

## 13 Suchtkontexte

*Mit dem Rauchen aufzuhören ist kinderleicht. Ich habe es schon hundert Mal geschafft.*

*Mark Twain nachgesagt*

Der Definition nach sind schlechte Gewohnheiten etwas, das wir tun, aber eigentlich lieber nicht täten. Dabei gibt es jedoch große Unterschiede: Nägelkauen ist zwar lästig und peinlich, Rauchen aber wesentlich schlechter für die Gesundheit. Und Drogenmissbrauch ist sozusagen eine schlechte Angewohnheit, die völlig außer Kontrolle geraten ist. Eine Sucht bedroht nicht nur die Gesundheit der betroffenen Menschen selbst, sondern auch derjenigen, die ihnen nahestehen. Langfristig gesehen wirkt sich das negativ auf ganze Gesellschaften aus. Es ist also nachvollziehbar, dass sich die Suchtforschung auf diese ernstesten Formen von fehlangepassten Verhaltensmustern konzentriert.

Das US-amerikanische National Institute on Drug Abuse definiert Sucht als eine Hirnleistungsstörung, die mit einer Fixierung auf Drogen und ihrem zwanghaften Konsum einhergeht. [251] Mithilfe der wissenschaftlichen und technischen Fortschritte der vergangenen Jahrzehnte konnte gezeigt werden, dass der Konsum von abhängig machenden Drogen grundlegende neuronale Strukturen verändert, wodurch auch insgesamt die Art und Weise betroffen ist, in der unser Gehirn arbeitet.

Die am häufigsten konsumierten abhängig machenden Substanzen sind in dieser Hinsicht von teuflischer Effektivität. Ihr Einfluss reicht bis an die Quelle unserer mentalen Funktionstüchtigkeit. Psychostimulanzien kapern die neuronale Dopaminübertragung direkt, wohingegen die Belohnungseffekte anderer Drogen auch noch weitere Neuroadaptionen (z. B. Transmitter und Rezeptorsysteme) einbeziehen können. [252] Alle abhängig machenden Drogen haben aber gemeinsam, dass sie unser Gehirn so erschüttern, dass dadurch ganze Wellen von neuronalen Veränderungen ausgelöst werden: Unsere Aufmerksamkeit wird in Richtung der Droge gelenkt, und anfangs entstehen Gefühle von Freude, die uns motivieren, sie immer wieder zu nehmen. [253] Die Gier nach der abhängig machenden Substanz wächst, und wir benötigen für den gleichen Effekt immer höhere Dosen. Unser Urteilsvermögen und unsere Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, werden beeinträchtigt. Selbst wenn wir die Droge und ihre langfristigen Auswirkungen auf unser Leben vielleicht gar nicht mögen, finden wir es immer schwieri-

ger, ihr zu widerstehen. [254] Drogenmissbrauch ähnelt also insofern einer schlechten Angewohnheit, dass wir die Hochgefühle, die wir durch das Einnehmen der jeweiligen Substanz bekommen, nicht bewusst wollen oder mögen müssen. [255] Wir wollen aufhören und ertappen uns dabei, dass wir immer weitermachen.

Sucht und Gewohnheit unterscheiden sich aber vor allem hinsichtlich des Engagements, das sie von unserem bewussten Ich einfordern. Wie wir gesehen haben, ist eine echte Gewohnheit vor allem dadurch gekennzeichnet, dass wir immer weniger mentalen Aufwand treiben müssen, um eine bestimmte Verhaltensweise beizubehalten. Gewohnheiten nisten sich so ein, dass wir sie mehr oder weniger komplett aus den Augen verlieren können. Eine Sucht dagegen nistet sich ein und übernimmt unser Leben. Die wache Zeit, in der wir ihr hörig sind, wird immer länger. Immer mehr von unseren exekutiven, handelnden Ich-Funktionen widmen sich ihrem Gedeihen. Diese bewussten Verhaltensweisen können sehr raffiniert sein, aber auf lange Sicht sind ihre Auswirkungen zerstörerisch. Es gibt ganze Onlineforen, die sich der Sammlung und dem Austausch von Informationen für hartnäckige Raucher widmen, die mit dem Flugzeug reisen müssen: Welche Terminals Raucherbereiche haben, welche Flughäfen vor und welche nach der Sicherheitsschleuse Raucherecken haben etc. Eine ganze Community dreht sich darum, welche Entscheidungen die besten sind – für das Gedeihen der Sucht.

