor-

liegen messbarer Unterschiede in cerebralen Aktivierungsmustern allein zunächst nur geschlussfolgert werden kann, dass sämtliche menschlichen Entscheidungsprozesse und Verhaltensweisen als „Erkrankungen des Gehirns“ angesehen werden könnten (Pickard, 2022), ohne dass dabei die cerebralen Differenzen als Ursache des Geschehens identifiziert werden könnten. Im Folgenden soll die Kompatibilität des BDMA mit dem empirischen Kenntnisstand des Suchtforschung kritisch analysiert und Auswirkungen des BDMA auf Versorgung und Forschung dargestellt werden.

Implizite und explizite Modellannahmen

Unterschieden werden muss in der medizinischen Forschung zwischen Syndromalmodellen, wie sie mehrheitlich in den psychiatrischen Störungsbildern anzutreffen sind und die lediglich die Koinzidenz und Assoziation verschiedener Faktoren abbilden, und „strengen“ Kausalmodellen, nach denen sich notwendige und hinreichende ätiologische Determinanten identifizieren lassen. Solche Kausalmodelle finden sich insbesondere bei somatischen Krankheitsbildern wie z. B. Infektionserkrankungen, bei denen sowohl der Kausalmechanismus (z. B. „Infektion mit einem bestimmten Bakterientypus“ oder „Neurodegeneration vom Alzheimer Typus“) als auch optimalerweise die wirksame Behandlung der Wahl (z. B. „Gabe von Antibiotika“) oder zumindest die Prognose (z. B. „irreversibler letaler Prozess“) bekannt sind. Nicht nur sprachlich („Sucht ist eine Erkrankung des Gehirns“), sondern auch bezüglich der Ableitungen auf Krankheitsentstehung und -verlauf ist das BDMA als strenges Kausalmodell zu verstehen, selbst wenn die Implikationen für die Behandlung auch von seinen ApologetInnen eingestandenermaßen noch nicht suffizient abgeleitet werden können. Ein Schwerpunkt des Modells liegt jedoch in der Entwicklung neuer pharmakologischer Behandlungsansätze, auch wenn die Notwendigkeit ergänzender psychosozialer Maßnahmen mehrheitlich unbestritten ist (z. B. Elias & Kleber, 2017).

Was ist eine pathologische zerebrale Funktionsbeeinträchtigung?

Unklar ist zunächst, wann eine als pathologisch zu klassifizierende Funktionsbeeinträchtigung vorliegt. Durch Fortschritte in der neurobiologischen Forschung wurden beispielsweise massive Fortschritte hinsichtlich der Lokalisierung von Gehirnaktivitäten erzielt. Allerdings

ist ein solcher Zusammenhang nicht zwingend eine deterministische Erklärung zur Funktionsweise des betreffenden identifizierten Abschnitts. Funktionen lassen sich in Anlehnung an Pickard (2022) analytisch danach unterscheiden, *warum* etwas existiert (z. B. führen spezifische Abwehrreaktionen des Immunsystems zu Vorteilen im natürlichen Selektionsprozess) und andererseits *wie* etwas zu der Funktionsweise eines Systems beiträgt (z. B. durch Ausbildung spezifischer Antikörper nach Impfung oder überstandener Infektion). „Warum-Funktionen“ spielen beispielsweise in der Psychologie und der Evolutionsbiologie eine zentrale Rolle, während „Wie-Funktionen“ im Bereich der Neurobiologie und der Kognitionswissenschaften bedeutsam sind. Gleichzeitig lässt sich aus der Erklärung, wie etwas funktioniert, nicht zwingend dessen Funktion in einem System ableiten. Während der visuelle Cortex beispielsweise maßgeblich als kognitive Repräsentanz visueller Eindrücke fungiert, übernimmt dieser bei Menschen mit erblicher Blindheit höhere kognitive Funktionen insbesondere im Bereich der Sprachverarbeitung – ein Umstand, der schwerlich als pathologisch identifiziert werden kann.

Bezogen auf menschliches Verhalten finden sich auf den Mind/Brain-Erklärungsdimensionen zwischen der persönlichen Ebene (Erfahrung, Verhalten), der kognitiven Ebene (Kognitive Operationen und Algorithmen) und der neurobiologischen Ebene zunehmende Komplexitätsreduktionen, wobei die einzelnen Ebenen nicht reduzibel sind. Dementsprechend sind auch Dysfunktionen auf einer Ebene nicht zwingend mit Dysfunktionen auf anderen Ebenen assoziiert. So führen beispielsweise neurobiologische Dysfunktionen nicht zwingend zu Beeinträchtigungen auf der Ebene des persönlichen Erlebens (z. B. bei neurodegenerativen altersbedingten Veränderungen), und Abweichungen von alltagspsychologischen Erwartungen und Normen können auch bei intakten neurobiologischen Funktionen vorliegen. Als Verdeutlichung lässt sich eine Parabel von Wakefield heranziehen (Wakefield, 2018): wird ein Gänseküken auf einen Fuchs geprägt, so wird das Küken diesem Fuchs folgen, in dessen Abwesenheit Stresssymptome aufweisen und früher oder später von dem Fuchs gefressen werden. Prägevorgänge, die zuerst von dem Ethologen Konrad Lorenz beobachtet und beschrieben wurden, sind instinktive Prozesse, in denen das Küken kurz nach dem Schlüpfen dem ersten Objekt nachlaufen, welches sie erblicken – im Regelfall sind das die Eltern. In dem Beispiel von Wakefield hat neurobiologisch ein normaler Prägevorgang stattgefunden, wenn

der Fuchs als erstes Objekt nach dem Schlüpfen in der Nähe des Küikens war (mit einem unglücklicheren Ende im Vergleich zu einer Begegnung mit Konrad Lorenz, der erstmalig die Prägung von Graugänsen beschrieb), gleichzeitig ist aber auf der alltagspsychologischen Ebene ein unnormales Verhalten festzustellen. Der Prägemechanismus ist dabei eine Repräsentation der Mutter, wäre jedoch auch hinsichtlich anderer Objekte funktional – z. B. wenn die Prägung sich auf die Person von Konrad Lorenz bezöge. Das „Wie“ des Prägemechanismus wiederum wäre bei allen Prozessen identisch – das Küken folgt dem ersten Objekt, nur mit sehr heterogenen Ergebnissen. Die Dysfunktionalität ist hier in den Umgebungsbedingungen zu suchen. Dies lässt sich auch auf Suchtmittelkonsum übertragen. Während der Gebrauch psychoaktiver Substanzen nachweislich in allen Kulturen auftrat, sind Berichte über Abhängigkeitsprobleme primär ein Produkt der Neuzeit, was u.a. auch eine Folge einer gestiegenen Verfügbarkeit, erhöhter Wirkstoffdichte (z. B. durch Destillation) und wirksamerer Applikationsmuster (z. B. Injektion) sein dürfte. In diesem Zusammenhang wurde von Durrant und KollegInnen (2009) das Konzept von Abhängigkeitserkrankungen aus evolutionspsychologischer Perspektive als einem „Mismatch“ zwischen biologischer Ausstattung und vorgefundenen Umgebungsbedingungen expliziert.

Wie spezifisch und stabil sind zerebrale Änderungen?

Grundsätzlich ist die Aussagekraft eines „automatisierten“ Prozesses des Substanzkonsums empirisch nicht belegt. Studien, die den Zusammenhang zwischen Substanzpräferenz in Abhängigkeit von substanzbezogenen Hinweisreizen („cues“), Bestrafung und der Induktion negativer Stimmungszustände untersucht haben, weisen darauf hin, dass es sich bei der substanzbezogenen Präferenz um ein zielgerichtetes Verhalten handelt, welches mehrheitlich nicht mit der Schwere einer Substanzgebrauchsstörung assoziiert ist (Hogarth, 2022). FMRI-Studien konnten zudem zeigen, dass auch bei Menschen mit einer Substanzabhängigkeit bei der Konfrontation suchtmittelassozierter Stimuli unter Instruktionen wie „willentliches Gegensteuern“ oder Fokussierung auf längerfristige negative Konsequenzen des Substanzkonsums eine Inhibition in den mit Belohnung assoziierten Cortexregionen wie dem ventralen Striatum und eine Aktivierung des mit Emotionskontrolle assoziierten präfrontalen Cortex zu verzeichnen waren, was ein

vorhandenes Maß an Selbstkontrollfertigkeiten auch mittels biologischer Messungen belegt (Satel & Lilienfeld, 2013).

Eine kritische Übersicht von Hall und KollegInnen (2015) führt hinsichtlich der publizierten Befunde an, dass die Heterogenität und Dimension der publizierten Unterschiede zwischen Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Kontrollgruppen Hinweise auf Zufallsbefunde infolge induktiver Datenanalysen (Alpha-Fehler) liefern und eine selektive Publikationstätigkeit bei gleichzeitiger Verzögerung oder Nichtpublikation von Befunden, welche die vorangegangenen Befunde nicht zu replizieren vermochten, darstellen. Replizierte Studienergebnisse zeigen demgegenüber weitreichende Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Hyper- oder Hypofunktionalität zwischen Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Kontrollen. Während solche Einschränkungen in Forschungsbefunden oftmals eingestanden werden, fehlt dieser Hinweis auf methodische Limitationen in populärwissenschaftlichen Darstellungen weitgehend. Korrelation zwischen verringelter Aktivität im präfrontalen Cortex ist zudem nur marginal mit selbstberichtetem Verlangen korreliert. Zentrale Wirkmechanismen wie dopamingebundene Sensibilisierung gegenüber Verstärkern ist zudem ein weit beobachtbares Phänomen bei Lernprozessen auch bei Verhaltensweisen, die nicht mit Abhängigkeitserkrankungen in Verbindung gebracht werden (Lewis, 2022).

Darüber hinaus sind die in Gruppenvergleichen identifizierten Veränderungen nicht hinreichend spezifisch, um einen Beitrag zur Diagnostik substanzbezogener Störungen leisten zu können. Das Postulat, durch „objektive Parameter“ die „Ursache“ substanzbezogener Störungen identifiziert zu haben, erinnert dabei fatal an die über Jahrzehnte betriebene (und letztlich aufgegebene) Suche nach einer „Suchtpersönlichkeit“: Unterschiede, die sich in Gruppenvergleichen identifizieren lassen wie beispielsweise eine erhöhte Impulsivität oder Auffälligkeiten bezüglich Persönlichkeitsdimensionen identifizieren Risikofaktoren für Entstehung und Aufrechterhaltung solcher Störungen, ohne dass es sich dabei um notwendige oder hinreichende Bedingungen der Störung selbst handelt. Eine Abhängigkeitserkrankung kann folglich ohne die assoziierten Faktoren auftreten, und das Vorliegen dieser Faktoren ist kein zwingender Indikator für das simultane Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung.

Weiterhin wäre bei einer pathologischen Veränderung eine strukturelle Abweichung zu erwarten, die auch unabhängig vom Konsum besteht und welche auch nach Beendigung des

Konsums persistiert. Allerdings fand sich bei Menschen mit remittierter Kokainabhängigkeit gegenüber drogenunerfahrenen Kontrollen eine *höhere* synaptische Dichte im präfrontalen Cortex (Connolly et al., 2013), was als Hinweis auf Neuroplastizität gewertet werden kann und bedeutet, dass die gefundenen neurobiologischen Differenzen zeitlich nicht stabil sind.

Implikationen für Verläufe, Behandlung und Erforschung von Abhängigkeitserkrankungen

Kein deterministischer Verlauf

Die Vorstellung eines automatisierten Verlaufes bzw. einer deterministischen Interaktion zwischen dem Konsum einer Substanz und einer bei Exposition nicht mehr vorhandenen Selbstkontrollfähigkeit bestand bereits vor der Entwicklung des BDMA in Form des medizinischen Störungsmodells. Die bereits bei dem Krankheitsmodell von Jellinek (1960) angelegte Vorstellung beinhaltet, dass es sich bei Alkoholabhängigkeit um eine chronische Erkrankung handelt, die lediglich durch professionelle Behandlung mit anschließender stabiler Abstinenz zum Stillstand gebracht werden kann, die aber nicht „geheilt“ werden kann. Empirisch konnte jedoch bereits in den 1970er Jahren experimentell nachgewiesen werden, dass Trinkverhalten sowohl bei asymptomatischen social drinkers als auch bei Probanden mit diagnostizierter Alkoholabhängigkeit, die in einem kontrollierten verblindeten Design entweder Alkohol oder ein Placebo erhielten sowie entweder die Information, Alkohol zu erhalten vs. keinen Alkohol zu erhalten, nicht pharmakologisch, sondern eher durch die Erwartung, Alkohol zu konsumieren, und positive Wirkungserwartungen geprägt ist (Marlatt et al., 1973). Dementsprechend kann zumindest bei moderaten Trinkmengen das Trinkverhalten bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit nicht durch einen pharmakologischen Determinismus erklärt werden.

Keine zwingende Notwendigkeit von Abstinenz

Bei Menschen, die sich aufgrund einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit in Behandlung begaben, fand sich anamnestisch zwischen dem Zeitpunkt des Erstauftretens der Abhängigkeit und der Behandlung bei mehr als 60 Prozent mindestens eine Periode der Abstinenz von drei oder mehr Monaten Dauer (Schuckit et

al., 1997), was dafür spricht, dass diese klinisch schwer beeinträchtigte Gruppe – mehrheitlich mit moderater bis schwerer Alkoholabhängigkeit – grundsätzlich eigeninitiativ zu längerfristiger Abstinenz in der Lage ist. Epidemiologisch konnten Studien zudem konsistent zeigen, dass ein substantieller Anteil an Menschen mit Alkoholabhängigkeit perspektivisch zu einem asymptomatischen Alkoholkonsummuster zurückkehrte, welches in vielen Fällen auch hinsichtlich der konsumierten Mengen einen risikoarmen Trinkstil beinhaltete (Fan et al., 2019). Von 7785 Probanden mit einer Lebenszeitdiagnose einer Alkoholgebrauchsstörung wiesen 34.2 Prozent zum Befragungszeitpunkt noch eine alkoholbezogene Störung auf, 10.4 Prozent wiesen einen symptomatischen Alkoholkonsum auf. Weitere 21.5 Prozent wiesen einen risikanten asymptomatischen Alkoholkonsum auf, 17.9 Prozent waren asymptomatisch Alkoholkonsumierende mit einer Trinkmenge unterhalb der als riskant bewerteten Grenzwerte. Von der Gesamtgruppe waren 16% abstinent. Etwa ein Viertel der Personen mit einer Lebenszeit-Alkoholkonsumstörung erreichte Abstinenz oder asymptomatischen Alkoholkonsum ohne Behandlung, wobei der Anteil an Probanden mit Behandlungserfahrung bei den abstinenten Outcomes mit 43.2 Prozent deutlich höher war als mit 12.3 Prozent bei den asymptomatischen weiterhin Alkohol konsumierenden Probanden (a.a.O.). Die Befunde replizieren frühere Ergebnisse epidemiologischer Studien, nach denen eine Rückkehr zu einem asymptomatischen Konsummuster insbesondere dann bei Menschen mit einer Lebenszeitprävalenz einer Alkoholabhängigkeit stattfanden, wenn die Ausstiegsprozesse ohne Kontakte zum professionellen Behandlungssystem erfolgten (Bischof, 2004).

Höhere Gewichtung sozialer Einflüsse

Auch zeigen epidemiologische Studien, dass ungefähr 70 Prozent der Personen mit einer Lebenszeitdiagnose einer Alkoholabhängigkeit diese ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfen überwindet (z. B. Tucker et al., 2020). Vertiefende Studien zu auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungsfaktoren solcher Remissionsprozesse deuten dabei auf eine ausgeprägte Rolle nicht nur von kognitiven Auseinandersetzungsprozessen, sondern auch von Veränderungen hinsichtlich psychosozialer Lebensbedingungen hin (z. B. Bischof et al., 2003; Rumpf et al., 2009). Insbesondere familiäre und soziale Unterstützung erwies sich dabei als

zentraler Prädiktor für eine erfolgreiche Remission ohne professionelle Behandlung.

Selbst tierexperimentell konnte der Einfluss sozialer Faktoren belegt werden. In einem heftig angefeindeten experimentellen Design konnten Alexander und KollegInnen (1981) nachweisen, dass Ratten, die zuvor in Skinner-Boxen gehalten wurden, welche durch ein extrem restriktives Raum- und Beschäftigungsangebot charakterisiert sind, auch nach längerer Exposition mit Morphin Wasser gegenüber Morphin präferierten, wenn sie in eine abwechslungsreiche Umgebung mit der Möglichkeit der sozialen Interaktion mit anderen Ratten verpflanzt wurden. Die Forschenden schlossen daraus, dass nicht die Wirkung der Substanz *per se*, sondern die Umgebungsbedingungen entscheidend für die Ausprägung suchtartigen Verhaltens bei Ratten sind. Auch wenn die Ergebnisse nicht durchgängig repliziert werden konnten (Petrie, 1996), so zeigten doch unabhängige Befunde, dass soziale Interaktion bei morphinerfahrenen Ratten zu einer weitgehenden Aufgabe der Selbstapplikation führte (Raz & Berger, 2010). Insgesamt deuten die Ergebnisse der Tierversuche darauf hin, dass der Konsum psychotroper sedierender Substanzen stark von der Verfügbarkeit alternativer Verstärkerbedingungen abhing und keinesfalls nach erfolgter Initiation einem eigengesetzlichen Prinzip unterlag.

Würdigung konträrer Befunde aus Prävention und Behandlungsverfahren

Auch aus Befunden zu wirksamen Behandlungsverfahren für Abhängigkeitserkrankungen lässt sich die Unhaltbarkeit eines deterministischen, neurozentrischen Modells von Abhängigkeitserkrankungen ableiten. Gemäß den Leitlinien zur Behandlung alkoholbezogener Störungen (Kiefer et al., 2022) zählen zu den am besten hinsichtlich ihrer Wirksamkeit belegten postakuten Behandlungsansätzen Verfahren wie Motivational Interviewing und Community Reinforcement (sowie im Bereich illegalisierter Substanzen Kontingenzmanagement; vgl. Bischof, 2010), die wahlweise auf Erhöhung von intrinsischen Veränderungsmotiven oder auf Bereitstellung alternativer und mit Suchtmittelkonsum inkompatibler Verstärker setzen. Allen Verfahren ist gemeinsam, dass den postulierten Wirkmechanismen sowohl eine Wahlmöglichkeit seitens der KlientInnen als auch eine Befähigung des Belohnungszentrums zur Aktivierung durch alternative Verstärker zugrundeliegt.

Einschränkend ist zugleich anzuführen, dass die seitens der WHO in der Globalen Stra-

tegie zur Reduktion alkoholbezogener Schäden aufgeführten verhältnispräventiven Maßnahmen wie Preiserhöhungen und Reduktion der Verfügbarkeit von Suchtmitteln zwar bei Personen mit riskantem oder schädlichem Konsum zu einem Rückgang der Konsummengen beizutragen scheinen (Babor et al., 2022), andererseits sich jedoch in Schottland nach Einführung eines Mindestpreises für Alkohol z. T. unintendierte Effekte bei Alkoholabhängigen wie insbesondere erhöhter ökonomischer Stress bei unverändert hohem Alkoholkonsum ergaben (Holmes, 2023). Die Konstruktion eines deterministischen, nicht willentlich steuerbaren Mechanismus von Suchterkrankungen kann dementsprechend nicht aufrechterhalten werden, auch wenn sich Hinweise auf eine reduzierte Fähigkeit zur Selbststeuerung finden lassen. Nach Hall und Carter (2013) wäre eine angemessene Schlussfolgerung vor dem Hintergrund epidemiologischer und klinischer Evidenz die Aussage „eine Minderheit von Menschen mit schwereren Abhängigkeitsformen kann eine chronisch rezidivierende Störung entwickeln“. Dabei scheint in Übereinstimmung mit psychosozialen Modellvorstellungen die Verfügbarkeit attraktiver Alternativen zum Substanzkonsum bei der Mehrheit der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen eine bedeutsame Größe für die Überwindung der Störung zu sein.

Entstigmatisierung

Unabhängig von der Evidenz im Sinne einer zerebralen Veränderung als notwendiger und hinreichender Erklärungsdimension von Abhängigkeitserkrankungen stellt sich zudem die Frage, welche sozialen Implikationen mit den Postulaten des BDMA verbunden sind, also ob es sich bei dem Modell um eine nützliche Konstruktion ungeachtet eines empirisch belegten Wahrheitskriteriums handelt. Im Kontext der Entwicklung des BDMA wurde das Modell ausdrücklich als Alternative zu einem stigmatisierenden Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen als einem willentlich steuerbaren unmoralischen Verhalten bei den Betroffenen selbst und in der öffentlichen Meinung konzeptualisiert und von dem Modell eine Verbesserung des Zugangs zu medizinischer Behandlung inkl. Versicherungsschutz sowie eine günstige Beeinflussung der Gesetzgebung erwartet (Dackis & O'Brien, 2005). Diese Vorstellungen konnten jedoch nur unzureichend realisiert werden. Eine Meta-Analyse zu den Auswirkungen unterschiedlicher Erklärungsmodelle zu Suchterkrankungen kam zu dem Ergebnis, dass neurobiologische Erklärungs-

muster von Abhängigkeitserkrankungen einerseits Schuldzuschreibung an Betroffene reduzierten, gleichzeitig aber den Wunsch nach sozialer Distanz, die wahrgenommene Gefährlichkeit der Betroffenen und eine pessimistische prognostische Bewertung in der Allgemeinheit als auch bei den Betroffenen erhöhten (Loughman & Haslam, 2018). In keiner der analysierten Studien waren neurobiologische Erklärungsmuster mit einer konsistenten Reduktion von Stigma assoziiert. Der Rückgang an moralisierenden Abwertungen ist somit mit stärkerer sozialer Exklusion erkauft. Die Autoren schlussfolgern, dass obschon neurobiologische Erkenntnisse nicht per se stigmatisierend wirken, neuro-essentialistische Perspektiven, in denen neurobiologische Faktoren als diskrete, nicht-veränderbare und die Identität einer Person determinierende Erklärungsgrößen und primäres oder maßgebliches Agens der Erkrankung betrachtet werden, zu einer Zunahme stigmatisierender Einstellungen beitragen.