Dennoch können uns vielleicht jene Eigenschaften der Sucht, die denen der Gewohnheit ähnlich sind, zu bestimmten Einsichten über die Ursachen von Suchtverhalten und über mögliche Präventivmaßnahmen verhelfen. Aktuelle Abhängigkeitskonzepte sollen dadurch weder ersetzt noch widerlegt werden. Das Ganze ist definitiv ein komplexes und facettenreiches Thema, das auf Anregungen aus den verschiedensten Richtungen angewiesen ist. Ohne Zweifel werden bei einer Sucht die Lernsysteme des Gehirns gekapert. Das ist eine neuronale Angelegenheit, und dennoch hängt eine Sucht immer auch eng mit der sozialen Umgebung zusammen. Darüber hinaus ist sie mit Persönlichkeitsmerkmalen wie Impulsivität verknüpft. Die Anfälligkeit für Suchtverhalten ist zum Teil sogar erblich. All das ist nichts Neues. Was bisher nicht gut genug untersucht wurde, ist der Gewohnheitsaspekt.

Sehr viele von uns sind in ihrem Leben direkt mit Drogenmissbrauch konfrontiert. Im Jahr 2016 waren fast 12 Prozent der US-amerikanischen Erwachsenen Komatrinker, 11 Prozent hatten im vergangenen Monat illegale Drogen konsumiert und mehr als 1 Prozent war von Schmerzmitteln abhängig, hauptsächlich von verschreibungspflichtigen Opioiden. In Europa ist Alkoholmissbrauch sogar noch problematischer, über ein Fünftel der Erwachsenen widmet sich mindestens einmal die Woche dem Komatrinken. [256] Das sind Millionen von Menschen.

Dazu kommt, dass Sucht aus epidemiologischer Sicht etwas völlig anderes ist als – sagen wir – eine Grippe, weil sie häufig nicht nur ein akutes und kurzfristiges Problem darstellt. Das National Institute

on Drug Abuse vergleicht Abhängigkeit deshalb eher mit chronischen Krankheiten wie Asthma, Diabetes und Bluthochdruck. Wenn sie behandelt werden, können diese Erkrankungen für eine Weile gelindert werden, aber Rückfälle sind die Regel.

Dennoch ist Sucht auch insofern anders, als viele Drogenabhängige gar nicht geheilt werden möchten. Nur etwa 11 Prozent der drogenabhängigen Menschen unterzogen sich bald einer Behandlung. [257] Von den übrigen hatten nur etwa 5 Prozent das Gefühl, eine Therapie zu benötigen. Die häufigste Erklärung dafür, warum man keine Hilfe suchte, lautete, dass man noch nicht bereit sei, mit dem Konsum aufzuhören. In einer Therapie hätten die drogenabhängigen Menschen ihr heftiges Verlangen nach der Droge gegen die harte und schmerzhaft Arbeit der Abstinenz eintauschen müssen.

Bei denjenigen, die sich in einer Entzugsklinik behandeln lassen, sind Rückfälle häufig. Selbst bei sehr guten Behandlungskonzepten, die sowohl mit einer psychosozialen Therapie als auch mit Medikamenten arbeiten, nehmen 40 bis 60 Prozent der Patientinnen und Patienten ihr Suchtverhalten später wieder auf. [258] Selbst die Zwölf-Schritte-Programme, die viele Fürsprecher haben, scheinen keine besseren Ergebnisse zu erzielen als die Standardbehandlungen. [259] Es gibt aber Menschen, denen sie zumindest für einige Zeit helfen.

Es ist offensichtlich, dass unser bisheriger Ansatz zur Behandlung von Drogenabhängigkeit nicht so erfolgreich gewesen ist, wie man es sich wünschen würde. [260] Vielleicht gibt es andere Ansätze für die Suchtbehandlung?

Der Vietnamkrieg stellte unter anderem ein ziemlich schreckliches natürliches Experiment zum Thema Drogenmissbrauch dar. Junge Männer konnten schon mit achtzehn Jahren eingezogen werden, sie konnten in den Krieg ziehen, bevor es ihnen in den Vereinigten Staaten erlaubt war, Alkohol zu trinken. Als sie nach Vietnam gingen, hatten sehr viele dieser jungen Soldaten also noch keinerlei Berührung mit Rauschmitteln gehabt. In der Begrifflichkeit von Kapitel 10 war ihre Stationierung in Vietnam darüber hinaus eine einschneidende Gewohnheitsunterbrechung. Ein Aspekt dieser Unterbrechung war, dass sie plötzlich Zugang zu einem großzügigen Vorrat an Heroin und anderen Drogen hatten. Vor allem Heroin war so billig und rein, dass die Soldaten es mit Tabak mischten und rauchten, um high zu werden. Das war eine weitverbreitete Praxis.

1971, als der Krieg schon mehrere Jahre andauerte, reisten zwei Kongressabgeordnete auf einer Beratermission nach Vietnam und berichteten bei ihrer Rückkehr, dass etwa 15 Prozent der Soldaten

drogenabhängig seien. Eine Titelstory der *New York Times* aus dem Mai 1971 mit der Überschrift »Grasierende Heroinabhängigkeit unter GIs in Vietnam« stellte fest, dass »Abertausende von Soldaten als tickende Zeitbomben [in die USA] zurückkehren werden«. [261] Die bevorzugte Behandlungsmethode der Armee war Bestrafung, auch unehrenhafte Entlassungen und Arrest waren erlaubt.

Das Ausmaß des Drogenmissbrauchs war schockierend, und der sensationelle Artikel wurde weithin gelesen. Schon zuvor hatte der Widerstand gegen den Krieg angefangen, sich zu formieren, und die Öffentlichkeit wurde immer wütender auf das Militär und seine Anführer. Viele Menschen gingen auf die Straße. Die Enttäuschung über den Verlauf des Krieges vermischte sich mit allgemeinen Zweifeln über seinen Zweck und entwickelte sich in einigen Bereichen der Gesellschaft zu einem grundsätzlichen Antimilitarismus. Darüber hinaus verschlimmerten die Meldungen über die weitverbreitete Drogenabhängigkeit das Stigma, mit dem zurückkehrende Soldaten ohnehin konfrontiert waren. Die Aussichten auf Massen von Junkie-Soldaten, die den Entzugskliniken die Türen einrannten und nie wieder einen festen Job annehmen könnten, verunsicherten die Öffentlichkeit. Man befürchtete einen Anstieg der Kriminalität und eine Überlastung der Wohlfahrtseinrichtungen. Die Animositäten gegenüber Drogensucht waren krude und angstgetrieben.

Als Reaktion auf die Drogenkrise schuf Präsident Nixon im Jahr 1971 das Special Action Office for Drug Abuse Prevention. Skeptiker betrachteten dies als Versuch, die Schuld an dem gescheiterten Krieg auf die drogenabhängigen Soldaten abzuwälzen. Andere sahen darin die progressive Anerkennung der Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen; wieder andere einen Versuch, die öffentliche Aufmerksamkeit von Nixons Unfähigkeit, einen ehrenvollen Frieden zu schaffen, abzulenken. [262] Trotz all dieser Einwände schritt Nixon zur Tat.

Er ernannte Jerome Jaffe zum ersten nationalen Drogenbeauftragten, der, um das Ausmaß des Problems abzuschätzen, umgehend Urintests für alle Soldaten einführte, die nach Hause zurückkehren sollten. Bevor die Soldaten nach Hause durften, mussten ihre Tests in Ordnung sein. Wenn sie positiv getestet wurden, schickte man sie für ein bis zwei Wochen in den Entzug, testete sie dann erneut und erlaubte ihnen schließlich die Heimreise.