Umgestaltung der Forschungsförderung

Zusätzlich zeigt der Stellenwert, den neurobiologische Forschung im Kontext der Forschungsförderung einnimmt, dass in den vergangenen 20 Jahren eine Verschiebung der Schwerpunktsetzung zu Lasten von Forschungsansätzen, die sich mit Prävention und nicht-pharmakologischen Behandlungsansätzen befassen, stattgefunden hat (Goldfried, 2016). Während teilweise vor dem Hintergrund des BDMA kostspielige und riskante neurochirurgische Eingriffe diskutiert wurden, ist – unter den Voraussetzungen begrenzter Ressourcen – eine Reduktion von Public Health-Ansätzen verpflichteten Interventionsansätzen festzustellen (Hall & Carter, 2013). Auch die Ausblendung sozialer Risikofaktoren wie Armut, sozialer Isolation und unzureichender Bildung zugunsten einer Behandlung der „individuellen Ursachen“ von Abhängigkeitserkrankungen dürfte nach Hall und Carter (a.a.O.) für Regierungen attraktiver sein und das Wohlwollen der suchtmittelproduzierenden Industrien finden. Schließlich bestünde selbst dann, wenn das BDMA einen Erklärungswert für eine Subgruppe von schwerer beeinträchtigten Personen mit Alkoholkonsumstörungen perspektivisch entwickeln könnte, ein zentrales Problem unverändert in der unzureichenden Erreichbarkeit von betroffenen Menschen durch Versorgungsangebote. Abhängigkeitserkrankungen zählen zu den psychischen Erkrankungen mit der niedrigsten Inanspruchnahme professioneller Hilfen (Mekonen et al., 2020), und im Mittel werden Betrof-

fene erst spät erreicht, ohne dass bislang Konzepte zur früheren Erreichbarkeit Wirksamkeit gezeigt haben.

Konklusion

Unzweifelhaft sind in den vergangenen Dekaden Fortschritte hinsichtlich der mit dem Abhängigkeitsgeschehen assoziierten Gehirnareale erzielt werden. Unklar muss jedoch zum derzeitigen Kenntnisstand bleiben, welchen Beitrag diese zur Erklärung von Abhängigkeitsprozessen leisten können. Die kritische Analyse der Evidenz deutet darauf hin, dass Veränderungen in der Hirnstruktur weder hinreichende noch notwendige Elemente des Abhängigkeitsgeschehens darstellen und insbesondere nicht zur Erstellung einer individuellen Diagnose herangezogen werden können. Das BDMA hat zudem seinen eigenen Anspruch, zu einer Verbesserung der Versorgung und einem Abbau von Stigmatisierung beizutragen, in keiner Weise erfüllt. Die Vorstellung von Abhängigkeitserkrankungen als Erkrankung des Gehirns in einem neuroessentialistischen Sinne muss deshalb zurückgewiesen werden. Gleichwohl zeigt die Popularität neurobiologischer Ansätze (nicht nur) in der Suchtforschung auch ein meist nicht expliziertes Menschenbild und Wissenschaftsverständnis. Das in der Suchtforschung (wie auch dem gesamten Bereich der Psychologie und Psychiatrie) inhärente Problem der unzureichenden Subjekt-Objekt-Trennung, durch welches sich die Untersuchungsgebiete als Spielarten der Sozialwissenschaft identifizieren, durch einen ausschließlichen Rekurs auf „objektive“ Daten überwinden und die Suchtforschung den Naturwissenschaften zuschlagen zu wollen, wäre ein Rückfall in einen naiven Empirismus und nicht gegenstandsangemessen.

Sowohl bei unbehandelten Verläufen als auch bei der Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen scheinen letztlich für die Mehrheit der Betroffenen Aspekte der Lebenswelt maßgeblich dafür ausschlaggebend, ob eine Überwindung der Erkrankung gelingt. Deterministische Aussagen wiederum lassen sich dabei schwerlich identifizieren. Auch wenn das Gehirn eine zentrale Verarbeitungskomponente darstellt, so handelt das Gehirn eben nicht eigengesetzlich, sondern es sind Personen, die in einer konkreten Umgebung handeln – wie bewusst das auch immer sich vollzieht, einmal dahingestellt. Aus erkenntnistheoretischer Sicht handelt es sich bei der Aussage „Sucht ist eine Erkrankung des Gehirns“ letztlich um einen mereologischen Fehlschluss:

„Den Irrtum, den sich Neurowissenschaftler zuschulden kommen lassen, wenn sie den konstituierenden Teilen eines Lebewesens Attribute zuzuschreiben, die in logischer Hinsicht nur auf das ganze Lebewesen zutreffen, werden wir den ‚mereologischen Fehlschluss‘ in den Neurowissenschaften nennen. Das Prinzip, dass die psychologischen Prädikate, die nur auf menschliche Wesen (oder andere Tiere) als Ganze zutreffen, auf ihre Teile (wie das Gehirn) nicht sinnvoll angewendet werden können, werden wir ‚das mereologische Prinzip‘ in den Neurowissenschaften nennen. Von menschlichen Wesen, nicht aber von ihren Gehirnen, kann man sagen, dass sie rücksichtsvoll oder nicht rücksichtsvoll sind; von Tieren, nicht aber von ihren Gehirnen, und schon gar nicht von deren Hemisphären, kann man sagen, dass sie etwas sehen, hören, riechen und schmecken; von Menschen, nicht aber von ihren Gehirnen, kann man sagen, dass sie Entscheidungen treffen oder unentschlossen sind.“ (Bennet & Hacker, 2010, S. 171 f.)

Die Kritik an einer neuro-essentialistischen Perspektive und die Zurückweisung des BDMA als zentrale Erklärungskomponente von Abhängigkeitserkrankungen bedeutet im Gegenzug jedoch nicht, dass neurowissenschaftliche Ansätze keinen Stellenwert für ein verbessertes Verständnis dieser Erkrankungen haben. Es ist nicht auszuschließen, dass neuropsychologische Befunde zur Identifikation eines Phänotyps von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen beitragen können, für die beispielsweise das Behandlungsziel des Kontrollierten Trinkens kontraindiziert ist – entsprechende Befunde liegen bislang nicht vor (Bischof, 2024). Dabei bleibt es eine politische Frage, welchen Stellenwert dem Paradigma zugeschrieben werden sollte und welche realistischen Erwartungen mit den Befunden verbunden werden können (Boness et al., 2023).

Literatur

- Alexander, B. K., Beyerstein, B. L., Hadaway, P. F. & Coambs, R. B. (1981). Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. *Pharmacol Biochem Behav*, 15(4), 571–576.
- Babor, T. F., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Österberg, E. et al. (2022). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Bennet, M. R. & Hacker, P. M. (2010). *Die philosophischen Grundlagen der Neurowissenschaften* (aus dem Englischen übersetzt von A. Walter). Darmstadt: WBG.
- Bischof, G. (2004). *Ausstiegsprozesse aus der Alkoholabhängigkeit mit und ohne formelle Hilfen. Ein Geschlechtervergleich*. Freiburg i. Br.: Lamberkus.
- Bischof, G. (2010). Effektivität von Psychotherapie bei Suchterkrankungen. *Suchttherapie*, 11, 158–165.
- Bischof, G. (2024). Debatte zu kontrolliertem Trinken: Was wir über kontrolliertes und reduziertes Trinken wissen und was nicht. *Suchttherapie*, 25(03), 136–141. doi:10.1055/a-2328-4434
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2003). Types of natural recovery from alcohol dependence: A cluster analytic approach. *Addiction*, 98(12), 1737–1746.
- Boness, C. L., Votaw, V. R., Francis, M. W., Watts, A. L., Sperry, S. H., Kleva, C. S. et al. (2023). Alcohol use disorder conceptualizations and diagnoses reflect their sociopolitical context. *Addict Res Theory*, 31(5), 307–312.
- Connolly, C. G., Bell, R. P., Foxe, J. J. & Garavan, H. (2013). Dissociated grey matter changes with prolonged addiction and extended abstinence in cocaine users. *PLoS One*, 8(3), e59645.
- Dackis, C. & O'Brien, C. (2005). Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications. *Nat Neurosci*, 8(11), 1431–1436.
- Durrant, R., Adamson, S., F. Todd, F. & Sellman, D. (2009). Drug use and addiction: evolutionary perspective. *Aust N Z J Psychiatry*, 43(11), 1049–1056.
- Elias, D. & Kleber, H. D. (2017). Minding the brain: the role of pharmacotherapy in substance-use disorder treatment. *Dialogues Clin Neurosci*, 19(3), 289–297.
- Fan, A. Z., Chou, S. P., Zhang, H., Jung, J. & Grant, B. F. (2019). Prevalence and correlates of past-year recovery from DSM-5 alcohol use disorder: results from national epidemiologic survey on alcohol and related conditions-III. *Alcohol Clin Exp Res*, 43(11), 2406–2420.
- Goldfried, M. R. (2016). On possible consequences of National Institute of Mental Health funding for psychotherapy research and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 77–83.
- Goldstein, A. (1997). Neurobiology of Heroin addiction and of Methadone treatment. New York: American Association for the Treatment of Opioid Dependence. <https://www.aatod.org/media/archived-aatod-news/neurobiology-of-heroin-addiction-and-of-methadone-treatment/>
- Goldstein, R. Z. & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nat Rev Neurosci*, 12(11), 652–669.
- Hall, W. & Carter, A. (2013). Anticipating possible policy uses of addiction neuroscience re-

- search. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(3), 249–257.
- Hall, W., Carter, A. & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2(1), 105–110.
- Heather, N., Field, M., Moss, A. C. & Satel, S. (Eds.). (2022). *Evaluating the brain disease model of addiction*. London: Routledge.
- Heilig, M., Epstein, D. H., Nader, M. A. & Shaham, Y. (2016). Time to connect: bringing social context into addiction neuroscience. *Nat Rev Neurosci*, 17(9), 592–599.
- Heim, D. (2014). Addiction: Not just brain malfunction. *Nature*, 507(7490), 40.
- Hogarth, L. (2022). The Persistence of Addiction is better explained by socioeconomic deprivation-related factors powerfully motivating goal-directed drug choice than by automaticity, habit or compulsion theories favoured by the Brain Disease Model. In N. Heather, M. Field, A. C. Moss & S. Satel (Eds.), *Evaluating the brain disease model of addiction* (pp. 216–236). London: Routledge.
- Holmes, J. (2023). Is minimum unit pricing for alcohol having the intended effects on alcohol consumption in Scotland? *Addiction*, 118(9), 1609–1616.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse.
- Kiefer, F., Batra, A., Petersen, K. U., Ardern, I. S., Tananska, D., Bischof, G. et al. (2022). German guidelines on screening, diagnosis, and treatment of alcohol use disorders: Update 2021. *Eur Addict Res*, 28(4), 309–322.
- Leighton, T. (2022). Brains or persons? Is it coherent to ascribe psychological powers to brains? In N. Heather, M. Field, A. C. Moss & S. Satel (Eds.), *Evaluating the brain disease model of addiction* (pp. 203–215). London: Routledge.
- Lewis, M. (2022). Brain change in addition: Disease or learning? In N. Heather, M. Field, A. C. Moss & S. Satel (Eds.), *Evaluating the brain disease model of addiction* (pp. 196–202). London: Routledge.
- Loughman, A. & Haslam, N. (2018). Neuroscientific explanations and the stigma of mental disorder: a meta-analytic study. *Cogn Res Princ Implic*, 3(1), 43.
- Marlatt, G. A., Demming, B. & Reid, J. B. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: an experimental analogue. *J Abnorm Psychol*, 81(3), 233–241.
- Mekonen, T., Chan, G. C. K., Connor, J., Hall, W., L. Hides, L. & Leung, J. (2020). Treatment rates for alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 116(10), 2617–2634.
- Nature. (2014). Animal farm (Editorial). *Nature*, 506(7486), 5.
- Petrie, B. F. (1996). Environment is not the most important variable in determining oral morphine consumption in Wistar rats. *Psychol Rep*, 78(2), 391–400.
- Pickard, H. (2022). Addiction and the meaning of disease. Evaluating the Brain Disease Model of Addiction. N. Heather, M. Field, A. C. Moss and S. Satel. London and New York, Routledge: 321 – 338.
- Racine, E., Sattler, S. & Escande, A. (2017). Free will and the brain disease model of addiction: the not so seductive allure of neuroscience and its modest impact on the attribution of free will to people with an addiction. *Front Psychol*, 8, 1850.
- Raz, S. & Berger, B. D. (2010). Social isolation increases morphine intake: behavioral and psychopharmacological aspects. *Behav Pharmacol*, 21(1), 39–46.
- Rumpf, H. J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2009). Remission ohne formelle Hilfe bei Alkoholabhängigkeit: Der Stand der Forschung. *Sucht*, 55, 75–85.
- Satel, S. & Lilienfeld, S. O. (2013). Addiction and the brain-disease fallacy. *Front Psychiatry*, 4, 141.
- Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Smith, T. L. & Bucholz, K. K. (1997). Periods of abstinence following the onset of alcohol dependence in 1,853 men and women. *J Stud Alcohol*, 58(6), 581–589.
- Tucker, J. A., Chandler, S. D. & Witkiewitz, K. (2020). Epidemiology of recovery from alcohol use disorder. *Alcohol Res*, 40(3), 02.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S. & Wang, G. J. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *J Clin Invest*, 111(10), 1444–1451.
- Volkow, N. D. & Morales, M. (2015). The brain on drugs: from reward to addiction. *Cell*, 162(4), 712–725.
- Wakefield, J. C. (2018). The harmful dysfunction analysis of addiction: Normal brains and abnormal states of mind. In H. Pickard & S. H. Ahmed (Eds.). *The Routledge handbook of philosophy and science of addiction* (pp. 90–101). London: Routledge.



Gallus Bischof

Universität zu Lübeck
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
D-23538 Lübeck
gallus.bischof@uksh.de



Winter in Wien. Vom Verschwinden einer Jahreszeit

Die Ausstellung im Wien Museum fokussiert anhand kulturhistorischer Objekte und Fotografien unter anderem von Sonja Bachmayer die massive klimatische Veränderung jenseits nostalgischer Erinnerungen. Die nachfolgenden Fotografien entstanden im Auftrag des Wien Museums für die Ausstellung im Winter 2023. Die Originalfotos sind im Wien Museum ausgestellt und können bis Ende Februar besichtigt werden.

Fotoreportage © Sonja Bachmayer © Wien Museum

















Psychoedukation oder Indoktrination? Eine ethische Grundsatzfrage in der Suchtbehandlung

Martin Wallroth

Zusammenfassung

Jenseits offen autoritärer Indoktrination, wie sie aus der „traditionellen“ Suchtbehandlung durchaus vertraut ist, gibt es subtilere und manipulativere Formen der Indoktrination, die – so ist zu befürchten – problemlos im Gewand der Psychoedukation auftreten können. Die Vermeidung einer Verwechslung von Psychoedukation und Indoktrination erscheint vor diesem Hintergrund als ungelöste ethische Aufgabe, die dauerhaft Wachsamkeit erfordert. Der Beitrag verwendet einen aktuellen und repräsentativen Lehrbuchtext zum Thema Psychoedukation als Ausgangsmaterial für eine kritische Analyse, um die Notwendigkeit einer solchen Wachsamkeit, die „freischwebend“ sein und in alle Richtungen sichern muss, beispielhaft zu demonstrieren.

Schlüsselwörter: Psychoedukation, Indoktrination, Ethik der Suchthilfe

Abstract

Beyond overtly authoritarian indoctrination, as is quite familiar from ‘traditional’ addiction treatment, there are subtler and more manipulative forms of indoctrination which, as is to feared, can easily appear in the guise of psychoeducation. Against this backdrop, avoiding the conflation of psychoeducation and indoctrination appears to be an unresolved ethical task requiring sustained vigilance. The paper uses a current and representative textbook text on the topic of psychoeducation as the starting material for a critical analysis to demonstrate by way of example the need for such vigilance, which must be ‘free-floating’ and secure in all directions.

Keywords: psychoeducation, indoctrination, ethics of addiction care

Es geht nicht um „Pappkameraden“, sondern um reale ethische Probleme – eine Vorbemerkung zur Methode

Wer in einer ethischen Analyse den Verdacht äußert, dass die Trennlinie zwischen Psychoedukation und Indoktrination in der Suchtbehandlung missachtet wird, muss sich entweder in konkreten Beispielen verlieren, von denen dann gerne behauptet wird, sie seien nicht repräsentativ, oder er wird – bleibt er im Allgemeinen – mit der Frage konfrontiert, „wer denn so etwas macht“. Diesem Dilemma versucht der Verfasser dieses Textes dadurch zu entkommen, dass er ein „Close Reading“ eines Lehrbuchtextes vornimmt, von dem sich kaum beziehen lässt, dass er aktuell und repräsentativ in dem Sinne ist, dass er den aktuellen Stand

der Kunst in dieser Angelegenheit abbildet. Damit ist auch gesagt, dass die Tatsache, dass der Text zum Ausgangspunkt kritischer Überlegungen gemacht wird, nicht auf eine mangelhafte Qualität des Textes als Einführungstext in die Thematik abzielt. Im Gegenteil: diese Qualität wird vorausgesetzt, da nur so das oben angesprochene Repräsentativitätsproblem gelöst werden kann. Natürlich ist es auch so jederzeit möglich, die hier angestellten Überlegungen als irrelevant abzutun. Die Frage, ob eine Person vorgetragene ethische Bedenken zum Gegenstand der kritischen Selbstreflexion mit Bezug auf die eigenen Denkmuster und das eigene Handeln macht oder ob sie diese abtut, ist selbst eine ethische Entscheidung, die sich nicht an andere delegieren oder von anderen erzwingen lässt. Der Lehrbuchtext zur Psychoedukation

als Methode der Suchtarbeit, der hier zugrunde gelegt wird, stammt von Peukert und Bilke-Hentsch (2022) und findet sich in der Form, in der er hier verwendet wird, in der aktuellsten Auflage des „*Praxisbuchs Sucht*“ (Batra & Bilke-Hentsch, 2022). Nebenbei sei angemerkt, dass die Tatsache, dass der Text von Peukert und Bilke-Hentsch nur wenige Seiten umfasst, auch für die Beiläufigkeit spricht, mit der das Thema „Psychoedukation“ als unproblematisch angesehen wird. Die Autoren konstatieren zurecht, dass sich bei diesem Thema zumindest im Bereich der Suchtarbeit ein hoher praktischer Stellenwert mit einer erstaunlichen Überschaubarkeit der Forschungs- und Publikationslage verbindet (vgl. Peukert & Bilke-Hentsch, 2022, S. 68; die in den folgenden Abschnitten herangezogenen Textstellen finden sich alle auf Seite 69 in dieser Publikation und werden deshalb nicht noch einmal eigens ausgewiesen; die Hervorhebungen in den Zitaten stammen von den Verfassern). Dies ist ein Grund mehr dafür, hier einen kritischen ethischen Blick auf die Thematik zu werfen.

Wer macht eigentlich die Vorgaben?

Wir beginnen mit einer Feststellung der Autoren, die zugleich eine Anomalität mit Bezug auf das Thema der Psychoedukation speziell im Bereich der Suchtarbeit formuliert, die im weiteren Verlauf jedoch von den Autoren als solche nicht eigens problematisiert wird:

„Bei der Mehrzahl der Patienten mit substanzbezogenen Störungen und besonders Verhaltenssüchten ist zunächst eine Klärung bzw. Stärkung der Veränderungsmotivation erforderlich, bevor an einer Abstinenzvereinbarung oder Verhaltensreduktion und den dazu weiter notwendigen Schritten gearbeitet werden kann.“

„Psychoedukation“ hat es speziell im Falle der Suchtarbeit offensichtlich mit mehr oder minder motivierten, ja möglicherweise sogar in der Mehrzahl mit *widerspenstigen* Personen zu tun. Das muss „geklärt“ werden – im Zweifelsfall auch gegen den Widerstand (oder wie es im Falle der motivierenden Gesprächsführung – angesichts der Tatsache, dass es sich um eine *Gesprächstechnik* handelt – etwas euphemistisch heißt: „mit dem Widerstand gehend“) der Betroffenen. Bereits an dieser Stelle findet ein interessantes „Framing“ statt: Aus einer spezifischen Motivationslage der Betroffenen wird ein „Stadium der Veränderungsmotivation“ in einem Prozess, der von Behandlerseite offen-

sichtlich als gegeben und bekannt vorausgesetzt wird:

„Es liegt nahe, das konkrete therapeutische Vorgehen der Psychoedukation am zwar kontrovers diskutierten, aber in praxi bewährten motivationalen Stadienmodell nach Prochaska und di Clemente [...] auszurichten.“

Ob das aus Sicht der Betroffenen auch so selbstverständlich naheliegt, mag bezweifelt werden. Diese „Motivationsarbeit“ in Richtung „Klärung bzw. Stärkung der Veränderungsmotivation“ mündet nahtlos in den Korridor eines eingeschränkten Spektrums möglicher Zielvorgaben, die zugleich direkt in die Form einer Zielvereinbarung gebracht werden (im Zitat mit einer sprechenden Priorisierung): „Abstinenzvereinbarung oder Verhaltensreduktion“. Das Zitat erweist sich bei genauerer Betrachtung als geballte Einführung einer *Begrifflichkeit* (hier und im Folgenden immer wieder kenntlich gemacht durch Anführungsstriche), die für die Betroffenen die Denk- und Handlungsspielräume durch ein begriffliches „Framing“ einengt, das sich zumindest aus ethischer Sicht nicht einfach als „Verwendung einer Fachterminologie“ bagatellisieren lässt. Dafür ist es praktisch viel zu folgenreich für die Betroffenen.