Jaffe beschloss außerdem nachzuverfolgen, was geschah, nachdem die Soldaten zurückgekehrt waren. Das Forschungsprojekt sollte Lee N. Robins leiten, die sich bereits als eine der ersten weiblichen Professorinnen für Psychiatrie an der renommierten medizinischen Fakultät der Washington University in St. Louis einen Namen gemacht hatte.

Robins befragte 470 Wehrpflichtige, die im September 1971 in die Vereinigten Staaten zurückgekehrt waren. [263] Mehr als 85 Prozent von ihnen berichteten, dass ihnen, während sie in Vietnam gewesen waren, Heroin angeboten worden war. 45 Prozent hatten mit Drogen experimentiert. 20 Prozent gaben

zu Protokoll, dass sie sich in ihrer Zeit in Vietnam zu Drogen hingezogen oder von ihnen abhängig gefühlt hätten. Etwa 11 Prozent von ihnen wurden positiv getestet, als sie das Land verlassen sollten. Trotz der vielen Warnungen und der unvermeidlichen Konsequenz eines ein- bis zweiwöchigen Aufschubs der Heimreise, der der Entgiftung und einem abermaligen Drogentest geschuldet war, nahmen diese Soldaten also bis zum Schluss Drogen.

Ein Vietnam-Veteran erzählte mir: »Ich nahm regelmäßig Marihuana. Einige der Jungs waren auf Heroin. Die große Mehrheit nahm Drogen. Es war sehr einfach.« [264] Und weiter: »Sobald man dort war, musste man in den Kampf. Man bekam einen Auftrag und setzte alles daran, ihn zu überleben und die Leute heil nach Hause zu bringen. Ich war auf einem Patrouillenboot stationiert, und eine unserer wichtigsten Aufgaben bestand darin, bestimmte Truppenteile in bestimmte Gebiete, also zum Beispiel zu Gebirgsflüssen, zu bringen – sie abzusetzen und sie wieder rauszuholen. Wenn ich sie im Stich gelassen hätte ... Ich musste also alles tun, um sie heil da rauszubringen. Wir nahmen Drogen, um wacher und leistungsfähiger zu sein. Das Marihuana war für danach – zum Runterkommen.«

Um die Behandlung von drogenabhängigen Soldaten zu evaluieren, interviewte Robins eine weitere Gruppe von 469 Männern, die bei ihrer Rückkehr in die USA positiv auf Opioide getestet worden waren. [265] Sechs bis acht Monate nachdem sie nach Hause zurückgekehrt waren, wurden sie persönlich befragt und mussten eine Urinprobe abgeben. Robins Weitblick und diese Follow-up-Untersuchung wurden der Grund dafür, dass ihre Studie Geschichte schrieb. Es ist eine Geschichte, die manchmal übersehen wird, vor allem angesichts des heute populären Konzepts von Abhängigkeit als einer Krankheit. Die Umrisse dieser Geschichte werden uns angesichts des Themas dieses Buches bekannt vorkommen.

Nur bei ungefähr 5 Prozent der Soldaten, die in Vietnam von Heroin oder Opium abhängig gewesen waren – wie der positive Urintest bei ihrer Abfahrt gezeigt hatte –, setzte sich im ersten Jahr zu Hause die Drogensucht fort. [266] Es war nicht so, dass man nicht an Stoff gekommen wäre, und etwa die Hälfte der offiziell abhängigen Soldaten probierte Heroin oder Opium in den Vereinigten Staaten noch einmal aus. [267] Aber im Gegensatz zu den pessimistischen Vorhersagen behielt die große Mehrheit der schwer Drogenabhängigen nach ihrer Rückkehr das Suchtverhalten nicht bei. Es war nicht die Behandlung, die diese erstaunliche Heilung erklären konnte. Nur etwa 6 Prozent der Soldaten, die vor der Abfahrt positiv getestet worden waren, wurden überhaupt behandelt. [268]

Diese Ergebnisse brachten die vorherigen Annahmen sämtlicher Akteure durcheinander und wurden kontrovers diskutiert; man kritisierte Robins aus den verschiedensten Richtungen. Die Soldaten und ihre Familien fühlten sich durch die konkreten Beweise für ein Drogenproblem in der Truppe verletzt. Rehabilitationsexperten bezweifelten, dass die Sucht sich so schnell und ohne professionelle Hilfe in Luft auflösen konnte. Politiker beider Parteien behaupteten, die Ergebnisse seien politisch motiviert.