Im Hintergrund liegt hier eine grundsätzliche Problematik, die im Falle der Psychoedukation, speziell der Psychoedukation in der Suchtarbeit, lediglich besonders deutlich sichtbar wird und die im Rahmen dieses Beitrags leider nicht weiter vertieft werden kann: Sozialwissenschaftliche Begrifflichkeiten und Theorien müssen immer auch unter dem Aspekt betrachtet werden, dass sie kollektive und individuelle Selbstverständnisse von Menschen kolonialisieren. Im Gegensatz zu wissenschaftlichen Theorien und Begrifflichkeiten, die sich auf unbelebte, zumindest aber nichtmenschliche Objekte beziehen, greifen sozialwissenschaftliche Theorien in vorhandene Selbstverständnisse ein, da Menschen „self interpreting animals“ (Charles Taylor) sind (vergleiche dazu vertiefend Wallroth, 2021). Eine kritische (Selbst-)Reflexion auf die auch durch Theorien und Begriffe angewandter Sozialwissenschaft allererst konstituierten *Machtverhältnisse* steht weitgehend aus und wird dadurch zusätzlich erschwert, dass diese Wissenschaften sich in der Regel von vornherein auf der „hilfreichen“ („emanzipatorischen“ oder – wie im gegebenen Fall – „heilenden“) Seite sehen und den damit *a priori* gegebenen Paternalismus (mit der „informierten Zustimmung“ als einer im Bereich der Heilkunde korrespondierenden Unterwerfungsgeste) ausblenden. Dieser Beitrag versucht

kleine, exemplarische Schritte in die Richtung einer solchen Reflexion zu tun.

„Begegnung“ – mal anders

Die *strategische Kommunikation* im „psychoedukativen“ Umgang mit den potenziell widerstrebigen Betroffenen setzt sich folgendermaßen fort:

„Während exemplarisch ein bereits veränderungsbereiter Patient eher konkrete Veränderungsschritte planen und durchführen kann, sollte einem Patienten mit wenig oder unzureichender Veränderungsmotivation nach dem Programm der motivierenden Gesprächsführung mit grundlegenden Gesprächsführungstechniken mit dem Ziel des Aufbaus einer stabilen therapeutischen Beziehung begegnet werden.“

Lassen wir für den Augenblick die „veränderungsbereiten Patienten“ beiseite, die eher konkrete Veränderungsschritte planen und durchführen „können“, und wenden uns den Patienten „mit wenig oder unzureichender Veränderungsmotivation“ zu: Da die Diskursivität der Behandelnden durch Einführung und Durchsetzung eines „motivationalen Stadienmodells“ gesichert ist, ist auch klar, wer bestimmt, was unter „wenig oder unzureichender Veränderungsmotivation“ zu verstehen ist. Den Personen, die diesen Tatbestand erfüllen, muss nun, so heißt es, mit angemessenen Mitteln „begegnet“ werden: Da zumindest an der Oberfläche natürlich trotz der verwendeten martialischen Begrifflichkeit nicht paternalistisch agiert werden soll, kommen idealer Weise „Gesprächsführungstechniken“ (wohlgemerkt: *Techniken*) zum Einsatz, die eine stabile therapeutische Beziehung (ein hochgradig erläuterungsbedürftiger Begriff, den wir hier nicht klären können, der aber die ganze Last der hier analysierten Problematik mitträgt) „aufbauen“ sollen. Der Begriff des „Beziehungsaufbaus“ ist längst als Plastikwort (vgl. Pörksen, 1988) in die Alltagssprache eingesickert, sodass kaum noch wahrgenommen wird, dass hier ein zentraler Begriff aus dem Bereich des Zusammenlebens und der Mitmenschlichkeit mit all seinen Unverfügbarkeiten in den Bereich des Zweckrationalität, des instrumentellen Verfügens, des Strategischen und des Manipulierens transponiert wird – was natürlich für die Sicherung der von allen Seiten unreflektierten Machtposition der Behandelnden bei aller beschworenen „Augenhöhe“ (auch so ein Plastikwort; vgl. – speziell auf die Motivierende Gesprächsführung gemünzt – bereits den Titel von Demmel, 2022,

im gleichen Praxisbuch) günstig ist. Aus Handeln oder Tun wird Machen oder Herstellen – auch dies ein Grundzug der Moderne (und auch – oder erst recht – der Postmoderne), der hier nicht weiter vertieft werden kann (vgl. exemplarisch Wallroth, 2024).

Intervention – in Watte gepackt

Die Ambivalenzen, die sich aus dieser Vermengung von kommunikativem und strategischem Handeln (um es mit Habermas zu sagen) ergeben, setzen sich nahtlos fort, ja sie sind problemlos einer Steigerung fähig:

„Die Berücksichtigung dieser Faktoren [genannt werden: Empathie, verstehende Haltung, nicht-wertende Akzeptanz, kritische Distanz, Authentizität, Fachkompetenz, Beziehungskonstanz] im Rahmen des therapeutischen Vorgehens sollte Grundlage für eine erfolgreiche psychoedukative Intervention sein [...].“

Selbst die Authentizität, so scheint es, ist *machbar*, eine Unterscheidung zwischen Haltung und *Pose* findet aus guten Gründen nicht statt. Gleches gilt für die Unterscheidung zwischen Haltung und Kompetenz: Die Gleichsetzung von Haltung und Pose liefert dafür die Grundlage. Hauptsache ist, dass das „therapeutische Vorgehen“, das diese Aspekte allesamt verschleift, Grundlage für eine (in wessen Perspektive?) „erfolgreiche psychoedukative Intervention“ wird. „Intervention“ heißt *Eingriff*: Es ist gut, sich dies immer wieder in Erinnerung zu rufen. Die geschmeidige Handhabung von sozialtechnologischen Surrogaten kognitiver und sozialer Tugenden wie Mitgefühl, Verständnis, Achtung und Respekt, Bedachtsamkeit, Aufrichtigkeit, Klugheit, Verlässlichkeit sichert ab, das der Eingriff „erfolgreich“ (wohl im Sinne der Behandelnden, die ja längst wissen, wo das Problem liegt) ist.

Dialektik der „Aufklärung“

Es überrascht dann auch nicht, dass längst vorentschieden ist, was der Fall ist und was (nach Möglichkeit „leitliniengerecht“) zu tun ist und worüber lediglich noch „aufzuklären“ ist:

„Zusammenfassend geht es um folgende Punkte im Rahmen eines psychoedukativen Vorgehens:

- Aufklärung über Diagnose, Verlauf der Erkrankung und die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen.“

Der Begriff der „Erkrankung“ ist gesetzt (als wenn es gerade im Falle der Sucht nie Zweifel gegeben hätte), an die Stelle einer Problembeschreibung tritt eine „Diagnose“, der „Verlauf der Erkrankung“ diktiert die „Therapieoptionen“, was bleibt, ist lediglich eine *Wahl unter vorgegebenen Möglichkeiten*: Die „Angebote“ stehen fest. Echte Aufklärung ohne Anführungsstriche würde in diesem Kontext ja wohl erfordern, dass die Verlagerung des Problems in den medizinischen Diskurs nicht als „alternativlos“ präsentiert wird. Eine „Aufklärung“, die das unterschlägt, ist *de facto* das Gegenteil von Aufklärung.

Wer bestimmt wirklich, wo es lang geht?

Wurde über Diagnose, Verlauf der Erkrankung und zur Verfügung stehende Therapieoptionen erst einmal „aufgeklärt“, ist der Weg frei für die weiteren „Maßnahmen“:

- „Aufklärung über Inhalte und Struktur der Therapie insgesamt und über Struktur und Inhalte der Therapiestunde (sog. Agenda Setting).“

Der an dieser Stelle wohl eher unfreiwillig vielsagende Begriff des „Agenda Setting“ stammt aus der Kommunikations- und Medienforschung und bezeichnet die gezielte Beeinflussung von Menschen durch (in der Regel selbst der Aufmerksamkeit entzogene) Aufmerksamkeitssteuerung (vgl. exemplarisch Bonfadelli & Friemel, 2015). Auch hier also eine Kontamination von Aufklärung (die eigentlich ja auf Erweiterung der Perspektive abzielt) und Manipulation (die die Perspektive künstlich verengt, um zu steuern). Angesichts dieser Verschleifungen verdichtet sich hier langsam der Verdacht, dass eine klare Unterscheidung zwischen Psychoedukation und Indoktrination überhaupt nicht im Denkhorizont auftaucht, geschweige denn intendiert (oder überhaupt intendierbar) ist.

Kryptonormativität durch Hypostasierung

Wichtiger Teil der „Aufklärung“ auf der Basis des (vermeintlichen) Wissensmonopols um die Entstehungsbedingungen der Erkrankung auf Behandlerseite – gewissermaßen ihr primäres Angriffsziel – sind die „dysfunktionalen krankheitsbezogenen Einstellungen“ der längst zu „PatientInnen“ mutierten Betroffenen und ihre Angehörigen gleich dazu:

- „Verbesserung des Wissens um die Entstehungsbedingungen der Erkrankung sowohl auf Seiten der Angehörigen als auch des Patienten mit dem Ziel der Reduktion dysfunktionaler krankheitsbezogener Einstellungen.“

Wenn wir mit Kant unter „Hypostasierung“ verstehen, dass das Denken real gar nicht existierender Objekte mit deren angeblicher Erkenntnis verwechselt wird (vgl. z. B. Karásek, 2016), so liefern die im Zitat genannten „dysfunktionalen krankheitsbezogenen Einstellungen“ ein schlagendes Beispiel – ein Beispiel zudem, das zugleich paradigmatisch verdeutlicht, was mit dem Begriff der „Kryptonormativität“ gemeint ist: Das (nur) gedachte Objekt ist nicht nur nicht real existent, es muss auch noch obendrein beseitigt oder zumindest „reduziert“ werden, weil es „dysfunktional“ ist. Die postulierte Tatsache wird also mit einer impliziten Wertung versehen, die als solche nicht explizit thematisiert oder gar gerechtfertigt wird. Das ganze Ausmaß der manipulativen Gewalt dieser „Aufklärung“ wird deutlich, wenn wir uns klarmachen, wie voraussetzungsreich es ist, das Nachdenken der betroffenen Person und/oder ihrer Angehörigen über die Rolle von Suchtmittelkonsum in ihrem konkreten Handeln im Speziellen und in ihrer Lebensgeschichte, im Familienleben, etc. im Allgemeinen auf „krankheitsbezogene Einstellungen“ zu reduzieren und diese dann auch noch für „dysfunktional“ (mit Blick auf welche „Funktionalität“ genau?) zu erklären.

Sich in die Patientenrolle fügen und „zustimmen“

Angesichts all dieser für die betroffene Person auch nicht nur ansatzweise durchschaubaren begrifflichen, theoretischen und gesprächstechnischen Machenschaften, die hier unter dem Begriff der „Psychoedukation“ veranstaltet werden, dürfte die betroffene Person mittlerweile den Punkt erreicht haben, an dem sie vor der geballten Expertenmacht kapitulieren muss (Vergleichbares gilt mutatis mutandis für die Angehörigen). Sie wird sich – wie wir bereits gesehen haben, ist das ein wichtiges Rahmenziel der „Psychoedukation“ – in ihre Patientenrolle fügen und nun endgültig bereit sein, die höhere Einsicht ihres Gegenübers zu akzeptieren. Dieses Gegenüber kommt ihr dabei durchaus entgegen:

- „Erarbeitung eines für den Patienten akzeptablen funktionalen Bedingungsgefüges.“

Was ist ein „akzeptables funktionales Bedingungsgefüge“? Nun, das „funktionale Bedingungsgefüge“ werden wir analog zum vorangegangenen Abschnitt zu verstehen haben. „Akzeptabel“ wird in diesem Kontext bedeuten, nicht nur den konkreten inhaltlichen Vorschlag von therapeutischer Seite, sondern die gesamte Perspektive auf das Problem und das gesamte Begriffssystem, in dem dieses Problem zum „funktionalen Bedingungsgefüge“ mutiert, weitgehend widerstandslos „schlucken“ zu können.

An dieser Stelle und mit Blick auf den nächsten Abschnitt ist festzuhalten, dass die nicht zwangswise, aber doch mit überwältigender Begriffshoheit stattfindende, inhaltlich hoch spezifische und artifizielle Versetzung aus der Rolle eines Akteurs der eigenen Lebensgeschichte in die Patientenrolle ein ausgesprochen heikles Unterfangen ist, das nicht ohne Risiken und Nebenwirkungen für die eigene künftige Handlungsfähigkeit und die Ausrichtung der eigenen Lebensgestaltung (einschließlich der Rolle des Suchtmittelkonsums darin) ist (vgl. Pearce & Pickard, 2010). Nach allem, was wir bis jetzt erfahren haben, steht zu befürchten, dass auch hier Verengungen auf uns zukommen.

Im Hamsterrad der „Bewältigung“

Die Befürchtung scheint sich zu bestätigen:

- „Verbesserung des Verständnisses bzw. der Verarbeitung des Krankheitsverlaufs bzw. Förderung einer aktiven Krankheitsbewältigung (Coping)“

Die Formatierung scheint abgeschlossen: An die Stelle des Rilke'schen „Du musst Dein Leben ändern!“ (vgl. dazu Sloterdijk, 2009) als Akt autonomer, dabei aber von konkreten Lebensumständen abhängiger Lebensgestaltung, der auch das Verhältnis zum eigenen Suchtmittelkonsum neu bestimmt, tritt die „Verarbeitung des Krankheitsverlaufs“, die „Krankheitsbewältigung“ – das „Coping“ – auf der Basis einer „Verbesserung des Verständnisses des Krankheitsverlaufs“, zu dem im schlimmsten Falle die eigene Lebensgeschichte konzeptuell zusammenschnurrt. Und damit auch gleich die eigenen „Ressourcen“ (um den Fachbegriff zu verwenden, mit dem die Sinnzusammenhänge des eigenen Lebens auf Handhabbares reduziert werden). Nur am Rande sei erwähnt, dass dieser Reduktionismus für die Behandler die angenehme Nebenfolge hat, „Erfolgsquoten“ quantifizierbar zu machen.

„One thought too many“¹ – oder sogar zwei – in der „Verbesserung der Therapeut-Patient-Beziehung“

Die Unterwerfungsgeste der „informierten Zustimmung“ wurde bereits weiter oben angesprochen und dass es sich angesichts der konzeptuellen Übermacht der Expertenseite um eine solche handelt, sollte zwischenzeitlich deutlich geworden sein. Auch die „Verbesserung der Therapeut-Patient-Beziehung“ ist uns schon als „Beziehungsaufbau“ begegnet. Ebenso der manipulative Einschlag, den dieser hat. Nun werden die „informierte Zustimmung“ und die „Beziehungsgestaltung“ noch einmal explizit funktional kurzgeschlossen:

- „Verbesserung der Therapeut-Patient-Beziehung durch ein aktives Einbeziehen des Patienten in relevante Therapieentscheidungen (Informed Consent).“

„Informed Consent“ – verstanden als „aktives Einbeziehen des Patienten in relevante Therapieentscheidungen“ (wir wissen mittlerweile, was das bedeuten kann) – funktionalisiert als *Mittel zum Zweck* der „Verbesserung der Therapeut-Patienten-Beziehung“. An dieser Stelle ist es vielleicht angebracht, an die Selbstzweckformel des kategorischen Imperativs Kants zu erinnern:

„Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloss als Mittel brauchest.“ (Kant, 1907)

„Niemals bloss als Mittel“ schließt im gegebenen Fall natürlich nicht aus – wenn wir einmal davon ausgehen, dass mit der „informierten Zustimmung“ die Menschheit in der Person des Betroffenen grundsätzlich und in erster Linie „als Zweck gebraucht“ und d.h.: gewürdigt wird –, nebenbei auch weitere Zwecke zu verfolgen. Wir müssen aber zumindest in Betracht ziehen, dass solche Funktionalisierungen gerade in solchermaßen delikaten zwischenmenschlichen Kontexten tendenziell einen korrumpernden Effekt haben können: „informierte Zustimmung“ als Pflichtübung und vom Gegenüber nicht wirklich innerlich nachvollzogenes Einbeziehungs-Theater zu von

¹ Der britische Philosoph Bernard Williams hat die Denkfigur des „One thought too many“, auf die ich mich hier variierend beziehe, in die ethische Diskussion eingeführt (vgl. Williams, 1981). In Williams Beispiel steht ein Mann vor der Entscheidung, ob er seine ertrinkende Frau oder einen ertrinkenden Fremden retten soll. Offensichtlich hat er (vielleicht unter dem Einfluss der „Psychoedukation“ durch die Moralphilosophen, die Williams angreift) den Gedanken, dass es hier eine Entscheidung zu treffen gibt.

den Behandlern gewünschten Zwecken (solche Einbeziehungs-Theater lassen sich auch in vielen anderen Kontexten beobachten).

Erwähnt werden muss an dieser Stelle nämlich auch, dass das Ritual der „informierten Zustimmung“ in der Regel noch einen weiteren Zweck erreicht, der selten in seiner Tragweite explizit gemacht wird: Die Verantwortung wird der zustimmenden Person *zugeschoben*, was einerseits (hier ist der medizinethische Entstehungskontext des Begriffes zu bedenken) Rechtssicherheit für die Behandler schafft, andererseits aber – und das ist von erheblicher gesellschaftlicher Tragweite – zu einer Responsibilisierung der Betroffenen in dem Sinne führt, dass die Rolle gesellschaftlicher und sozialer Umstände für die Problemlagen Betroffener heruntergespielt und ihre „Eigenverantwortung“ absolut gesetzt wird (vgl. für den Begriff der Responsibilisierung exemplarisch Samerski, 2017).

Demoralisierende Ideale

Als Bestätigung für die Wichtigkeit speziell dieses Zusammenhangs kann der unmittelbar nachfolgende Punkt im analysierten Text dienen:

- „Verbesserung des Selbstmanagements und der Problemlösefähigkeit.“

Hier artikuliert sich – ausgerechnet im Zusammenhang einer „Psychoedukation“ von Menschen, die an Suchtproblemen leiden – das *neolibrale Gesellschaftsideal* schlechthin. Wir müssen uns an dieser Stelle fragen, ob „Selbstmanagement“ und „Problemlösefähigkeit“ wirklich geeignete Grundkonzepte für die Arbeit mit psychosozial marginalisierten, gesellschaftlich „abgehängten“ Menschen sind, die zudem möglicherweise gerade deshalb gute Gründe für ihren Konsum haben (vgl. Levy, 2007, und Pickard, 2012). Es ist zumindest sehr fraglich, ob eine „Psychoedukation“, die keine Indoktrination sein will, berechtigt ist, solche Ideale, die für viele Menschen in ihrer aktuellen Lebenssituation schlichtweg demoralisierend sein dürften, einfach fraglos vorauszusetzen und zu „vermitteln“.

„Doing Addiction“ als konzeptuelle Entmündigung

Den vorläufigen Abschluss dieser kritischen Analyse am Beispiel des Textes von Peukert und Bilke-Hentsch (der wie gesagt explizit als

repräsentatives Beispiel für den „Stand der Kunst“ ausgewählt wurde) soll derjenige Satz bilden, den die Autoren in ihrem Text als kurzen Merksatz in einem eigens hervorgehobenen Kästchen formuliert haben:

„Allgemein formuliert ist das Ziel jeder Psychoedukation, Patienten über die Erkrankung und deren Verlauf umfassend aufzuklären und damit ein für den Patienten akzeptables und zu Veränderungen motivierendes Störungsmodell zu erarbeiten.“

Dollinger und Schmidt-Semisch würden hier vermutlich von „doing addition“ sprechen und dem ein „undoing addiction“ entgegensetzen:

„eine Haltung, die es ermöglichen würde, „dem Drogengebrauchenden (und eben auch dem vermeintlich Abhängigen) als einem autonomen, in eigener Verantwortung und vor allem mit Sinn handelnden Individuum gegenüberzutreten, und ihm nicht nur eine einzige Bewertung seines Verhaltens, nämlich die der Sucht, anzubieten.“ (Dollinger & Schmidt-Semisch, 2007, S. 334, zit. n. Dollinger & Schmidt-Semisch, 2010, S. 157)

Ob hier wiederum eine Tendenz zur Responsibilisierung vorliegt, brauchen wir nicht zu entscheiden. Wichtig ist für unsere Zwecke an dieser Stelle nur, dass eine „Psychoedukation“, die ihren Namen verdienen soll, solche *konzeptuelle Freiräume* offenhalten müsste und nicht für ihre „Edukanden“ vorentscheiden dürfte. Eine noch radikalere und zumindest nicht ganz abwegige Entscheidung wäre an dieser Stelle, auf den Begriff der „Psychoedukation“ ganz zu verzichten, da die in diesem angelegte Machtasymmetrie zu einem dauerhaft nicht heilbaren Oszillieren zwischen Wissensvermittlung und Indoktrination führt.