Das Verteidigungsministerium hob voller Erleichterung jene Ergebnisse hervor, die betonten, dass nicht eine ganze Generation junger Männer dazu verurteilt war, ihr Leben an Heroin zu verschwenden. Ein skeptischer *New York Times*-Reporter prüfte die Studie zwei Monate lang auf Herz und Nieren und ließ die Geschichte dann fallen, weil sich kein Exklusivbericht daraus machen ließ.

Der Drogenbeauftragte Jaffe sagte: »Jeder dachte, dass sie [Robins] irgendwie die Unwahrheit [über die Ergebnisse] sagte oder sie irgendeinen Fehler gemacht hatte oder dass sie politisch beeinflusst war. Sie verbrachte Monate, wenn nicht Jahre damit, die Korrektheit ihrer Studie zu verteidigen.« [269] Sogar Robins selbst schien überrascht zu sein, als sie anmerkte: »Unsere Ergebnisse unterscheiden sich in mehrerer Hinsicht von dem, was wir erwartet hatten.« Sie mochte es nicht, dass ihre Integrität angezweifelt wurde: »Es ist nicht einfach, Ergebnisse zu präsentieren, die sich so stark von den klinischen Erfahrungen mit abhängigen Menschen unterscheiden.« [270] In einem resümierenden Artikel, den sie fast zwanzig Jahre später schrieb, blieb sie bei ihrer Schlussfolgerung: »Abhängigkeiten nach der Rückkehr waren selten und kurz.« [271] Aber es wurde deutlich, dass sie es immer noch für nötig hielt, die Studie – »Ich habe noch immer keinen wichtigen Fehler in unserer Untersuchung gefunden« [272] – und sich selbst zu verteidigen: »Es gibt nichts, das ich bereuen müsste.« [273]

Heute sind ihre Ergebnisse nicht mehr strittig. Aber in der modernen Welt, in der Abhängigkeit hauptsächlich als Funktionsstörung des Gehirns betrachtet wird, werden sie sowohl in der Forschung als auch in der Therapie oft übersehen.

Die Frage bleibt jedoch: Wie kam es eigentlich dazu? Warum erwiesen sich sämtliche Erwartungen darüber, wie schwierig die Rehabilitation der Veteranen werden würde, als derart falsch? Nun, ich denke, es gibt hier eine unerzählte Geschichte, und sie handelt von Kontexten.

Der Drogenkonsum der meisten Soldaten nahm in der kriegerischen Umgebung von Vietnam seinen Anfang. Während die jungen Männer dort waren, lag es nahe, Heroin und andere Drogen zu konsumieren. Aber als die Soldaten wieder zu Hause waren, änderten sich die Kontexte. Der ungeheure Stress des Krieges fiel von ihnen ab. Ein Kriegsveteran beschrieb das mir gegenüber so: »Man kam von einem schlimmen Ort zurück an einen guten Ort. Ich brauchte es nicht mehr, weil ich die Vergangenheit hinter mir lassen konnte.« Zu Hause gab es, wenn überhaupt, nur wenige andere Soldaten, die Heroin oder Opium nahmen. Sogar die Art und Weise des Heroinkonsums war in den USA anders. Die Substanz war hier nicht so rein wie in Vietnam, und häufig musste man sie spritzen. Aufgrund dieser Änderungen führte selbst die erneute Berührung mit Drogen nicht zu einer erneuten Abhängigkeit. Zu Hause überwand die meisten Soldaten ihre Drogensucht. Die Veteranen waren zurück in ihrem eigenen Leben und verfolgten die typischen Ziele von 22-Jährigen: Studium, Arbeit, Liebesbeziehungen.

Es gibt jedoch einen wichtigen Vorbehalt. So etwas wie Sucht ist real. Für 5 Prozent der Soldaten, die weiterhin Heroin konsumierten, wurde die Abhängigkeit auf tragische Weise lebensbestimmend. Doch letztendlich zeigte das Gesamtergebnis, wie groß der Einfluss von Kontexten ist, wenn es um die Behandlung von Drogenmissbrauch geht, der als eine der schlimmsten Formen der Abhängigkeit gilt.