Fazit: Erziehung, die nicht so aussehen soll wie Erziehung vs. Lernen von selbst-bestimmt agierenden Betroffenen

Abschließend nun doch noch ein Zitat aus einem anderen Text zum Thema der „Psychoedukation“, der nicht explizit auf Psychoedukation in der Suchthilfe abhebt:

„Bei wörtlicher Übersetzung könnte dieser Begriff ‚Erziehung‘ suggerieren [...]; das wäre jedoch ein Widerspruch in sich selbst, denn Psychoedukation versteht sich nicht als autoritär-direktive Intervention zur Indoktrination der Patienten mit einer ihnen fremden Über-

zeugung, sondern als interaktive Informationsvermittlung, um das subjektive Erfahrungswissen zu amplifizieren und anzureichern mit den professionellen Behandlungsmöglichkeiten.“ (Bäuml, 2014, S. 55)

Wir haben gesehen, dass die Lage so einfach nicht ist. Die Gefahr der Indoktrination besteht auch jenseits offen autoritär-direktiver Interventionen – ja sie nimmt dort vielleicht sogar zu: „Interaktive Wissensvermittlung“ sowie „Amplifizierung und Anreicherung subjektiven Erfahrungswissens mit professionellen Behandlungsmöglichkeiten“ sind Containerbegriffe, hinter denen sich alles und nichts verbergen kann und die auch dazu dienen können, Indoktrination besonders effektiv zu verschleiern. Vielleicht müsste der Begriff der „interaktiven Wissensvermittlung“ noch weitergedacht werden in Richtung echter Partizipation und eines echten Austausches (wobei auch diese Begriffe natürlich bereits dabei sind, durch gedankenlosen Gebrauch zu Schlagworten zu mutieren): An die Stelle sozialwissenschaftlicher Begrifflichkeiten und Theorien, verstanden als etwas, was die einen „haben“ und die anderen nicht – und das heißt immer auch: als Machtmittel in einer asymmetrischen Beziehung –, müsste ein Verständnis von Theorien als „interaktive Ressourcen“ treten (vgl. Buchholz, 2021). Aber auch dies sind natürlich erst einmal nur Worte. Wichtig erscheint eine Haltung, die die Betroffenen als handelnde Subjekte ernst nimmt, von denen auch vermeintliche „ExpertInnen“ noch etwas lernen können, ohne sie im oben ange deuteten Sinne zu „responsibilisieren“. Ansätze dazu von philosophisch-ethischer (und zum Teil zugleich auch selbst betroffener) Seite finden sich meines Erachtens zum Beispiel in Köhl (2003), Flanagan (2013), Picard (2017) sowie Kennett und KollegInnen (2019).

Literatur

- Batra, A. & Bilke-Hentsch, O. (Hrsg.). (2022). *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Bäuml, J. (2014). Psychoedukation. Zentraler Knotenpunkt im psychotherapeutischen Behandlungsnetz. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 16(9), 54–61.
- Bonfadelli, H. & Friemel, T. N. (2015). *Medienwirkungsforschung* (5., überarb. Aufl.). Konstanz: UVK.
- Buchholz, M. B. (2021). Qualitative Forschung: Vertiefung in die Oberfläche. In M. Wendisch (Hrsg.), *Kritische Psychotherapie. Interdisziplinäre Analysen einer leidenden Gesellschaft* (S. 231–243). Bern: Hogrefe.
- Demmel, R. (2022). Motivational Interviewing – Psychotherapie auf Augenhöhe. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., S. 71–77). Stuttgart: Thieme.
- Dollinger, B. & Schmidt-Semisch, H. (2007). Professionalisierung in der Drogenhilfe. Ein Plädoyer für reflexive Professionalität. In B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung* (S. 323–338). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dollinger, B. & Schmidt-Semisch, H. (2010). Nebenfolgen Sozialer Arbeit. Ein Blick auf Probleme von Problemarbeit am Beispiel der Suchtsemantik. *Widersprüche*, 118, 63–78.
- Flanagan, O. (2013). The shame of addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 120.
- Kant, I. (1907). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* (Akademie-Ausgabe Bd. IV). Berlin: De Gruyter.
- Karásek, J. (2015). Hypostasieren. In M. Willaschek, J. Stolzenberg, G. Mohr & S. Bacin (Hrsg.), *Kant-Lexikon* (Bd. 2, S. 1058 f.). Berlin: De Gruyter.
- Kennett, J., McConnell, D. & Snoek, A. (2019). Reactive attitudes, relationships, and addiction. In H. Pickard & S. H. Ahmed (Eds.), *The Routledge handbook of philosophy and science of addiction* (pp. 440–451). London: Routledge.
- Köhl, H. (2003). Sucht und Selbstverantwortung. In M. Kaufmann (Hrsg.), *Recht auf Rausch und Selbstverlust durch Sucht. Vom Umgang mit Drogen in der liberalen Gesellschaft* (S. 251–264). Frankfurt am Main: Lang.
- Levy, N. (2007). The social: a missing term in the debate over addiction and voluntary control. *American Journal of Biomedical Ethics*, 7(1), 35–36.
- Pearce, S. & Pickard, H. (2010). Finding the will to recover: philosophical perspectives on agency and the sick role. *Journal of Medical Ethics*, 36, 831–833.
- Peukert, P. & Bilke-Hentsch, O. (2022). Psychoedukation. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., S. 68–71). Stuttgart: Thieme.
- Pickard, H. (2012). The purpose in chronic addiction. *American Journal of Bioethics Neuroscience*, 3(2), 40–49.
- Pickard, H. (2017). Responsibility without blame for addiction. *Neuroethics*, 10(1), 169–180.
- Pörksen, U. (1988). *Plastikwörter: Die Sprache einer internationalen Diktatur*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Samerski, S. (2017). Beratung. In R. Gronemeyer & C. Jurk (Hrsg.), *Entprofessionalisieren wir uns! Ein kritisches Wörterbuch über die Sprache in Pflege und Sozialer Arbeit* (S. 49–55). Bielefeld: Transcript.
- Sloterdijk, P. (2009). *Du mußt dein Leben ändern. Über Anthropotechnik*. Berlin: Suhrkamp.
- Wallroth, M. (2021). Soziale Theorie als Eingriff in die Selbstauslegung menschlicher Praxis. Charles Taylors Verständnis von Sozialwissenschaft als hermeneutische Praxis zweiter Ordnung. In C. Spatschek & S. Borrmann (Hrsg.), *Architekturen des Wissens. Wissenschaftstheoretische Grundpositionen im Theoriediskurs der Sozialen Arbeit* (S. 76–89). Weinheim: Beltz Juventa.
- Wallroth, M. (2024). Gute menschliche Praxis oder effiziente Sozialtechnologie? Ziele und Voraussetzungen ethischer Bildung in Lebenshilfe-Berufen am Beispiel der Sozialen Arbeit. In T. Wellmann & E. John (Hrsg.), *Ethik in der beruflichen Bildung. Grundfragen, Aufgaben, Konzeptionen* (S. 228–246). Opladen: Budrich.
- Williams, B. (1981). Persons, character and morality. In B. Williams (Ed.), *Moral luck* (pp. 1–19). Cambridge: Cambridge University Press.



Prof. Dr. Martin Wallroth

M.A. phil., Dipl.-Psych.
wallroth@fh-muenster.de



Ganz oder gar nicht? Das Feld zwischen Abhängigkeit und Abstinenz in der Tabakprävention bespielen

Heino Stöver & Larissa Steimle

Zusammenfassung

Das Rauchen von Verbrennungszigaretten ist in Deutschland nach wie vor weit verbreitet. Vor allem im Vergleich zu anderen Ländern gilt Deutschland als Hochkonsumland und liegt auch im Hinblick auf die Umsetzung von Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums im internationalen Vergleich weit zurück. Ein Blick auf Länder, die als positive Beispiele gelten, zeigt, dass diese alternative Formen der Nikotinaufnahme, wie E-Zigaretten, zum Bestandteil einer übergeordneten Harm Reduction-Strategie zur aktiven Unterstützung von RaucherInnen gemacht haben. Es bedarf daher eines grundsätzlichen Umdenkens in Deutschland, weg von einer passiven und ausschließlich abstinenzorientierten Tabakkontrollpolitik hin zu einer aktiven, akzeptierenden und individuellen Unterstützung aller RaucherInnen.

Schlüsselwörter: Harm Reduction, Schadensminimierung, Rauchen, E-Zigarette, Tabakkontrollpolitik

Summary

Smoking combustible cigarettes remains widespread in Germany. Especially in comparison to other countries, Germany is considered a high-consumption country and also lags far behind in the implementation of tobacco control measures compared to the international context. A look at countries that are seen as positive examples shows that they have made alternative forms of nicotine intake, such as e-cigarettes, part of an overarching harm reduction strategy to actively support smokers. Therefore, a fundamental shift in thinking is needed in Germany, away from a passive and solely abstinence-oriented tobacco control policy towards an active, accepting, and individualized support for all smokers.

Keywords: harm reduction, smoking, e-cigarettes, tobacco control policy

Hintergrund

Rauchen von Verbrennungszigaretten stellt nach wie vor „das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2021) dar und kann eine Vielzahl von Krankheiten zur Folge haben, darunter Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Atemwegserkrankungen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2020). Laut dem Deutschen Krebsforschungszentrum ist der Konsum für 13.3 Prozent aller Todesfälle verantwortlich, was bedeutet, dass jährlich rund 127 000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums sterben (a.a.O.). Nach wie vor gilt Deutschland – mit einer aktuellen Prä-

valenz von 30.1 Prozent der erwachsenen Bevölkerung (Kotz, 2024) – als Hochkonsumland. Allerdings zeigt sich, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen Verbrennungszigaretten rauchen. So ist der Tabakkonsum und damit auch die Exposition gegenüber Passivrauch beispielsweise in Gruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status höher (Kuntz et al., 2016). Bei Menschen in Opioid-Agonisten-Therapie geht eine Studie aus der Schweiz von einer Rauchprävalenz von 92 Prozent aus (Grischott et al., 2019), bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen von etwa 70 Prozent (Mühlig et al. 2016).

Aufgrund dieser Zahlen ist es nicht verwunderlich, dass Deutschland auf der „Tobacco

Control Scale“, einer Skala europäischer Länder zur Quantifizierung der Umsetzung von Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums (Joossens et al., 2021), Platz 34 von 37 Plätzen belegt. Hinzu kommt, dass andere europäische Länder deutlich niedrigere Prävalenzen aufweisen, zum Beispiel das Vereinigte Königreich (Office for Health Improvement & Disparities, 2022) oder Schweden („Smoke Free Sweden“, 2024), weshalb der aktuelle Umgang mit Tabakkonsum in Deutschland sehr kritisch betrachtet werden muss. Im vorliegenden Beitrag wird daher zunächst kurz der Umgang mit Rauchen von Verbrennungszigaretten in Deutschland dargestellt und anschließend „Harm Reduction“ (dt. Schadensminimierung) als Teil einer akzeptierenden Strategie im Umgang mit RaucherInnen diskutiert.

Tabakkontrollpolitik in Deutschland

In Deutschland besteht der Fokus der Tabakkontrollpolitik vor allem aus einem – jüngsten – Verbot von Tabakaußenwerbung, einer Besteuerung der Produkte sowie aus Maßnahmen zum NichtraucherInnenschutz, zum Jugendschutz und zur Produktregulierung, worunter auch Aufklärungskampagnen fallen (Steimle et al., 2024). Darüber hinaus ist eine Übernahme der Kosten bei der Teilnahme an einem evidenzbasierten Rauchentwöhnungsprogramm für Personen möglich, „bei denen eine bestehende schwere Tabakabhängigkeit festgestellt wurde“ (Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, 2021). Evidenzbasierte Programme beinhalten in Deutschland Kurzberatungen, Verhaltenstherapien, verschreibungspflichtige Medikamente oder Telefonberatung. Weiterhin existiert eine Vielzahl verschiedener Nikotinersatzpräparate, so genannte Nikotinersatztherapien (NET; Steimle et al., 2024).

Anhand dieser Ausführungen wird bereits deutlich, wo Probleme hinsichtlich der Tabakkontrollpolitik in Deutschland bestehen. Zum einen werden in Deutschland insgesamt wenig politische Anstrengungen unternommen, die RaucherInnenprävalenzen massiv zu senken. Es gibt keine ambitionierten Pläne für ein „rauchfreies Deutschland“ unterhalb des EU-Ziels, 2040 die Zahl der erwachsenen RaucherInnen unter fünf Prozent zu bekommen. Zum zweiten bleiben in Deutschland viele Potenziale ungenutzt, um mit RaucherInnen ins Gespräch zu kommen, was sich drittens auch darin zeigt, dass RaucherInnen nur eine Option geboten wird – Abstinenz oder Abhängigkeit bezie-

hungsweise Konsum von Verbrennungszigaretten oder anders ausgedrückt: „quit or die“.

Die aktive Tabakkontrollpolitik des Vereinigten Königreichs

Das Vereinigte Königreich will 2030 rauchfrei werden und zählt zu den Vorreitern in der Umsetzung von Maßnahmen zur Tabakkontrolle (Office for Health Improvement & Disparities, 2022). Im Vergleich zu Deutschland schneidet das Vereinigte Königreich in Bereichen wie zum Beispiel Preis, Konsumverbot im öffentlichen Raum, Werbeverbote, Warnhinweise, aber auch bei der Unterstützung von Rauchstopps sehr viel besser ab als Deutschland (Steimle et al., 2024). Laut Kastaun und Kotz (2019) werden im Gegensatz zu Deutschland Potenziale in der Regelversorgung aktiv genutzt, um die Rauchprävalenz zu senken. Beispielsweise wird im Vereinigten Königreich Kurzberatung zur Tabakentwöhnung etwa dreimal so häufig angeboten und die leitliniengerechte Kombination aus ärztlicher Kurzberatung und Pharmakotherapie zehnmal so häufig. In Deutschland hingegen wird, obwohl 73 Prozent der RaucherInnen einmal im Jahr eine/n ÄrztIn konsultieren, bei 81 Prozent dieser Besuche nicht über das Rauchen gesprochen. Grund hierfür sind vor allem die strukturellen Barrieren, welche die Umsetzung leitliniengerechter Tabakentwöhnung erschweren, darunter ein Mangel an Zeit sowie das Fehlen einer Ausbildung in der Durchführung der Tabakentwöhnung, fehlende Überweisungsmöglichkeiten zu Entwöhnungskursen und ein Mangel an Kostenerstattung sowohl für das ärztliche Angebot als auch für die Inanspruchnahme evidenzbasierter Therapien (a.a.O.). Zum Vergleich – im Vereinigten Königreich können landesweit Beratungsdienste in Anspruch genommen werden, um kostenlos evidenzbasierte Unterstützung beim Rauchstoppversuch zu erhalten (Murray & McNeill, 2012). Darüber hinaus existieren kostenlose Online-Kurzberatungstrainings für Angehörige medizinischer Berufe (Kastaun & Kotz, 2019) und es gibt ein „Quality and Outcomes Framework“, welches ÄrztInnen finanziell für die Durchführung evidenzbasierter Rauchstoppinterventionen belohnt (Forbes et al., 2017). In Deutschland gibt es kein vergleichbares Anreizsystem, evidenzbasierte Therapien werden nur teilweise von den Krankenkassen erstattet und weiterhin ist eine systematische Ausbildung zur Tabakentwöhnung im Curriculum des Medizinstudiums nicht vorgesehen (Kastaun & Kotz, 2019).

Ein weiterer und vielleicht sogar noch wichtigerer Aspekt besteht darin, dass – im Vergleich zum Vereinigten Königreich – Deutschland ausschließlich auf die Unterstützung des Rauchausstiegs durch die Linderung von Entzugssymptomen fokussiert (Stöver, 2021a). Das Vereinigte Königreich verfolgt hingegen eine andere Strategie, indem „Harm Reduction“ als Ziel ausgerufen wurde, bei dem E-Zigaretten eine prominente Rolle einnehmen (National Health Service, 2022).

Tobacco Harm Reduction

Anders als in den Präventionsbotschaften gegenüber Alkoholkonsum („Verantwortungsvolles Trinken“; „drink responsibly“, 2024) wird in Deutschland in Bezug auf Tabakkonsum fast ausschließlich auf Abstinenz als Zielloption verwiesen. Ziele wie etwa Rauchreduktion, Kontrolliertes Rauchen oder Umstieg auf risikoärmere Produkte werden kaum bespielt. Es gleicht einem „Entweder oder“ beziehungsweise einem „Ganz oder gar nicht“: Das Feld zwischen Abstinenz und Abhängigkeit/Konsum von Verbrennungszigaretten wird fachpolitisch außer Acht gelassen. Das ist durchaus verwunderlich, da im Umgang mit allen anderen, vor allem mit den illegalen Substanzen, Harm Reduction als Strategie anerkannt ist und sogar eine von vier Säulen der nationalen Strategie im Umgang mit DrogengebraucherInnen darstellt (Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, 2024). Harm Reduction wurde in den 1980er Jahren vor allem als Konzept für Angebote für Konsumierende illegaler Substanzen entwickelt und galt als Gegenentwurf zu „bevormundenden“ und „entmündigenden“ Begriffen, Konzepten und Praktiken der damals ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfe (Stöver, 2021b). Damit wird mit Harm Reduction der Versuch unternommen, die Schäden von Substanzkonsum für diejenigen zu minimieren, für die Abstinenz keine Option ist, ohne Abstinenz als Ziel auszuschließen – jedoch nicht als Voraussetzung für Hilfen und Unterstützung zu fordern, beziehungsweise als einziges Beratungs-/Therapieziel auszugeben. Bei illegalen Substanzen ist mittlerweile umstritten, dass Abstinenz zwar weiterhin das idealtypische Ziel sein sollte, dieses allerdings nicht für alle Personen eine Option sein kann. Nicht jede/r ist zu jedem Zeitpunkt willens, bereit, oder in der Lage sein/ihr Verhalten grundsätzlich und maximal zu verändern. Hawk und KollegInnen (2017) haben sechs Prinzipien von Harm Reduction herausgearbeitet, die für viele

Verhaltensweisen/-änderungen im gesamten Gesundheitsbereich relevant sind:

- 1) Humanismus,
- 2) Pragmatismus,
- 3) Individualismus,
- 4) Autonomie,
- 5) Inkrementalismus (Reformstrategie der „kleinen Schritte“),
- 6) Verantwortlichkeit ohne Beendigung (PatientInnen sind für ihre Handlungen verantwortlich, ohne dass ein Scheitern zur Entlassung der PatientInnen führt).

Diese Prinzipien können auch handlungsleitend in der Rauchentwöhnungsstrategie sein. Das bedeutet, eine Zieldifferenzierung vorzunehmen, die individuelle Wünsche, Bedarfe und Ressourcen widerspiegelt. Angebote müssen dann lebensweltnah, zielgruppenspezifisch und gendersensibel gestaltet werden.

Als schadensminimierende Maßnahme in Bezug auf Verbrennungszigaretten gelten – neben Rauchreduktion – vor allem E-Zigaretten, Tabakerhitzer und Nikotinpouches. Auch wenn grundsätzlich auch bei E-Zigaretten von gesundheitsschädlichen Folgen auszugehen ist, zeigen aktuelle Studien, dass vor allem im Vergleich zu Verbrennungszigaretten bei Produkten, die Tabak nicht verbrennen, von einer vielfach geringeren gesundheitlichen Belastung auszugehen ist, weshalb diese sowohl im Zusammenhang der Unterstützung bei einer Rauchentwöhnung als auch als schadensminimierende Maßnahme diskutiert werden (Hartmann-Boyce et al., 2021; Tattan-Birch et al., 2022; Beaglehole & Bonita, 2024; Lindson et al., 2024).

Bedeutung für die Tabakkontrollpolitik in Deutschland

Anhand der weiterhin hohen Rauchprävalenzen in Deutschland zeigt sich, dass die aktuelle Strategie einen Teil der RaucherInnen, allen voran Personen bestimmter gesellschaftlicher Gruppen, in denen die Prävalenzen besonders hoch sind, nicht erreicht. Weiterhin hat der Gebrauch von E-Zigaretten, Tabakerhitzern, Nikotinpouches in den vergangenen Jahren stark zugenommen, trotz des Fokus auf Abstinenz. Die Realität in Deutschland ist, dass E-Zigaretten auch ohne fachliche Begleitung/Unterstützung, Aufklärung und politische Steuerung vermehrt sowohl zur Unterstützung eines Rauchstoppversuchs als auch als schadensminimierende Maßnahme eingesetzt werden (Kotz et al., 2020). Dies ist aktuell vor allem auf die aggressive Marketingstrategie der Industrie zurückzuführen, die sich die Erkenntnisse aus der Wissenschaft zunutze macht und diese Produkte

als „gesünder“, kostengünstiger und nützlich für die Rauchentwöhnung labelt (Schürch & Ruggia, 2023). Indem Deutschland weiterhin dieses Feld der Industrie überlässt, besteht die Gefahr, dass die bestehenden Risiken eines Konsums jeglicher Produkte in den Hintergrund geraten. Eine pauschale Ablehnung jeglicher alternativer Produkte kann andererseits dazu führen, dass Personen, die möglicherweise durch den Umstieg auf ein risikoärmeres Produkt aufgehört hätten, weiterrauchen und Menschen, die auf E-Zigaretten umgestiegen sind, aufgrund von Verunsicherung, hoher Besteuerung und falscher Informationen, wieder zu Verbrennungszigaretten zurückkehren (Britton et al., 2020). In der Europäischen Union glauben immerhin nur 37 Prozent derjenigen, die E-Zigaretten zu einem Rauchstoppversuch beziehungsweise zur Rauchreduktion genutzt haben, dass Dampfen weniger schädlich sei als das Rauchen von Verbrennungszigaretten (European Commission, 2021). Weiterhin birgt eine Ablehnung vom Dampfen auch die Gefahr, dass das Vertrauen in Wissenschaft insgesamt untergraben wird (Britton et al., 2020). Gemäß der RauS-Studie (Werse et al., 2023), in der 6 192 RaucherInnen unter anderem zu ihrem Rauchverhalten befragt wurden, haben 93 Prozent der Befragten mindestens einen Rauchstoppversuch unternommen. Obwohl damit die Motivation zum Rauchstopp hoch ist, stehen diesen Menschen kaum fachlich geprüfte, seriöse, d.h. nicht-interessengeleitete und lebensweltnahe Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Schlussfolgerungen

Es ist an der Zeit, dass die Gesundheitspolitik in Deutschland Verantwortung für das weiterhin „größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2021) übernimmt. Hilfreich könnte dabei ein Blick in das Vereinigte Königreich sein, das mit seinem Vorgehen merkliche Erfolge erzielt. In Anlehnung an deren Strategie im Umgang mit Tabakkonsum bedarf es einer deutlich aktiveren Unterstützung von RaucherInnen, einer Anerkennung dessen, dass Abstinenz keine Option für alle RaucherInnen ist, und damit einhergehend einer Nutzung schadensminimierender Maßnahmen, wie beispielsweise E-Zigaretten, um RaucherInnen vor den schwerwiegenden Folgen des Tabakkonsums zu schützen.

Es sollten vermehrt die Möglichkeiten genutzt werden, erwachsene RaucherInnen mit evidenzbasierten Ansätzen über die relativen Risiken von Tabakerzeugnissen, einschließlich

E-Zigaretten, aufzuklären. Diese Anstrengungen sollten jedoch mit Bemühungen einhergehen, vor allem Jugendliche präventiv vor einem Einstieg in den Nikotinkonsum zu schützen. Weiterhin sollten allen voran Gruppen, in denen die Rauchprävalenz besonders hoch ist, gezielt in den Blick genommen werden. Insgesamt sollte Tobacco Harm Reduction zu einem integralen Bestandteil der Tabakkontrollpolitik gemacht werden.

Literatur

- Beaglehole, R. & Bonita, R. (2024). Harnessing tobacco harm reduction. *Lancet*, 403(10426), 512–514. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00140-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00140-5)
- Britton, J., George, J., Bauld, L. et al. (2020). A rational approach to e-cigarettes: challenging ERS policy on tobacco harm reduction. *Eur Respir J*, 55, 2000166. <https://doi.org/10.1183/13993003.00166-2020>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021). *Rauchen*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/rauchen.html#:~:text=Rauchen%20ist%20das%20größte%20vermeidbare,an%20den%20Folgen%20des%20Tabakkonsums> (Abgerufen 07.08.2024).
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen. (2021). *GKV unterstützt Rauchausstieg, Erhöhung der Tabaksteuer, mehr Geld für Prävention*. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/gkv-unterstuetzt-rauchausstieg-erhoehung-der-tabaksteuer-mehr-geld-fuer-praevention/> (Abgerufen 07.08.2024).
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen. (2024). *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik*. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/> (Abgerufen 07.08.2024).
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2020). *Tabakatlas Deutschland 2020 – auf einen Blick*. <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-Deutschland-2020.pdf> (Abgerufen 07.08.2024).
- „drink responsibly“. (2024). <https://www.bierbewusstgeniessen.de/drink-responsibly/> (Abgerufen 07.08.2024).
- European Commission. (2021). *Special eurobarometer 506: attitudes of europeans towards tobacco and electronic cigarettes: Report*. <https://data.europa.eu/doi/10.2875/490366> (Abgerufen 07.08.2024).
- Forbes, L., Marchand, C., Doran, T. et al. (2017). The role of the quality and outcomes framework in the care of long-term conditions: a sys-

- tematic review. *British Journal of General Practice*, 67(664), e775–784. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X693077>
- Grischott, T., Falcato, L., Senn, O. et al. (2019). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) among opioid-dependent patients in agonist treatment. A diagnostic study. *Addiction*, 114, 868–876.
- Hartmann-Boyce, J., McRobbie, H., Butler, A. R. et al. (2021). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9), CD010216. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub6>
- Hawk, M., Coulter, R. W. S., Egan, J. E. et al. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0196-4>
- Joossens, L., Olefir, L., Feliu, A. et al. (2021). *The Tobacco Control Scale 2021 in Europe*. <https://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2022/12/TCS-Report-2021-Interactive-V4.pdf> (Abgerufen 07.08.2024).
- Kastaun, S. & Kotz, D. (2019). Ärztliche Kurzberatung zur Tabakentwöhnung – Ergebnisse der DEBRA-Studie. *Sucht*, 65(1), 34–41. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000574>
- Kotz, D. (2024). DEBRA – Deutsche Befragung zum Rauchverhalten. <https://www.debra-study.info/> (Abgerufen 07.08.2024).
- Kotz, D., Batra, A. & Kastaun, S. (2020). Smoking cessation attempts and common strategies employed – a Germany-wide representative survey conducted in 19 waves from 2016 to 2019 (The DEBRA study) and analyzed by socioeconomic status. *Deutsches Ärzteblatt International*, 11, 7–13. <https://doi.org/10.3238/ärztebl.2020.0007>
- Kuntz, B., Zeiher, J., Hoebel, J. et al. (2016). Soziale Ungleichheit, Rauchen und Gesundheit. *Suchttherapie*, 17(03), 115–123. <https://doi.org/10.1055/s-0042-109372>
- Lindson, N., Butler, A. R., McRobbie, H. et al. (2024). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD010216. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub8>
- Mühlig, S., Andreas, S., Batra, A. et al. (2016). Psychiatrische Komorbiditäten bei tabakbedingten Störungen. *Der Nervenarzt*, 87(1): 46–52. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0020-x>
- Murray, R. L. & McNeill, A. (2012). Reducing the social gradient in smoking: initiatives in the



150 Seiten plus Arbeitsheft
ISBN 978-3-95853-937-2
Preis: 15,00 €

PDF:
 ISBN 978-3-95853-938-9
 Preis 10,00 €

Jil Reinhardt

Einfach ausbrechen

Ein Gruppenbehandlungskonzept für Inhaftierte mit Substanzgebrauchsstörungen

Etwa die Hälfte der Strafgefangenen weist einen problematischen Drogenkonsum auf. Das Schachern um Alkohol, Drogen, Tabak bestimmt weithin das intramurale Milieu. Jil Reinhardt hat ihre Erfahrungen als Suchttherapeutin im Strafvollzug genutzt, um auf Grundlage internationaler Forschungsergebnisse und relevanter Therapiekonzepte einen praxisorientierten Handlungsleitfaden zu entwickeln und zu erproben.

Das multimodale Gruppenbehandlungskonzept „Einfach Ausbrechen“ setzt Impulse zum Ausbruch aus Abhängigkeiten, Gewohnheiten, Beziehungen – allerdings ohne eine vollständige Abstinenz einzufordern.

Die Autorin beschreibt und begründet ihre Vorgehensweisen sukzessive – als Anregung, nicht als fertiges Drehbuch.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28
 D-49525 Lengerich

Telefon +49 (0)5484 308
 pabst@pabst-publishers.com

www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.com

- United Kingdom: reducing the UK social gradient in smoking. *Drug and Alcohol Review*, 31(5), 693–697. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00447.x>
- National Health Service. (2022). *Using e-cigarettes to stop smoking*. <https://www.nhs.uk/live-well/quit-smoking/using-e-cigarettes-to-stop-smoking/> (Abgerufen 07.08.2024).
- Office for Health Improvement & Disparities. (2022). *Local tobacco control profiles for England: statistical commentary, December 2022 update*. <https://www.gov.uk/government/statistics/local-tobacco-control-profiles-december-2022-update/local-tobacco-control-profiles-for-england-statistical-commentary-december-2022-update> (Abgerufen 07.08.2024).
- Schürch, K. & Ruggia, L. (2023). Aerosolnebel: die irreführenden Marketingstrategien der E-Zigarettenfirmen. *Suchtmagazin*, 49(3/4): 26–31.
- „Smoke Free Sweden“. (2024). <https://smokefreesweden.org/> (Abgerufen 07.08.2024).
- Steimle, L., Grabski, M. & Stöver, H. (2024). Tabak Harm Reduction: Die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels in der deutschen Tabakkontrollpolitik. *Bundesgesundheitsblatt*, 67(8), 956–961. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-0900-x>
- Stöver, H. (2021a). Diversifizierung der Rauchentwöhnungsprogramme – die Rolle der E-Zigarette. *Bundesgesundheitsblatt*, 64(11), 1473–1479. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03435-5>
- Stöver, H. (2021b). Tobacco Harm Reduction – Was ist das? In ders. (Hrsg.), *Tobacco Harm Reduction. Neue Rauchentwöhnungsstrategien* (S. 9–13). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Tattan-Birch, H., Hartmann-Boyce, J. & Kock, L. (2022). Heated tobacco products for smoking cessation and reducing smoking prevalence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD013790. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013790.pub2>
- Werse, B., Kuhn, S., Lehmann, K. et al. (2023). Mit dem Rauchen aufhören – Methoden, Hilfen, Hindernisse. Ergebnisse der RauS-Studie. In H. Stöver (Hrsg.), *Die Zigarette liegt in den letzten Zügen. Alternative Formen der Nikotinaufnahme* (S. 63–96). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.



© B. Bieber

Prof. Dr. Heino Stöver

Professor für Soziale Arbeit und Gesundheit
Frankfurt University of Applied Sciences
Leiter des Instituts für Suchtforschung
Frankfurt
hstoever@fb4.fra-uas.de



Larissa Steimle

Frankfurt University of Applied Sciences
Nibelungenplatz 1
D-60318 Frankfurt am Main
larissa.steimle@fb4.fra-uas.de



Der wilde Mann mit Kokain im Blut, der einem Rauchverbot nicht folgen wollte – Überlegungen zum psychodynamischen Verständnis des Kokain- und Tabakkonsums

Sigmund Freuds

Michael G. Semeraro

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, ob Sigmund Freuds Kokain- und Tabakkonsum auch in einem Zusammenhang mit seinen strukturellen Fähigkeiten stehen kann. Mit Hilfe des Strukturkonzepts der Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik wird diese Fragestellung eingehender untersucht. Dabei steht die Funktion der Selbstregulierung mit den darunter eingruppierten Fähigkeiten zur Impulssteuerung, Affekttoleranz und Selbstwertregulierung besonders im Fokus. Freuds Selbstzeugnisse geben dabei einen Aufschluss über die psychodynamische Funktion seines Suchtmittelgebrauchs aus struktureller Perspektive. Die Betrachtung der persönlichen Mitteilungen macht deutlich, dass Freud Kokain und Tabak auch einnahm, um situationsbezogene strukturelle Vulnerabilitäten in den Bereichen der Affekt- und Selbstwertregulierung sowie der Impulssteuerung auszugleichen bzw. zu kompensieren.

Schlüsselwörter: Sigmund Freud, Suchtmittelkonsum, Kokain, Nikotin, Struktur, Selbstregulation

Summary

This article investigates whether Sigmund Freud's use of cocaine and tobacco can also be related to his structural abilities. With the help of the structural concept of Operationalized Psychodynamic Diagnostics, this question is examined in more detail. The focus is on the function of self-regulation and the abilities grouped under it for impulse control, affect tolerance and self-esteem regulation. Freud's self-reports provide information about the psychodynamic function of his drug use from a structural perspective. A look at the personal communications makes it clear that Freud also took cocaine and tobacco to balance out or compensate for situation-related structural vulnerabilities in the areas of affect and self-esteem regulation as well as impulse control.

Keywords: Sigmund Freud, substance use, cocaine, nicotine, structure, self-regulation

1 Einleitung

Bereits seit den 1970er Jahren rückt die Forschung zu Sigmund Freuds Krankheiten ins Licht des fachlichen und öffentlichen Interesses. Kollbrunner (2001) macht sich eingehende Gedanken über die durch das kontinuierliche Rauchen entstehende Krebserkrankung. Und auch Schur (1973), Schmidbauer (2005) und Grimbert (2011) beschäftigen sich ausführlich mit dem Tabakkonsum des Begründers der Psychoanalyse. Darüber hinaus setzen sich Vom Scheidt (1973), Thornton (1983) sowie Markel

(2012) vertieft mit dem Kokainkonsum Freuds auseinander.

Der vorliegende Beitrag knüpft an die Überlegungen zu Sigmund Freuds Suchtmittelgebrauch an. Mit Hilfe des Strukturkonzepts der Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD-3; Arbeitskreis OPD, 2023) wird Freuds Kokain- und Tabakkonsum eingehender beleuchtet. Dafür werden einige Selbstzeugnisse Freuds, wie Auszüge aus den Briefen an Martha Bernays und Wilhelm Fließ hinsichtlich des Kokaingebrauchs sowie das erste Protokoll der Mittwochsgesellschaft und Freuds

persönliche Beantwortung eines Fragebogens über Rauchgewohnheiten vor dem Hintergrund seiner selbstregulatorischen Kompetenzen, betrachtet. Dies lässt aus struktureller Perspektive auch einen bewusstseinsnahen und beobachtungsgelenkten Einblick in die psychodynamische Funktionsweise des Kokain- und Nikotingebruchs bei Freud zu. Darüber hinaus werden suchtspezifische Anhaltspunkte aus den biographischen Angaben über Freud in den vorliegenden Beitrag integriert.

2 Sucht und Selbstregulation aus psychoanalytischer Perspektive

Bereits in den Anfängen der Psychoanalyse haben sich sukzessive konflikt- und entwicklungspathologische Krankheitsmodelle der Sucht entwickelt. Neben das klassische Trieb/Wunsch-Abwehr-Modell, das die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen aus der Perspektive der Konfliktpathologie betrachtet, tritt das Selbstregulationsmodell, das die Entwicklung von Suchterkrankungen auf vulnerable strukturelle Funktionen und dessen Kompressions- bzw. Bewältigungsbewegungen zurückführt.

Beginnend hat sich die Individualpsychologie aus der Perspektive einer Selbstregulationstheorie (vgl. Tenbrink, 1996) mit den innerseelischen Mangelsituationen und deren kompensatorischen Bewegungen auseinander gesetzt. Alfred Adler ist einer der Ersten, der den Konsum von Suchtmitteln mit einer intrapsychischen Modulation in Verbindung bringt und schreibt, dass es sich bei Abhängigkeitserkrankten um Menschen handelt,

„die in bestimmten Situationen eine Erleichterung suchen. (...) In jedem Fall sehen wir ein Individuum in einem Gefühl der Unsicherheit, der Minderwertigkeit, eine Erleichterung suchend, ein Individuum, das diese Erleichterung in einem Rauschzustand zu finden trachtet...“
(Adler, 1931/2010, S. 387)

Adler beschreibt somit den Suchtmittelkonsum als eine Art psychische Ausgleichshandlung.

Und auch Sandor Radó erkennt den Zusammenhang zwischen einem vulnerablen Selbst und Selbstwertgefühl des Abhängigen, das während des Suchtmittelkonsums durch Omnipotenz- und Verschmelzungsfantasien kompensiert werden kann (vgl. Radó, 1934). Nach Radó haben süchtige Menschen bei äußerer Versagung eigener Bedürfnisse nur unzureichende innerseelische Möglichkeiten, damit zusammenhängende Unlustspannungen zu to-

lerieren. Es entwickelt sich eine sogenannte Initialverstimmung, die durch den Konsum von Suchtmitteln betäubt werden kann. Das Suchtmittel bekommt in diesem Falle die Funktion eines Reizschutzes gegen unerträgliche Affekte einerseits und verhilft dem Betroffenen mit einem instabilen Selbstwertgefühl zu einem Erleben von Omnipotenz und Größe andererseits.

Otto Fenichel (1945) „behauptet, dass nicht nur das triebhaft besetzte Objekt (Droge) von großer Bedeutung ist, sondern das narzisstische Selbstwert-Regulationssystem einen wichtigen Aspekt in der Suchterkrankung darstellt. Nach Fenichel fällt nicht nur die narzisstische mit der erotischen Befriedigung im Rauschzustand zusammen; er behauptet auch, dass die Erhöhung des Selbstgefühls wichtiger ist als die erogene Lust...“ (Raile, 2019, S. 186).

Weitere psychoanalytisch orientierte Autoren, die den Suchtmittelgebrauch als Hilfsmittel für die Regulation innerseelischer Prozesse ansehen, sind Krystal und Raskin (1970) sowie Khantzian und KollegInnen (1990).

Krystal und Raskin (1970) postulieren ebenfalls, dass Suchtphänomene vor allem auf eine Intoleranz von Affekten zurückzuführen sind. Sie beschreiben beim Suchterkrankten einen Uraffekt, der sich aus „Schmerz, Angst, Wut, Trauer und deren körperlichen Begleiterscheinungen“ (Spittler, 2021, S. 9) zusammensetzt. Der Suchtmittelkonsum kann diesbezüglich als eine Art Selbstheilungsversuch dieser Affekte angesehen werden.

Noch weiter geht Khantzian in seinen Überlegungen und stellt die Hypothese auf, dass suchtmittelkonsumierendes Verhalten eine Form der Selbstmedikation darstellen kann. Suchtmittelkonsumenten können nach Khantzian (1999) nur schwer Affekte erkennen und regulieren. Affekte seien entweder über- oder untersteuert. Auch Khantzian beobachtet bei Betroffenen Einschränkungen im Bereich des Selbstwertgefühls. Suchtmittelabhängigen scheint es erschwert zu sein, ein Selbstwertgefühl aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Darauf hinaus kann die Fähigkeit, Impulse und Verhalten angemessen zu kontrollieren, für Menschen mit einer Suchterkrankung vermindert sein und schließlich scheint der Suchtmittelgebrauch und damit die Wirkung des jeweiligen Suchtmittels eine individuelle psychische Funktion zu haben (vgl. Khantzian, 2018). Auf der einen Seite verstärkt oder dämpft der Konsum Affekte, und auf der anderen Seite beeinflusst er das Selbstwertgefühl.

3 Das Konzept der Selbstregulation in der OPD-3

Im Rahmen psychodynamischer Untersuchungen finden sich die selbstregulierenden bzw. selbststeuernden Kompetenzen wie Impulssteuerung, Affekttoleranz und Selbstwertregulierung in dem Konzept der Struktur der OPD-3 (Arbeitskreis OPD, 2023) wieder. Die OPD beschreibt Struktur folgendermaßen:

„Die Struktur umfasst die grundlegenden Fähigkeiten der Persönlichkeit, mit sich selbst, mit den Beziehungen und mit anderen differenziert umzugehen.“ (a.a.O., S. 183)

Und Rudolf (2020) definiert Struktur „als die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind“ (a.a.O., S. 54). Sie beschreibt demnach die bewussten und unbewussten psychischen Fähigkeiten der Persönlichkeit, mit der eine Person sich einerseits selbst und andererseits die Beziehung zu anderen reguliert und steuert.

„Struktur beschreibt nicht Inhalte (z. B. bestimmte Typen des neurotischen Selbsterlebens oder der konflikthaften Beziehungsgestaltung), sondern das Organisationsniveau der psychischen Funktionen, die das Selbsterleben und das Beziehungsverhalten regulieren. Die diagnostische Frage lautet nicht: „Was beschäftigt diesen Menschen inhaltlich?“, sondern „Wie funktioniert seine Persönlichkeit in bestimmten Situationen?“ (a.a.O., S. 60)

3.1 Die Fähigkeit zur Impulssteuerung

Zur strukturellen Fähigkeit der Impulssteuerung zählt es z. B., dass „aggressive, sexuelle und orale Impulse und Wünsche (...) differenziert und abgestuft erlebt und gesteuert werden“ können sowie „Bedürfnisse (...) aufgeschoben, aber auch befriedigt werden“ können. „Kontrollverluste können in geringem Ausmaß auftreten und ertragen werden“ (Arbeitskreis OPD, 2023, S. 211). Boessmann (2013, S. 9) spricht in diesem Zusammenhang von der „Einsicht und Fähigkeit, wichtige Dinge auch dann zu tun, wenn man keine Lust hat, und sich zu kontrollieren, wenn man zum Beispiel ein starkes Verlangen nach Alkohol, Zigaretten, Drogen, Sex, Spielen, Einkaufen und so weiter hat oder wenn man am liebsten vor Wut etwas beschädigen oder einen anderen oder sich selbst verletzen würde.“ Bei einer eingeschränkten Fähigkeit zur Impulssteuerung können zumeist „Handlungsimpulse, vor allem aggressiver Art nicht gut gesteuert werden“ (Rudolf, 2020, S. 55). Es kann zu Übersteuerung oder Untersteuerung von Impulsen und Bedürfnissen kommen sowie zu einem rigiden Aufschieben von Impulsen oder dem Missglücke des Versuchs, Wünsche aufzuschieben. Auch die Angst davor, die Kontrolle über sich oder die Situation zu verlieren oder wirklich die Kontrolle verloren zu haben, sind Kennzeichen für eine Einschränkung der Fähigkeit zur Impulssteuerung (vgl. Arbeitskreis OPD, 2023).

higkeit zur Impulssteuerung können zumeist „Handlungsimpulse, vor allem aggressiver Art nicht gut gesteuert werden“ (Rudolf, 2020, S. 55). Es kann zu Übersteuerung oder Untersteuerung von Impulsen und Bedürfnissen kommen sowie zu einem rigiden Aufschieben von Impulsen oder dem Missglücke des Versuchs, Wünsche aufzuschieben. Auch die Angst davor, die Kontrolle über sich oder die Situation zu verlieren oder wirklich die Kontrolle verloren zu haben, sind Kennzeichen für eine Einschränkung der Fähigkeit zur Impulssteuerung (vgl. Arbeitskreis OPD, 2023).

3.2 Die Fähigkeit zur Affekttoleranz

Zum Fähigkeitsbereich der Affekttoleranz gehört es, dass sowohl „Affekte, auch wenn sie heftig sind, (...) situationsangemessen erlebt werden“ können als auch „spontane angemessene Strategien des Gegensteuerns und Ausgleichens (...) verfügbar“ sind. Auch „Ambivalente Affekte können erlebt und ertragen werden“ (Arbeitskreis OPD, 2023, S. 212). Zudem geht es um die „Fähigkeit, bei Bedarf einen inneren Schutzwall gegen negative Emotionen (z. B. Angst, Wut, Verzweiflung, Scham, Traurigkeit, Wertlosigkeit) zu errichten und seine Aufmerksamkeit auf Dinge zu konzentrieren, die mit positiven Emotionen verbunden sind und geeignet sind, das innere Gleichgewicht wieder herzustellen“ (Boessmann, 2013, S. 9). Bei einer vorliegenden Vulnerabilität können „heftige eigene Affekte nicht ertragen und schwer reguliert werden“ (Rudolf, 2020, S. 55). Intensive Affekte werden direkt ausagiert oder komplett ausgeblendet, was mit einer Affektüberflutung oder Entleerung einhergehen kann (vgl. Arbeitskreis OPD, 2023).

3.3 Die Fähigkeit zur Selbstwertregulierung

Unter die strukturelle Kompetenz der Selbstwertregulierung fällt die Möglichkeit, dass das „Selbstwertgefühl (...) mit realistischen Einschränkungen und Schwankungen aufrechterhalten und nach Infragestellungen angemessen schnell wiedergewonnen werden“ kann (Arbeitskreis OPD, 2023, S. 213). Die Selbstwertregulierung beschreibt also die „Fähigkeit, sich selbst, so wie man ist, grundsätzlich zu akzeptieren und zu mögen, auch dann, wenn man Fehler gemacht oder Rückschläge erlitten hat“ (Boessmann, 2013, S. 9). Nach Rudolf ist die Fähigkeit zur Selbstwertregulierung eingeschränkt, wenn „eine hohe Kränkbarkeit

besteht und die Schwierigkeit, den in Frage gestellten Selbstwert wiederzugewinnen“ (Rudolf, 2020, S. 55). Die erhöhte Kränkbarkeit kann zu einem Bedrohungsempfinden des Selbst auswachsen und mit einem Wechsel von Idealisierung und Entwertung einhergehen. Darüber hinaus werden „dysfunktionale Versuche der Wiederherstellung des Selbstwertes mit starken Verzerrungen in Bezug auf das Selbst und die Objekte deutlich“ (Arbeitskreis OPD, 2023, S. 213).

Auch die Forschungsergebnisse, die mit Hilfe der OPD gewonnenen worden sind (Reymann et al., 2000; Nitzgen & Brünger, 2000; Marquardt, 2004), bestätigen die strukturellen Vulnerabilitäten bei Abhängigkeitserkrankten in dem Funktionsbereich der Selbstregulation bzw. Selbststeuerung und scheinen die psychodynamischen Annahmen, die von Adler, Rado, Fenichel, Krystal und Raskin sowie Khantzian getätigten worden sind, zu untermauern.

4 Die Psychodynamik des Suchtmittelkonsums aus struktureller Perspektive

Aus struktureller Sicht beginnt eine Abhängigkeitsentwicklung zumeist mit einer konsumauslösenden Situation in einem psychosozialen Kontext, in der bestimmte strukturelle Fähigkeiten bzw. psychische Werkzeuge benötigt werden. Vor dem Hintergrund der lebensgeschichtlichen Entwicklung verfügt der Konsumierende grundlegend oder situativ nicht oder nicht hinreichend über diese Kompetenzen. Auslösersituationen können z. B. Anforderungen aus dem sozialen Umfeld oder dem Beruf sein, in dem selbstregulierende strukturelle Fähigkeiten benötigt werden, um diese adäquat bewältigen, ausbalancieren oder erträglicher machen zu können. Bei nicht hinreichend entwickelten Fähigkeiten der Impulssteuerung, der Affekttoleranz und Selbstwertregulierung kommt nun dem Suchtmittel aus struktureller Perspektive eine spezifische psychodynamische Funktion zu. Zum Beispiel kann der Konsum eines Suchtmittels dazu verhelfen, eine innerliche affektive Erregung, eine erlebte Entwertung oder Kränkung auszubalancieren und erträglicher zu machen. Dem Suchtmittel kommt in diesem Augenblick die Rolle eines intrapsychischen Notbehelfs zu, das auf die nicht hinreichend entwickelten selbstregulatorischen Fähigkeiten ausgleichend bzw. kompensierend wirken kann. In Abbildung 1 wird die Dynamik des Suchtmittelkonsums illustriert.

Im späteren Verlauf des Suchtmittelgebrauchs verselbstständigt sich der Suchtprozess

und eine Abhängigkeitserkrankung mit den dazugehörigen Konditionierungsprozessen sowie der Etablierung des Suchtgedächtnisses entsteht. Dann gebraucht die Konsumentin erneut Suchtmittel, um die entstandenen Entzugssymptome zu beseitigen. Ein Teufelskreis entsteht und in der Folge kommt es zu immer schwerwiegenderen körperlichen sowie psychischen Beeinträchtigungen und die ursprüngliche psychodynamische Funktion des Suchtmittelgebrauchs rückt immer mehr in den Hintergrund (vgl. Arbeitskreis OPD – Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitskreis OPD, 2017).

5 Der Suchtmittelgebrauch des Sigmund Freud

In Öffentlichkeit und Fachwelt ist bekannt, dass Sigmund Freud ebenfalls Suchtmittel gebrauchte. In seinem Leben gab es sowohl Phasen der Kokaineinnahme als auch einen Jahrzehnte lang anhaltenden Tabakkonsum, der in eine Nikotinabhängigkeit führte.

Freud selbst teilt seinen Kokainkonsum in den 1880er und 1890er Jahren eindrucksvoll und selbstreflexiv in seinen Briefen an seine spätere Ehefrau Martha Bernays und seinem Freund und behandelnden Arzt Wilhelm Fließ mit.

Das Rauchen von Tabak nimmt Freud bereits mit 24 Jahren auf. Er beginnt 1880 mit dem Rauchen von Zigaretten und diese werden zeitnah abgelöst von nikotinhaltigeren Zigarren (20 Stück am Tag; Meißner, 2019) und einem zeitweisen Gebrauch von Tabakpfeifen.

In Abbildung 2 werden Freuds verbrieftete und beschriebene Stationen der Kokain- und Tabakeinnahme übersichtlich dargestellt und erlauben eine zeitliche Einreichung.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen strukturellen Fähigkeiten zur Selbstregulierung nach OPD-3 (Impulssteuerung, Affekttoleranz und Selbstwertregulierung) und deren Vulnerabilitäten bei Abhängigkeitserkrankten, stellt sich nun hinsichtlich des Kokain- und Tabakgebrauchs von Sigmund Freud die Frage, ob der Konsum bei ihm ebenfalls in Verbindung mit seinen selbstregulatorischen Kompetenzen

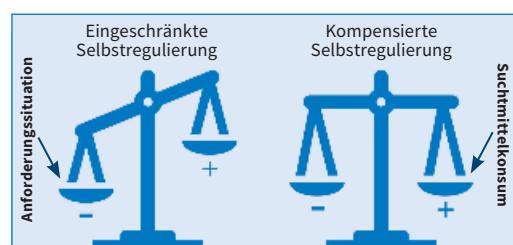
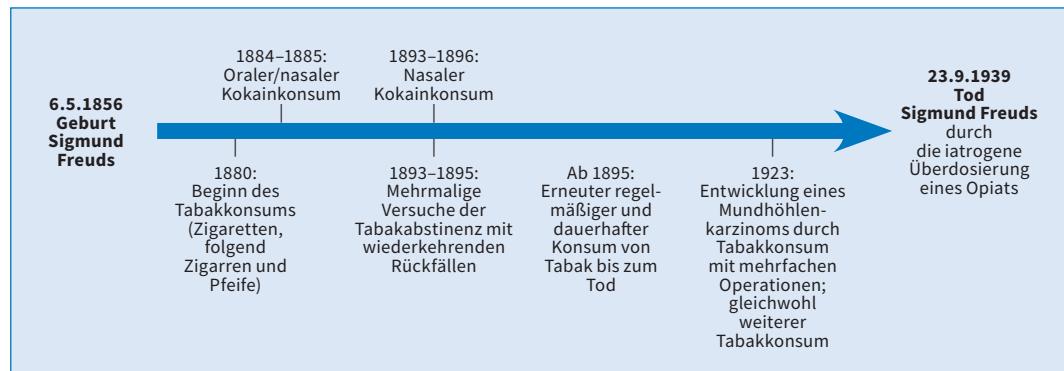


Abbildung 1
Psychodynamische Funktion des Suchtmittelkonsums

Abbildung 2

Freuds verbrieft und beschriebene Stationen des Suchtmittelkonsums



stehen könnte. Hat der Suchmittelgebrauch aus struktureller Perspektive eine psychodynamische Funktion für Freud?

Die folgenden Zeitzeugnisse scheinen für die Beantwortung dieser Frage ein Stück weit Klarheit zu bringen.

6 Auszüge aus Freuds Briefen mit Kokainbezug

Sigmund Freud beginnt im Frühjahr 1884 mit dem Konsum von Kokain. Einerseits hat Freud das Ziel, mit dem noch unbekannten Wirkstoff eine weitreichende Entdeckung für die medizinische Behandlung und sich damit einen Namen in der Welt der Wissenschaft machen zu wollen. Für die Fachwelt veröffentlicht Freud die Wirkungsweisen in seinen Schriften über Kokain in den Jahren 1884 bis 1887. Andererseits hält er seine persönlichen Erfahrungen mit dem Kokain in Briefen fest, welche in Auszügen folgend vorgestellt werden.

6.1 Auszüge aus den Briefen an Martha Bernays

Am 30. April 1884 erhält Freud seine erste Dosis Kokain (1 Gramm). Er probiert ein wenig und stellt Müdigkeitssymptome, eine Reduktion des Pulses sowie eine Veränderung seines Schriftbildes an sich fest.

In der Folge unternimmt Freud weitere Selbstversuche und schreibt am 4. Mai 1884 an Martha:

„Nach Einnahme von einer kleinen Menge 0,05 Gramm wird man plötzlich heiter, wenn man übellaunig war – dies war mein Fall, dann stellt sich ein tiefes Atmen ein, etwas Gähnen und im Ganzen eine Behaglichkeit wie nach einem guten Diner, wenn man gar nichts, oder gar nichts zu denken braucht. Der Herzschlag wird gar nicht beeinflusst, die Lippen sind ein wenig pelzig, im Munde hat man einen sehr angenehmen, immer

köstlicheren Geschmack, ein Gefühl von Wärme im Magen und gar kein Bedürfnis etwas zu essen. Der ganze Zustand ist der, der Behaglichkeit nach einem guten Mahl, mit dem Unterschied, dass man sehr gehfähig und arbeitskräftig bleibt.“ (Fichtner et al., 2015, S. 306)

In weiteren Briefen an Martha beschreibt Freud vermehrt die Wirkung des Kokains auf die Regulation seines Affekterlebens und seiner Leistungsfähigkeit. Es hilft ihm gegen Verstimmungen und fördert seine Arbeitsfähigkeit. Nach Wiesbeck (2017) scheint sich Freud in der sogenannten euphorischen Phase wiederzufinden, die sich direkt nach Kokaineinnahme entwickelt. Dabei ist „... eine gehobene Grundstimmung mit gesteigertem Selbstbewusstsein und erhöhtem Aktivitätsdrang“ festzustellen. „Die Konsumenten sind risiko-, kontakt- und redefreudig. Ihre Selbstkritik und ihre kritische Urteilsfähigkeit sind vermindert, was sich in einem enthemmten Verhalten äußern kann“ (a.a.O., S. 55 f.). Am 7. Mai 1884 schreibt Freud:

„Das Kokain nehme ich selbst mitunter, und es hebt meine Stimmung und Arbeitslust in ausgezeichneter Weise. Die Erfahrungen bei Magenkatarrh und Herzschwäche konnte ich noch nicht machen.“ (Fichtner et al., 2015, S. 318)

Und am 9. Mai 1884 schreibt er:

„... ich nehme es regelmäßig gegen Verstimmungen und gegen Druck im Magen mit dem glänzendsten Erfolg in sehr kleinen Dosen.“ (a.a.O., S. 320)

Rasch ändert sich die Einnahmehäufigkeit bei Freud von einem „Mitunter“ zu einem „regelmäßigen“ Kokainkonsum. Zudem erlebt Freud die Wirkung des Kokains auf sein Gefühlsleben. Eigene „Verstimmungen“ verringert Freud mit der Kokaineinnahme. In diesen Momenten scheint der Gebrauch von Kokain bereits die psychodynamische Funktion der Verbesserung

des Affektlebens zu übernehmen. Depressiv gefärbte Affekte scheint Freud durch den Konsum von Kokain innerlich ausgleichen und sich selbst in eine intrapsychische Homöostase bringen zu können. Weiter schreibt Freud am 14. Mai 1884:

„Also gestern hielt ich meinen Vortrag, sprach ziemlich gut trotz mangelnder Vorbereitung und ganz ohne Stockung, was ich dem Kokain zuschreibe, das ich vorher genommen habe.“ (a.a.O., S. 329)

Auch in diesem Selbstzeugnis scheint die psychodynamische Funktion des Kokains für Freud ersichtlich. Berufliche Anforderungen, wie das Vortragen von medizinischem Wissen in einem Plenum, scheinen in Freud vermutlich Selbstunsicherheiten, Selbstzweifel und womöglich Versagensängste hervorzurufen, die er durch die vorherige Einnahme von Kokain zu kompensieren trachtet, um damit zu einem gesteigerten Selbstbewusstsein bzw. Selbstwertgefühl zu gelangen.

Die Folgen des „regelmäßigen“ Kokainkonsums scheint Freud im Mai 1884 zu spüren:

„Ich löschte die Lampe aus, verfiel wieder in einen tiefen Schlaf und war am Morgen zu müde, zur Zeit aufzustehen, überhaupt elend, als hätte man mir das Herz aus dem Leib gerissen, bis mich eine Dosis Coca aufwärmte.“ (a.a.O., S. 339 f.)

Und am 27. Mai 1884 schreibt er an Martha:

„Ich war eigentlich entsetzlich müde und habe mich mit etwas Kokain empor gerafft, dann sehr wohl befunden.“ (a.a.O., S. 365)

Wiesbeck (2017) definiert den Zustand, in dem sich Freud vermutlich in diesen Situationen befand, als Phase der Erschöpfung. Diese stellt sich als psychische Reaktion auf einen regelmäßigen Kokaingebrauch ein und geht mit einer körperlichen Mattigkeit und Müdigkeit einher. Dazu gesellen sich zumeist generelle Unlust- und Versagensgefühle sowie depressive Stimmungslagen, die dann durch einen erneuten Konsum bewältigt werden können.

Im Brief vom 2. Juni 1884 schreibt er weiter:

„.... und wenn du unartig bist, wirst du sehen, wer stärker ist, ein kleines sanftes Mädchen, dass nichts isst, oder ein großer wilder Mann, der Kokain im Leib hat. In meiner letzten Verstimmung habe ich wieder Coca genommen und mich mit einer Kleinigkeit wunderbar auf die Höhe gehoben.“ (Fichtner et al., 2015, S. 381)

In diesem Brief scheint Freud einerseits Bezug auf sein subjektiv erlebtes Selbstwertgefühl zu nehmen, das durch die Kokainwirkung an Größe zu gewinnen vermag, und andererseits beschreibt er die affektregulierende Wirkung, die seine depressive Verstimmung wiederkehrend in ein Hochgefühl verwandelt. Es mutet an, dass der Kokaingebrauch in diesem Moment den Zweck der Bewältigung negativer Affekte verfolgt sowie eine selbstwertstärkende Komponente hat.

Im Brief vom 16. Oktober 1884 scheint die affekt- und selbstwertregulierende Funktion des Kokains noch herausstechender zu werden.

„Jetzt geht mir unaufhörlich mein Kurs im Kopf herum. Ob die Kerle wirklich morgen kommen, wie es ausfallen wird, ob wirklich das der Anfang der schöneren Zeit wird usw. usw.? Ich werde mir mit etwas Coca Mut trinken müssen. Ich war lange nicht so in Furcht vor etwas...“ (Fichtner et al., 2019, S. 108)

Insbesondere Angstgefühle und Selbstzweifel scheinen Freud in diesem Moment umzutreiben, welche er durch den Gebrauch von Kokain auszugleichen trachtet.

Den selbst(wert)-stärkenden Effekt, den Kokain mit sich bringt, scheint Freud aus seiner vermutlichen Unsicherheit und Schüchternheit herauszuheben und ihn in seinen kommunikativen Fähigkeiten zu ermutigen. So schreibt er am 18. Januar 1886 an Martha: „.... Etwas Coca-in, um das Maul öffnen zu können...“ (Freud, 1886/1968, S. 117), oder am 20. Januar 1886: „.... Das bisschen Cocain, was ich genommen habe, macht mich geschwäztig...“ (a.a.O., S. 118).

In den 1880er Jahren scheint der Kokaingebrauch für Freud durchaus eine psychodynamische Funktion zu besitzen. Die Wirkungsweise des Kokains scheint Freuds selbstregulatorischen Möglichkeiten entgegenzukommen. Sie verhilft Freud zu einer Verbesserung der Affektregulierung. Depressive Verstimmungen sowie Ängste werden normalisiert. Darüber hinaus scheint Freud durch den Gebrauch von Kokain auch seine Fähigkeit zur Selbstwertregulierung zu verbessern. Er scheint selbstsicherer, mutiger und kommunikativer in Beziehung zu anderen zu werden.

6.2 Auszüge aus den Briefen an Wilhelm Fließ

Ungefähr zehn Jahre nach der ersten Phase des Kokainkonsums nutzt Freud das Kokain auch zur Behandlung körperlicher Beschwerden wie Migräne:

„... Auf so etwas wie gekreuzte Reflexe bin ich auch unlängst gestoßen. Ferner habe ich vor kurzem eine eigene schwere Migräne durch Kokain unterbrochen (für eine Stunde), die Wirkung kam aber erst, nachdem ich auch die Gegenseite kokainisiert hatte, und dann prompt...“ (Brief an Wilhelm Fließ, datiert vom 30.05.1893; Freud, 1893/2002)

Im Jahr 1894 und 1895 treten bei Freud vermehrt „Schmerzen in der Herzgegend, Todesängste, Depressionen, Naseninfektionen mit Eiterung auf“ (Kollbrunner, 2001). Einige Beschwerden scheinen auch im Zusammenhang mit den Abstinenzversuchen hinsichtlich des Rauchens zu stehen. Er schreibt diesbezüglich an Fließ am 24. Januar 1895:

„... Es geht mir nämlich seit einigen Tagen ganz unglaublich gut, als wäre alles abgewischt, ein Gefühl, das ich trotz aller besseren Zeiten seit zehn Monaten nicht mehr gekannt hatte. Ich schrieb Dir letztes Mal, nach einer guten Zeit, die sich unmittelbar an die Reaktion anschloss, seien einige wütend schlechte Tage erfolgt, in denen mir eine Kokainisierung der linken Nase überraschend wohl tat. Ich setzte nun den Bericht fort. Am nächsten Tag hielt ich die Nase unter Kokain, was man ja eigentlich nicht soll, d.h. pinselte wiederholt, damit sich keine Verschwellung wiederherstelle; während dieser Zeit entleerte ich eine für meine Erfahrung reichliche Menge von eingedicktem Eiter, und seither geht es mir ebenso gut, als wäre nie etwas gewesen...“ (Masson & Schröter, 1986, S. 105)

Freud berichtet auf der Gefühlsebene von Wutgefühlen, die ihn seit einige Tagen begleitet haben. Womöglich vor dem Hintergrund des Tabakenzugs. Die Kokainisierung der Nase scheint Freud dazu zu verhelfen in eine wohligere Stimmungslage zu kommen. Möglicherweise treten in dieser Zeit auch Phänomene der Suchtverlagerung auf. In dieser Situation scheint Freud seine vulnerable Fähigkeit zur Toleranz aggressiver Affekte mit der Kokain-einnahme zu kompensieren.

Darüber hinaus beginnt Freud seine Herzbeschwerden selbstmedikativ mit Kokain zu behandeln und teilt Fließ am 20. April 1895 mit:

„... Heute kann ich schreiben, weil ich bessere Hoffnung habe; ich habe mir aus einem elenden Anfall (Herzbeschwerden, M.S.) mit einer Kokainisierung herausgeholfen...“ (a.a.O., S. 127)

Und sechs Tage später:

„... Es ist mir komisch und nicht unerfreulich ergangen. Dem letzten grauslichen Anfall habe ich durch Kokain merklich ein Ende gemacht, seither ist es gut, und es kommt massenhafter Eiter. Ich habe offenbar noch links ein Keilbeinempyem, mit dem ich natürlich sehr glücklich bin...“ (a.a.O., S. 128)

Neben der Selbstbehandlung der Herzanfälle gebraucht Freud das Kokain erneut zur Regulation seinen Affektlebens. Er schreibt:

„... Mein eigener Zustand hat es mich wieder gelehrt. Seit der letzten Kokainisierung sind drei Umstände beisammengeblieben. 1) Ich befindet mich wohl, 2) ich entleere reichlichen Eiter, 3) ich befindet mich sehr wohl. Ich will also keine Herzaffektionen mehr haben, nur die „Bahnung“ durch das Nikotin...“ (a.a.O., S. 129)

Und am 12. Juni 1895:

„... Es geht mir I-IIa. Ich brauche viel Kokain. Auch das Rauchen habe ich seit 2-3 Wochen wieder in bescheidenem Maß aufgenommen. Ich habe keine Nachteile davon gesehen...“ (a.a.O., S. 134)

Schließlich scheint Freud den Kokainkonsum im Jahr 1896 im Zuge seiner beginnenden Selbstanalyse wieder zu beenden und schreibt an Fließ:

„... der Kokainpinsel ist übrigens ganz beiseite gelegt...“ (a.a.O., S. 212)

Der Gebrauch von Tabak setzt sich weiterhin fort..

7 Ausgewählte Selbstzeugnisse Sigmund Freuds mit Tabakbezug

7.1 Das erste Protokoll der Mittwochsgesellschaft

Im Jahr 1902 äußert sich Sigmund Freud deziert über seine persönliche Haltung zum Thema Tabakkonsum und teilt dies im Rahmen des ersten Treffens der Mittwochsgesellschaft mit. Der Teilnehmende Stekel veröffentlicht das Protokoll 1903 mit dem Titel „Gespräch über das Rauchen“ im Prager Tageblatt. Dort heißt es an die Teilnehmenden Stekel, Adler, Kahane und Reitler:

„Sie erkennen direkt das Wesen des Schaffens. Ich wenigstens arbeite immer in zwei Etappen. Am ersten Tage konzipiere ich unter dem Eindrucke der Begeisterung meine Gedanken. Da muss die Fantasie ordentlich mitarbeiten, wenn die Sache einen Zug ins Große erhalten soll. Die Kritik kommt erst am zweiten Tage. Mit oder ohne Rauchen. Ein kleiner Kern von Wahrheit scheint in diesen Ausführungen zu liegen. Wenn ich ein gegnerisches Buch lesen soll, worüber ich mich voraussichtlich ärgern werde, so rauche ich niemals. Ich lese es in großer Aufregung rasch durch und – rauche erst nachher. Das Rauchen bewirkt entschieden eine geringe Narkose, ein Wohlgefühl der Nerven.“ (Stekel, 1903)

Freud beschreibt hier nachvollziehbar die Funktion seines Rauchverhaltens. Aufkommenden Ärger und Aufregungen im Zuge des Lesens „gegnerischer“ Veröffentlichungen reguliert bzw. betäubt er durch die Wirkung des Nikotins. Das Rauchen nutzt ihm demnach ebenfalls zur Affektregulierung. Die in diesem Zusammenhang aufkommende eingeschränkte Fähigkeit zur Affekttoleranz scheint hier durch das Suchtmittel Nikotin kompensiert zu werden. Vermutliche subjektiv erlebte Kränkungsgefühle und damit einhergehende aggressive Affekte werden gedämpft und eine innere Unruhe betäubt.

An anderer Stelle teilt Freud den Teilnehmenden mit:

„Sie sind kein Raucher. Sie können das nicht verstehen. Ich habe zwei Jahre nicht rauchen dürfen. Es war schrecklich. Ich hatte die Empfindung, es wäre mir ein guter Freund verstorben und ich müsste von früh bis abends seiner in Trauer gedenken. Auch jetzt habe ich dieselbe Empfindung für meine Pfeife. Sie ist mein guter Freund, mein Berater, mein Gesellschafter, mein Tröster, mein Weggenosse, der mir die weitesten Wege verkürzt.“ (a.a.O.)

In diesem Wortlaut schreibt Freud dem Nikotinkonsum eine für seine Psyche höchst bedeutsame Rolle zu. Die Pfeife bekommt den Charakter eines guten Objekts, das Freud in vielen Lebenslagen zu unterstützen vermag. Ein Trostspender für depressive Gefühle, wie Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, ein Weggenosse bei subjektiv erlebten Rückschlägen sowie zur Begleitung seines Lebenswerkes. Der psychodynamische Einfluss auf die Fähigkeit zur Affekttoleranz ist diesbezüglich erneut hervorzuheben.

7.2 Freuds Beantwortung eines Fragebogens zu Rauchgewohnheiten

Im Jahr 1929 beantwortet Freud eine Umfrage über Rauchgewohnheiten und gibt dazu folgendes zu Protokoll:

„Ich begann mit 24 Jahren zu rauchen, zuerst Zigaretten, bald aber ausschließlich Zigarren, rauche auch noch heute (72 J.) und schränke mich in diesem Genuss sehr ungern ein. Zwischen 30 und 40 Jahren musste ich das Rauchen durch 1 Jahre aufgeben wegen Herzstörungen, die vielleicht Nikotinwirkung, wahrscheinlich aber Folge einer Influenza waren. Seither bin ich meiner Gewohnheit oder meinem Laster treu geblieben und meine, dass ich der Zigarre eine große Steigerung meiner Arbeitsfähigkeit und eine Erleichterung meiner Selbstbeherrschung zu danken habe. Vorbild war mein Vater, der ein starker Raucher war und bis in sein 81stes Lebensjahr blieb.“ (Freud, 1929/2005, S. 157)

In Freuds Antwort zu diesem Fragebogen tritt neben der affektregulierenden Wirkung des Nikotins ein weiterer Aspekt hervor. Freud berichtet über eine Erleichterung seiner Selbstbeherrschung. Womöglich verhilft das Rauchverhalten Freud auch zu einer verbesserten Impulssteuerung. Leider wird hier nicht deutlich, worauf er die Erleichterung der Selbstbeherrschung bezieht. Möglicherweise könnte das Rauchverhalten ihn dazu bewegen haben, seine Arbeit fortzuführen, wenn er mit Arbeitsunlust zu kämpfen hatte. Oder der Tabakkonsum verhalf ihm, sich bei erlebten öffentlichen oder kollegialen Angriffen hinsichtlich der Psychoanalyse zu zügeln und die Beherrschung zu wahren. Das Rauchen scheint in diesem Zusammenhang auch zur Überwindung einer Über- oder Untersteuerung der Impulse beizutragen.

8 Schlussfolgerung

Vor dem Hintergrund der Betrachtung der ausgewählten Schriften wird die psychodynamische Funktion des Suchtmittelkonsums bei Freud erkennbar. Auf der einen Seite scheinen der Gebrauch von Kokain und Nikotin sowie die spezifische Wirkung beider Suchtstoffe für Freud aus struktureller Sicht als Mittel der Wahl zur Selbstregulation Geltung zu finden. Auf der Ebene der Affektregulierung erlauben sie Freud eine Entlastung nicht tolerierbarer Gefühle. Hier sind vor allem depressive Affekte, Ängste und aggressive Gefühlszustände zu nennen. Auf der Ebene der Selbstwertregulie-

rung verhilft die Kokaineinnahme die Regulation von vermutlichen Selbstunsicherheiten, Selbstzweifeln und Versagensängsten bzw. einer Verbesserung des Selbstwertempfindens. Die Einnahme von Kokain macht Freud gesprächiger und auch mutiger. Darüber hinaus erhält der Suchtstoff Kokain einen selbstmedikativen Aspekt zur Behandlung körperlicher Krankheitssymptome, ausdrücklich der Herz- anfälle.

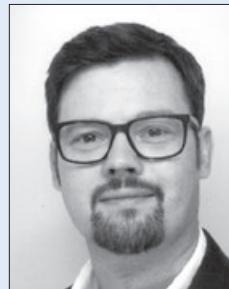
Ebenfalls scheinen mögliche Kränkungen, die Freud durch „gegnerische“ Schriften erfährt, durch den Konsum von Nikotin erträglicher zu werden. Er erfährt durch das Rauchen zudem eine „Erleichterung der Selbstbeherrschung“ im Sinne der Impulssteuerung. Somit scheinen die situativ vulnerablen selbstregulatorischen Kompetenzen, wie die Fähigkeit zur Affekttoleranz als auch die Fähigkeit zur Impulssteuerung durch die Einnahme von Tabak ausgeglichen zu werden. Dabei steht die intrapsychische Modulation von aggressiven und depressiven Affekten (Ärger, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit) im Vordergrund.

Auf der anderen Seite scheint der Konsum von Kokain und Tabak Sigmund Freud auch darin unterstützt zu haben, seinen eigenen Erwartungen an seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit genügen zu können und trotz aller Anfeindungen mit einer gewissen Beharrlichkeit sein Lebenswerk, die Psychoanalyse, entwickeln, voranbringen und damit für die Nachwelt zur Verfügung stellen zu können.

Literatur

- Adler, A. (2010). Rauschgift. In G. Eife (Hrsg.), *Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937)* (S. 384–401). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Arbeitskreis OPD. (2023). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-3. Manual für die Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD – Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitskreis OPD. (2017). *OPD-2 – Modul Abhängigkeitserkrankungen. Das Diagnostik-Manual* (2. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Boessmann, U. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie, Grenzen aufdeckender Therapie bei strukturellen Störungen und Alternativstrategien*. <http://struktur-psychotherapie.blogspot.com/> (Zugriff am 21.09.2022).
- Fichtner, G., Grubrich-Simitis, I. & Hirschmüller, A. (Hrsg.). (2015). *Warten in Ruhe und Ergebung, Warten in Kampf und Erregung. Die Brautbriefe* (Bd. 3). Frankfurt am Main: Fischer.
- Fichtner, G., Grubrich-Simitis, I. & Hirschmüller, A. (Hrsg.). (2019). *Spuren von unserer komplizierten Existenz. Die Brautbriefe* (Bd. 4). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1968). *Brautbriefe*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (2002). Brief an Wilhelm Fließ, datiert vom 30.05.1893. *Suchtherapie*, 3(01), 18–23.
- Freud, S. (2005). Fragebogen zum Thema Rauchgewohnheiten, datiert vom 12.02.1929. In W. Schmidbauer (Hrsg.), *Der Mensch Sigmund Freud. Ein seelisch verwundeter Arzt? Ein neuer Ansatz* (S. 153–165). Stuttgart: Kreuz. Original 1929.
- Grimbert, P. (2011). *Pas de fumée sans Freud: Psychoanalyse du fumeur*. Paris: Pluriel.
- Khantzian, E. J. (1999). *Treating addiction as a human process*. New York: Aronson.
- Khantzian, E. J. (2018). *Treating addiction – beyond the pain*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Khantzian, E. J., Halliday, K. S., McAuliffe, W. E. (1990). *Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for substance abusers*. New York: Guilford.
- Kollbrunner, J. (2001). *Der kranke Freud*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krystal, H. & Raskin, H. A. (1970). *Drug dependence – Aspects of ego function*. Detroit: Wayne State University Press.
- Markel, H. (2012). *An anatomy of addiction: Sigmund Freud, William Halsted, and the miracle drug cocaine*. New York: Random House.
- Marquardt, K. (2004). *Zur Persönlichkeits- und Konfliktstruktur von aktuellen und ehemaligen Ecstasykonsumenten: eine empirische Studie mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik an 61 Ecstasykonsumenten und 59 Kontrollen* (Dissertation). Fachbereich Medizin, Universität Hamburg.
- Masson, J. M. & Schröter, M. (Hrsg.). (1986). *Briefe an Wilhelm Fließ 1887–1904*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Meißner, T. (2019). *Der prominente Patient. Krankheiten berühmter Persönlichkeiten*. Heidelberg: Springer.
- Nitzgen, D. & Brünger, M. (2000). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde. In W. Schneider & H.-J. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 238–252). Bern: Huber.
- Raile, P. (2019). Aufstieg und Fall des Jordan Belfort. In M. Poltrum, B. Rieken & T. Ballhausen (Hrsg.), *Zocker, Drogenfreaks & Trunkenbolde, Rausch, Ekstase und Sucht in Film und Serie* (S. 175–190). Berlin: Springer.
- Reymann, G., Zbikowski, A., Martin, K., Tetzlaff, M. & Janssen, P. L. (2000). Erfahrung mit der Anwendung von Operationalisierter Psycho-

- dynamischer Diagnostik bei Alkoholkranken. In W. Schneider & H.-J. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 229–237). Bern: Huber.
- Radó, S. (1934). Psychoanalyse der Pharmakothymie. *IZP*, 20, 16–32.
- Rudolf, G. (2020). *Strukturbezogene Psychotherapie (SP). Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (4. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schmidbauer, W. (2005). *Der Mensch Sigmund Freud. Ein seelisch verwunderter Arzt? Ein neuer Ansatz*. Stuttgart: Kreuz.
- Schur, M. (1973). *Sigmund Freud, Leben und Sterben*. Berlin: Suhrkamp.
- Spittler, H. (2021). Psychodynamik und Therapie der Sucht. In A. Dieckmann & C. Mäder-Linke (Hrsg.), *Kontinuität und Wandel psychodynamischer Suchttherapie* (S. 3–25). Berlin: Gesamtverband für Suchthilfe e.V.
- Stekel, W. (1903). Gespräch über das Rauchen. *Prager Tageblatt*, 27, S. 12.
- Tenbrink, D. (1996). Neurose und regulative Strukturen des Selbst. *ZfIP*, 21(2), 117–131.
- Thornton, E. M. (1983). *Freud and cocaine – The Freudian fallacy*. London: Blond & Briggs.
- Vom Scheidt, J. (1973). *Freud und das Kokain – Die Selbstversuche Freuds als Anstoß zur Traumdeutung*. Hamburg: Kindler.
- Wiesbeck, G. A. (2017). *Kokainabhängigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.



Michael G. Semeraro

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Fachpsychologe für klinische Psychologie (BDP) und Tiefenpsychologe (DGIP). Von 2010 bis 2016 Tätigkeit als Bezugstherapeut in der stationären und ambulanten Sucht-Rehabilitation, seit 2016 in eigener tiefenpsychologisch fundierter Praxis in Düsseldorf tätig. Behandlungsschwerpunkte: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen, Co-Abhängigkeit sowie Erwachsenen suchtkranker Eltern.
Praxis für Psychotherapie
Bodinusstraße 2
D-40239 Düsseldorf
therapie@tiefenpsychologie-semeraro.de



Psychedelika und Psychoanalyse: Erkundungen im Spannungsverhältnis

Maximilian Römer

Zusammenfassung

Die vorliegende Rezension zu David Reinckes Buch *A Freudian Trip. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und psychedelischer Erfahrung* (2023) erfasst kurorisch den Inhalt des Textes und fügt jenem Überblick einige Assoziationen zu Rausch- und Suchtdiskursen sowie zur Indikationsfrage psychedelisch augmentierter Psychotherapien hinzu.

Schlüsselwörter: Psychedelika, Psychoanalyse, psycholytische Therapie, Bewusstseinsveränderung, Freuds Religionskritik

Summary

This review of David Reincke's book *A Freudian Trip. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und psychedelisch-er Erfahrung* (2023) cursorily captures the content of the text and adds to this overview some associations to discourses on altered states and addiction, as well as to the question of the indication for psychedelically augmented psychotherapies.

Keywords: psychedelics, psychoanalysis, psycholytic therapy, alteration of consciousness, Freud's critique of religion

International lässt sich für psychedelisch augmentierte Psychotherapien und Forschung zu Psychedelika ein „Hype“ konstatieren (Gavarni, 2023).¹ Nebst der Euphorie existieren jedoch auch zahlreiche Stimmen, die ein mangelhaftes wissenschaftliches Vorgehen vermeintlich aussagekräftiger Studien kritisieren, sich ferner mit ideologiekritischen Argumenten einbringen.

David Reincke, Research Fellow der International Psychoanalytic University Berlin (IPU) und Ausbildungskandidat am Berliner Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse (BIPP), liefert mit seinem Buch für den teilweise affektiv aufgeladenen Diskurs über den Einsatz von Drogen bzw. Psychedelika in der Psychotherapie eine wertvolle Ergänzung aus psychoanalytischer Perspektive. Geleitet wird Reinckes Erkundung des Verhältnisses von psychedelischer Erfahrung und Psychoanalyse von der Frage, „inwiefern die Gegenstände ihrem Wesen nach vereinbar sind“, wobei eine zentrale

These des Autors lautet, „dass es vor dem Hintergrund trudierter mystisch-religiöser Bezüge im Zusammenhang mit Psychedelika, gemäß der klassischen Psychoanalyse, das Erbe von Freuds Religionskritik sowie seiner Auffassung vom reifen Subjekt ist, welche sie entzweit“ (S. 10)². Ferner adressiert er die Frage nach dem „Potenzial“ (ebd.) psychedelischer Substanzen. Der Fokus seiner Abhandlung liegt bei den Substanzen Mescalin, Psylocibin, LSD und DMT.

Das erste Kapitel beleuchtet den historischen Hintergrund: Hier illustriert Reincke die normativ-moralisch aufgeladene Betrachtung von Drogen- und Rauschdiskursen. Die westliche Moderne erhob die Nüchternheit zu ihrem protestantischen Ideal, zugleich erweist sich der Rausch, als „absichtsvolle Veränderung des Wachbewusstseins“ (S. 33), als „ein von allen Menschen ersehntes Entrückungserlebnis“ (Bruns, 2002, S. 73), als eine „der urmenschlichen Suche nach ewigem Leben, Lust, Sinn,

¹ 2021 hat *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* diesem Phänomen unter dem Titel *Therapeutisches Comeback – Die Wiederkehr der Psychedelika* ein Themenheft gewidmet.

² Wenn nicht anderweitig gekennzeichnet, entstammen die Zitate und Seitenangaben aus dem zur Rezension vorliegenden Text.

Spiritualität, Hochgefühl und der dergleichen folgende anthropologische Konstante“ (Böllinger, 2016, S. 94). In jenem ambivalenten Verhältnis überwiegen die pathologische Färbung und moralische Wertung als auch die Legierung mit Suchtdiskursen. Das Umschlagen von einer Idealisierung berausender Substanzen und Betrachtung und Würdigung als Heilmittel, hin zu einer Entwertung und Dämonisierung, versteile auch aktuell den Zugang zu einer differenzierten Auseinandersetzung. Das ambivalente Verhältnis findet seine Entsprechung vornehmlich in einem Entweder-Oder-Modus, in welchem die Janusköpfigkeit – das Negative und die Risiken einerseits, das Potential von Entspannung, Lust(maximierung) und Ekstase andererseits – nie gleichzeitig betrachtet werden können (vgl. S. 25). Diese Dynamik herrsche insbesondere in der westlichen Kultursphäre vor, wo illegale Substanzen im Allgemeinen und psychedelische im Besonderen zur Projektionsfläche avancieren. Auch koloniale Zuschreibungen identifiziert Reincke als Triebfedern für die Fokussierung des Defizitären und Pathologischen. Neben einer Einführung in die zentralen Begriffe seiner Ausarbeitung sondiert der Autor Freuds Verhältnis zu Rauschdiskursen, dessen Experimente mit Kokain als auch Freuds Überlegungen zu einer prämorbiden Persönlichkeit hinsichtlich einer Suchtentwicklung, die Freud zwar nicht weiterverfolgt, aber keineswegs an Bedeutung und Gültigkeit verloren haben.

Ein weiteres Augenmerk liegt auf der Entdeckung von LSD durch Albert Hofmann und die sich daran anschließenden kulturellen und wissenschaftlichen Praxen. Reincke leistet an dieser Stelle einen kompakten Überblick über die Forschung des 20. Jahrhunderts und deren Verbindungslinien hin zur Psychotherapie und Psychiatrie. Motiviert durch das Bestreben, in tiefere Bewusstseinsschichten bzw. in die Tiefen des Unbewussten vorzudringen, „bis hin zum Geburtstrauma“ (S. 42), betrat die psychotherapeutische Forschung das Gebiet der Psychedelika. Im Unterschied zur psychoanalytischen „Redekur“ steht unter psychedelischer Perspektive das Wiedererleben anstelle eines Erinnerns und Verbalisieren jener Erinnerungen im Fokus. Die Erfahrung des Wiedererlebens entzieht sich dabei dem Symbolischen. Es ist die mystische Tönung jener Erfahrungen, welche nach Reincke eine Fusion zwischen Psychoanalyse und Psychedelika, aufgrund des Innewohnens einer „kritischen[n] Haltung zur Metaphysik sowie mystisch-religiöser Techniken“ (S. 45) der Psychoanalyse, verunmöglichte.

Im zweiten Kapitel *Mystik, Psychoanalyse und Freuds Religionskritik* fährt der Autor die Ent-

wicklungslinien der Freud'schen Religionskritik nach und versteht jene Kritik als Erbschaft der aktuellen antireligiösen Haltung innerhalb analytischer Kreise. Während die analytische Religionskritik auf die Unvereinbarkeit von mystisch-religiöser Erfahrung und Psychoanalyse verweist, deutet Reincke auf die Schnittstelle von Religion und Psychoanalyse, in ihrer Beschäftigung mit dem Unverfüglichen, hin. Überdies betrachtet der Autor die Auseinandersetzung zwischen Romain Rolland und Sigmund Freud in der Streitfrage um das „ozeanische Gefühl“. Anhand dieser zeigt sich, dass ein Interesse am Jenseitigen von Sprache und Denken bestand, jene Sphären zugleich Abwehrbewegungen hervorriefen. Reincke identifiziert eine „mystische Dimension der Psychoanalyse“ (S. 60 ff), wie sie sich z. B. in Wilfred Bions Konzeption von *O* wiederfindet, in der Auseinandersetzung mit den präverbalen und nicht-symbolisierten psychischen Strukturen. Auch hier lassen sich Überschneidungen zwischen dem Rauscherleben und dem Erleben innerhalb der psychoanalytischen Kur finden, wobei ein zentraler Unterschied nach Reincke darin besteht, dass das „Ziel der klassischen Psychoanalyse offenbar nicht der glückliche oder erlöste, sondern der tapfere oder mutige Mensch [ist], der sich schmerzlichen Wirklichkeiten stellt und damit verbundene Versagungen tolerieren kann“, und nicht wie eher in den psychedelischen Erfahrungen, im Rahmen einer „spirituellen Reise [...] eine Form der Selbstverwirklichung“ angestrebt wird (S. 65).

Das dritte Kapitel *Zu Wesen und Funktion psychedelischer Erfahrungen* ergründet die bewusstseinsverändernden Zustände. Nach einem Exkurs zu C. G. Jungs Betrachtungen, bei welchem Reincke auch „Ablehnung [...] kolonialistischer Ordnungen“ (S. 71) erkennt, diskutiert er die Angst von AnalytikerInnen vor dem Unbewussten, d. h. vor unkontrollierbaren tief regressiven Zuständen, die im Rahmen psychedelischer Erfahrungen erreicht werden.

Weiter führt er eine Typologie des Rausches ein: Erstens den psychotropen Rausch als Spiel mit sich selbst, zweitens die psychedelische Erfahrung als Transgression, drittens der Rausch als eine Erkundung des psychischen Raums, der *Terra incognita*, viertens der psychedelische Rausch als Todesbegehung und zuletzt die psychedelische Erfahrung als *technicolor super-highway* zum Unbewussten. Den Spielcharakter der ersten Typologie arbeitet Reincke in Bezug auf Winnicotts Theorien zum intermediären Raum des Spieles aus, bezüglich der Transgression analysiert er die „Entgrenzung des Subjekts“ (S. 81). Die Erkundung des psychischen Raums verweist auf das, was auch in der klassischen

Kur Einzug findet, im Rahmen einer psychedelischen Erfahrung jedoch in einer anderen Qualität: „Psychotropika sind dazu imstande, die Subjekte auf eine Wanderung durch die Kellerräume und Schächte des Unbewussten zu schicken, in denen aber nicht für immer verharrt werden darf“ (S. 84). Das hier anklingende Temporäre soll durch einen „Tripsitter“ (S. 85) gewährleistet werden, der, in der Namensgebung an einen „Babysitter“ und somit eine Art elterliches Objekt erinnernd, es vermag, die PatientInnen wieder in höhere psychische Funktionsbereiche zu heben. Hier artikuliert sich zugleich die Idee des Kontrollierten und Begrenzten, man könnte denken, eigentlich der Gegenspieler zum transzendent-ekstatischen Rausch. Diese Kontrolle des Kontrollverlustes erweist sich in seiner Scharnierfunktion zu den Diskursen psychedelischer Psychotherapie, wo es gilt, eine „optimale Dosis“ (S. 93) zu verabreichen, die folglich einen idealen Zustand der Selbstreflexion hervorrufen soll. Auch das dritte Kapitel verdeutlicht einige Parallelen zwischen Psychoanalyse und psychedelischer Erfahrung, die Reincke weiter in einer Betrachtung zwischen dem Verhältnis Rausch und Traum vertieft. Einem Verhältnis, welchem sich aktuell nicht nur metatheoretisch, sondern auch experimentell-empirisch genähert wird (vgl. Koslowski, de Haas & Fischermann, 2023).

Im vierten Kapitel *Zur Stellung der Psychedelika* nähert sich Reincke einer zeitdiagnostischen Bestandsaufnahme und arbeitet heraus, wie „[d]er Rausch mittlerweile seinen Platz im Sinne der Optimierung von Körper und Bewusstsein“ (S. 111) gefunden hat. Er resümiert später: „Die Substanzen haben sich dem neoliberalen Zeitgeist angepasst“ (S. 128), folgen nicht mehr dem „drop out“-Imperativ Timothy Learys, sondern psychedelische Erfahrungen haben sich zu einer modernen Enhancement-Strategie entwickelt. Es ist kein Wunder, dass die Signifikanten „Optimierung“ und „Effizienz“ immer wieder im Rahmen der Diskurse um psychedelische Psychotherapie aufgerufen werden. In der Anwendung psychedelischer Therapien brechen sich also auch Wünsche Bahn, therapeutische Prozesse abzukürzen und diese chemisch zu beschleunigen (vgl. S. 96). Es gilt zumindest darüber nachzudenken, ob in einem solchen Denken nicht auch die Illusion grenzenloser Verfügbar- und Machbarkeiten durchschimmert.

Im fünften Kapitel *Zur Zukunft des „reinen Goldes“ (Freud)* ergründet Reincke erneut und zusammenfassend die psychoanalytische Haltung zu Rauschphänomenen. Dabei geht es weniger um Ideen zur Anwendung im Rahmen

psychoanalytischer Therapien, sondern vielmehr rekurriert der Autor auf die Freud'sche Trias (1923). Diese versteht die Psychoanalyse als Behandlungsmethode, als ein spezifisches Verfahren zur Erforschung seelischer, unbewusster Prozesse sowie als eine Reihe an durch jene Methodologie gewonnenen Einsichten, die eine wissenschaftliche Disziplin begründet. Jenes Forschungsvorhaben bzw. diese Disziplin sollte doch ein ausgeprägtes Interesse an jenen psychedelischen Erfahrungen haben – dürfte man zumindest meinen.

Wenn gleich im Verhältnis von Rausch sowie psychedelischer Erfahrung und der Psychoanalyse immer wieder eine Nähe hergestellt wird, bleibt die Frage nach den Ursprüngen der distanzierten Beziehung. Die „Grenzen der sprachlichen Erfassung und sprachlichen Verfasstheit“ (S. 47), wie sie sich in psychedelischen Erfahrungen immer wieder zeigen, können Unbehagen und Angst hervorrufen. Jene Ängste vor tiefen regressiven Zuständen identifizierte bereits Michael Balint (1979) und verdeutlichte, wie das Arbeiten auf einem ödipal-sprachlichen Niveau weniger ängstigt als in präödipal-vorsprachlichen Bereichen. Hierin lässt sich ein Ursprung ausmachen. Dabei gilt es anzumerken, dass aktuell gerade jenen vorsprachlichen Bereichen, den unrepräsentierten und namenlosen frühen Formen des Erlebens, wie sie sich zum Beispiel in breakdown-Phänomenen zeigen, innerhalb der psychoanalytischen Community vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wird und sich jene Phänomene auch in Psychoanalysen abbilden. Das Erleben von Zuständen des psychisch Nicht-Repräsentierten, in Phasen, in denen die Sprache „auseinanderbricht“ und die Kommunikation versagt (vgl. S. 105), kann sich auch in intensiven therapeutisch-regressiven Verfahren ereignen.

Eine maßgebliche Differenz besteht jedoch weiterhin in der Art und Weise, wie jene Zustände erlebt werden. Hier beschreibt Reincke den Moment der „Überwältigung“ (S. 72). Während in der Analyse – in einem wohlgemerkt mechanistisch-idealisierten Bild – jene Erfahrungen nicht unbedingt in völliger Überwältigung über das Subjekt hereinbrechen, die Regression mitunter durch die Arbeit der AnalytikerInnen begrenzt werden kann, klammert die Überwältigung in der psychedelischen Rauscherfahrung jedwede Kontrolle aus. Hier schließt sich, und dies ist zentral für die Behandlung, die Frage an, inwiefern sich eine solche Erfahrung dann integrieren lässt. Auch sollte nicht vergessen werden, dass die Abwehrmechanismen, die im Rahmen einer solchen Überwältigung eingerissen werden, für das Subjekt eine sinnhafte Kompromisslösung darstellen. Reincke

greift dies auf und führt aus, „dass unbewusste Erfahrungen aus inneren Konflikten resultieren, was bedeutet, dass ihre Verdrängung, die Kräfte der Abwehr, ebenso wichtig sind wie die unbewussten Vorstellungsinhalte“ (S. 95). Daher erweist sich eine wohlüberlegte, sorgsame und damit auch zeitintensive Arbeit in der analytischen Kur als notwendig. Der durch die Substanz evozierte „Schock“ der Überwältigung kann somit als Katalysator einer tiefen Regression und eines Abtauchens in primitive Zustände verstanden werden.

Auf die Gefahr hin, mit der folgenden Überlegung zu reproduzieren, was Reincke als kritisch betrachtet, möchte ich noch kurz auf die „unweigerlich mit dem Suchtdiskurs amalgamiert[en]“ (S. 13) Betrachtungen der Rauschdiskurse zurückkommen. Wenngleich ich die von Reincke bemühte Konzeptualisierung Joachim Küchenhoffs (2005, S. 363) zur grundsätzlichen Gegensätzlichkeit von Rausch und Sucht teile, bedarf es meines Erachtens einer präzisen Betrachtung des Begriffs der Abhängigkeit. Reincke führt in Rekurs auf Torsten Passie an, dass „[a]ufgrund des praktisch nicht vorhandenen Abhängigkeitspotentials von Psychedelika [...] die WHO die Diagnose Halluzinogenabhängigkeit aus der Neubearbeitung ihrer Diagnoseklassifikation entfernt [hat]“ (S. 109). Nun ist richtig, dass diese körperlich nicht abhängig machen und eine manifeste Abhängigkeit selten diagnostiziert wird, die englische Version der ICD-11 listet jedoch weiterhin eine „Hallucinogen Dependence“ (6C49.2).³ An dieser Stelle findet sich eine nicht von der Ätiologie geleitete Perspektive. Aus psychodynamischer Perspektive ist es „der seelische Gewinn [...], der anderweitig nicht herzustellen ist“ (Voigtel, 2022, S. 170), der die Abhängigkeit definiert. Hier lässt sich fragen, ob dies nicht z. T. auch schon bei Praktiken wie z. B. einem regelmäßigen Micro-Dosing seine Entsprechung findet. Wie bereits angemerkt sehe ich ähnlich wie Reincke die Gefahr, das Begehr nach Rausch als „Ausdruck eines Wunsches [...] sich selbst jenseits alltäglicher kontrollierter Sinnes- und Geisteserfahrungen zu erleben“ (a.a.O., S. 137) zu pathologisieren. Interessant erscheint mir an dieser Stelle darüber nachzudenken, welche PatientInnen – denken wir zurück an Freuds Überlegungen zur prämorbiden Persönlichkeit – sich eher für eine psychedelische Therapie entscheiden würden. Unweigerlich musste ich bei der Lektüre an mir bekannte junge SuchtpatientInnen denken, die ein großes Interesse für Praktiken wie Ayahuasca bekundeten, als auch

an PatientInnen, die vielfältige psychedelische Erfahrungen gemacht haben und zugleich einen mitunter missbräuchlichen Konsum anderer, auch legaler, Substanzen aufweisen. Auch stellt sich die Frage nach der Bedeutung der therapeutischen Beziehung, die in dem Wunsch „effizienter“ und somit auch schneller Behandlungserfolge zu erzielen, an Stellenwert verliert.

Nun sind dies subjektive Eindrücke, die mich aber abschließend, auch wenn es nicht zentraler Gegenstand der Ausarbeitung ist, zu der Frage bringen, bei welchen PatientInnen eine Indikation für psychedelische Therapie bestünde. Reincke verweist auf Befunde von PatientInnen mit terminalen Erkrankungen, bei welchen sich das psychische Wohlbefinden durch psychedelische Erfahrungen steigern kann (vgl. S. 80). Auch fällt innerhalb der Diskurse immer wieder das Adjektiv „therapieresistent“, bei Reincke beispielweise in einer Fußnote, wo er Stanislav Grof zitiert. Ein Blick auf die Indikationsstellungen anderer Einrichtungen, die gegenwärtig augmentierte Psychotherapien anbieten, hingegen zeigt eine Variation vieler Störungsbilder, scheinbar auch in leichteren Ausprägungen, auch wurde eine psychedelische Behandlung bei Nikotinabhängigkeit erprobt (Johnson et al., 2014). Auf der IPD Conference in Rom im Januar 2024, die sich unter dem Titel *Altered States* dem Verhältnis von Psychoanalyse und Psychedelika widmete, wurde jene Frage intensiv diskutiert. Die DiskutantInnen und WissenschaftlerInnen schlussfolgerten, dass psychedelisch assistierte Therapien, im Gegensatz zu den populären Vorstellungen, eben nicht für schwer- oder frühgestörte PatientInnen, z. B. auch strukturdefizitäre, schwer chronifizierte depressive PatientInnen, geeignet seien. Je ausgeprägter die Beziehungsstörung und somit auch die Welt der Selbst- und Objektrepräsentanzen, desto höher die Wahrscheinlichkeit eines „bad trips“ und schwerwiegender Folgen. Psychedelika eignen sich folglich eher für höherstrukturierte PatientInnen. Im Anschluss an ein klinisches Beispiel von KrebspatientInnen des US-Amerikaners Jeffrey Guss, der sich seit Jahren intensiv mit diesem Thema beschäftigt, verwies Mark Solms auf die bedeutsame Tatsache, dass es sich hierbei zwar um somatisch, aber nicht psychisch kranke PatientInnen, und somit ein weiteres Anwendungs- und Diskursfeld, handelt, das jedoch immer wieder mit dem der Behandlung psychisch kranker Menschen verengt wird.

Ungeachtet der eigenen Position im sich zwischen den Polen von Affirmation und Ablehnung aufspannenden diskursiven Feld, bemerkte Reincke folgerichtig, dass sich eine Auseinandersetzung mit dem Thema, im Angesicht

³ vgl. <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1967909777> (Aufruf am 25.01.2024).

der „Renaissance der Forschung“ (S. 16) als unumgänglich erweist (vgl. S. 114).

Die zu Beginn seiner Abhandlung – initial wurde der Text von Reincke als Abschlussarbeit an der IPU eingereicht – aufgeworfene Frage nach der Vereinbarkeit von psychedelischer Erfahrung und Psychoanalyse bleibt unbeantwortet. Wohl kann es auf diese Frage auch keine eindeutige Antwort geben. Die klassische Psychoanalyse, so schlussfolgert der Autor, bedarf nicht der Psychedelika. Indes kann psychedelische Forschung von der Psychoanalyse profitieren (vgl. S. 128). Zugleich lesen sich sein Resümee und die Arbeit im Allgemeinen als ein Plädoyer: sich mit neutraler Offenheit und Neugier psychedelischen Phänomenen zu nähern. Hierin liegt die Stärke der Veröffentlichung, die sich in einer Verhältnissondierung der Thematik undogmatisch nähert und der es immer wieder gelingt, eine kritische Perspektive einzunehmen. Dies ist dem Autor gelungen und so ist seinem Buch eine breite LeserInnenschaft zu wünschen.

Literatur

- Balint, M. (1979). *The basic fault. Therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock.
- Bruns, G. (2002). Sehnsucht nach dem leichten Sein – Rausch als Transzendenzerlebnis. In S. Uhlig & M. Thiele (Hrsg.), *Rausch–Sucht–Lust. Kulturwissenschaftliche Studien an den Grenzen von Kunst und Wissenschaft* (S. 73–98). Gießen: Psychosozial.
- Böllinger, L. (2016). Rausch, Trance, Ekstase – und das gesellschaftliche Unbewusste. In M. Schetsche & R.-B. Schmidt (Hrsg.), *Rausch, Trance, Ekstase. Zur Kultur psychischer Ausnahmezustände* (S. 93–107). Bielefeld: Transcript.
- Freud, S. (1923a). *Psychoanalyse und Libidotheorie* (GW XIII, S. 211–233). Frankfurt am Main: Fischer.
- Gavarini, L. (2023, 25. Sept.). Den Hype erforschen. *taz – Die Tageszeitung*. <https://taz.de/Psychedelika-in-der-Psychotherapie/!5960391/> (Zugriff am 29.12.2023).

Johnson, M. W., Garcia-Romeu, A., Cosimano, M. P. & Griffiths, R. R. (2014). Pilot study of the 5-HT2AR agonist psilocybin in the treatment of tobacco addiction. *Journal of Psychopharmacology*, 28(11), 983–992.

Koslowski, M., de Haas, M. P. & Fischmann, T. (2023). Converging theories on dreaming: Between Freud, predictive processing, and psychedelic research. *Frontiers in Human Neuroscience*, 17, 1080177. doi:10.3389/fnhum.2023.1080177

Küchenhoff, J. (2005). Die Achtung vor dem Anderen. Psychoanalyse und Kulturwissenschaften im Dialog. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

Voigtel, R. (2022). *Der Sinn der Sucht. Eine Krankheit psychodynamisch verstehen*. Gießen: Psychosozial.

David Reincke

A Freudian Trip. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und psychedelischer Erfahrung

2023, 148 Seiten

Gießen: Psychosozial-Verlag

ISBN: 978-3-8379-3294-2



Maximilian Römer, M.Sc.

Psychoanalytiker (DGPT) und psychologischer Psychotherapeut in psychoanalytischer Praxis in Berlin und in der Hochschulambulanz der International Psychoanalytic University (IPU).

info@maximilian-roemer.de

Michael Klein, Rebecca Eschweiler, Nicole Kemper,
Katharina Lich & Felix Winter-Wilms

VIKTOR

Gemeinsam. Stark.

Ein männerspezifisches Gruppenprogramm zur Reduktion von Einsamkeits- und Alkoholproblemen

Altere, vereinsame Männer missbrauchen häufig Alkohol und isolieren sich damit zusätzlich. Für sie wurde die psychoedukative Intervention „VIKTOR“ entwickelt: In zehn Gruppensitzungen werden Abstinenz bzw. Konsumreduktion und Einsamkeitsbewältigung eingeübt. Die Sitzungen konzentrieren sich auf die Reflexion eigenen Verhaltens, auf überschaubare Vorsätze und immer wieder auf Anregungen durch Gleichgesinnte. Das Einbringen persönlicher Erfahrungen der Teilnehmer sorgt für ein kohärentes Verständnis der eigenen Situation. Der persönliche Austausch in der Gruppe ist zentral.

Die jeweils etwa zweistündigen Gruppensitzungen bauen thematisch aufeinander auf:

- Einstieg und Kennenlernen,
- Einsamkeit,
- Alkohol,
- Ressourcenaktivierung und Selbstmanagement,



- Rückfallprävention und Krisenmanagement,
- Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken,
- Partnerschaft und Sexualität,
- Rollenbilder und Selbstakzeptanz,
- Zukunftsvisionen und Visualisierung,
- Auf der Zielgeraden.

„VIKTOR“ wurde in der Praxis erprobt und weiterentwickelt; die wissenschaftliche Evaluation zeigte eine hohe Akzeptanz und Wirksamkeit.

210 Seiten, farbig
ISBN 978-3-95853-852-8

20,00 €
inkl. MwSt



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

📞 +49 (0) 5484-308
✉️ pabst@pabst-publishers.com
🌐 www.pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com

11. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2024

Einleitung
Heino Stöver

1 Drogenpolitik und Monitoring

Mangelnde Steuerung der Drogenpolitik auf nationaler Ebene – das muss sich ändern nach der Bundestagswahl 2025 – Steuerungsgruppe muss her!
Heino Stöver, Ingo Ilja Michels, Dirk Schäffer, Nina Pritszens

Kritische Einschätzung der Koalitionsvereinbarungen der Ampel-Parteien zum Thema „Drogen“ – Fazit
Heino Stöver, Ingo Ilja Michels.

Neue Regelungen für die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung
Dirk Schäffer, Maurice Cabanis, Nina Pritszens

KI-gestützte Frühwarnsysteme und Surveys zur Prävention von Risikokonsum und möglichen Überdosiskrisen
Maurice Cabanis

2 Harm Reduction – in allen Bereichen der Drogenpolitik!

Tobacco Harm Reduction mit Drogengebrauchenden.
Ein Praxisbericht der vista gGmbH (Berlin)
Stefan Wiedemann, Alina Bialetzki, Hendrik Iding

Für eine effektivere Tabakkontrolle – Tobacco Harm Reduction stärker nutzen!
Heino Stöver, Larissa Steimle

Einweg-E-Zigaretten – Wo bleibt der Jugend- und Verbraucherschutz?
Larissa Steimle, Heino Stöver

Xannies, Lean und Tili: Wie dem Gebrauch von Sedativa unter jungen Menschen effektiv begegnet werden kann
Bernd Wersle, Rüdiger Schmolke

Zur aktuellen Situation in offenen Drogenszenen: Der perfekte Sturm.
Daniel Deimel

3 Teillegalisierung von Cannabis – wo bleibt Säule 2?

„Unser Problem heißt Paternalismus“ - Patientenvertreter über die Folgen der Teillegalisierung von Cannabis
Max Plenert, Gero Kohlhaas

Schulung von Personal und Mitgliedern in Cannabis (Social) Clubs:
Die Bedeutung eines community-orientierten Ansatzes
Patricia Amiguet, Ana Afuera, Mireia Ambrós Hortensi,
Óscar Parés-Franquero, Rüdiger Schmolke

Cannabis legal, aber... Anbauvereinigungen im Spannungsfeld von Erwartungen und Herausforderungen
Heinrich Wieker, Maximilian Plenert, Gero Kohlhaas

4 Die jährliche Inszenierung der sogenannten Drogentoten – was hilft wirklich?

Opioidsubstitutionstherapie in Deutschland ausbauen und Mortalität senken
Nina Pritszens



30 Jahre Drogenkonsumräume in Deutschland – ein Frankfurter Plädoyer für den bundesweiten Ausbau!
Gabi Becker, Achim Teipelke

Take-Home-Naloxon: Das bräuchte es in Deutschland
Simon Fleißner, Heino Stöver, Dirk Schäffer, Maria Kuban

Fakten & Zahlen: Drogenkonsumräume in Deutschland 2023
Heiko Bergmann, Esther Neumeier, Maria Kuban, Dirk Schäffer

5 Synthetische Opioide – sind wir vorbereitet?

Synthetische Opioide in Deutschland - Sind wir vorbereitet? Vorschläge für einen nationalen Ratschlag
Hans-Günter Meyer-Thompson, Heino Stöver für akzept

6 Drug-Checking-Praxis – wo bleiben die Bundesländer mit ihren Verordnungen?

Drug-Checking in Deutschland: Von den Modellprojekten auf dem Weg zu einer rechtssicheren, flächendeckenden Implementierung
Tim Hirschfeld, Felix Betzler, Tomislav Majić, Heino Stöver

Ein Jahr Drugchecking in Berlin
Monika Fonfara, Tibor Harrach, Tizian Keßler, Augustine Reppe, Stefan Scholtis, Conor Toomey

132 Seiten

ISBN 978-3-95853-961-7

20,00 €

eBook:

ISBN 978-3-95853-962-4

10,00 €

Alle Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

📞 +49 (0) 5484-308

✉️ pabst@pabst-publishers.com

🌐 www.pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com