Vielleicht sagen Sie jetzt, na ja, was sollen die Erfahrungen dieser Soldaten uns über Rehabilitationsmaßnahmen sagen? Was Menschen während eines Krieges durchmachen, hat mit unserem normalen Leben wenig zu tun. Aber genau das ist der Punkt. Der Kontext des Vietnamkriegs trieb viele Soldaten in den Drogenkonsum. Als sie erst einmal regelmäßig Drogen nahmen, hätten sie eigentlich der Macht der Droge vollständig verfallen müssen. Stattdessen wurde die Rückkehr in eine völlig andere Umgebung für 95 Prozent der Drogenkonsumenten zu einem Störfaktor. Weil ihre veränderte Umgebung eine signifikante Unterbrechung des Drogenkonsums darstellte und weil es gleichzeitig treibende Kräfte gab, die alternative Handlungen in Gang brachten, hörten die meisten Soldaten mit dem Drogenkonsum auf.

Aus der Perspektive der Gewohnheit stellte die Heimkehr der Soldaten eine signifikante Veränderung des Kontextes dar: eine neue Umgebung mit widerstrebenden Kräften, die den Heroinkonsum ausbremsten. Die neuen, durch die Heimkehr geförderten Verhaltensweisen zogen bedeutende Belohnungen nach sich (z. B. ein regelmäßiges Gehalt), und die ehemaligen Soldaten fingen an, neue Gewohnheiten zu entwickeln. Für sie war der Drogenmissbrauch Geschichte – eine schlechte Angewohnheit, die sie mithilfe einer Unterbrechung hinter sich gelassen hatten.

Etwa zur gleichen Zeit, in der jene Pionierstudie über den Vietnamkrieg durchgeführt wurde, kam man mithilfe von Tierversuchen zu weiteren Erkenntnissen über das Thema. Aus nachvollziehbaren ethischen Gründen werden viele Untersuchungen über Drogenkonsum an Ratten und nicht an Menschen durchgeführt. Zahlreiche dieser wissenschaftlichen Arbeiten basierten auf dem Krankheitsmodell von Abhängigkeit und zielten darauf ab zu erklären, wie der Drogenkonsum die neuronalen Prozesse und Strukturen im Gehirn der Versuchsratten veränderte. Einige wenige Studien jedoch konzentrierten sich auf den Einfluss der Kontexte auf den Drogenkonsum und die Heilung dieser Tiere.

In den unter dem Namen »Rat Park« bekannt gewordenen Experimenten gab man Nagetieren, die in zwei verschiedenen Umgebungen aufgewachsen waren, Opioide. Der eine Teil wurde allein in Käfigen gehalten, der andere lebte in einer Art Kolonie-Setting, das aus einer großen, offenen Kiste mit verschiedenen kleinen Kästen bestand, in denen sich die Ratten verstecken und Nester bauen konnten. [274]

Während des Experiments waren beide Arten von Käfig mit zwei Trinkwasserspendern ausgestattet: Der eine enthielt eine Wasser-Zucker-Mischung, der andere eine Morphin-Zucker-Mischung.

Wo die Ratten lebten, hatte einen starken Einfluss auf ihren Konsum. Diejenigen, die isoliert lebten, konsumierten mehr von dem Morphin. Für eine soziale Spezies wie Ratten war das Alleinleben anstrengend. Das lag auch daran, dass es weniger zu tun gab und sich weniger Alternativen zum Drogenkonsum anboten. Die Tiere dagegen, die in dem Kolonie-Setting lebten, konsumierten weniger von dem Morphin. Ein Betäubungsmittelrausch passt schlecht zu einem typischen Rattenleben, in dem es hauptsächlich um Nestbau, Fortpflanzung und das Kämpfen mit anderen Ratten geht. Im »Rat Park« machten solche Aktivitäten dem Drogenkonsum Konkurrenz. Der anfängliche Konsum ist die eine Sache (Ratten sind nun einmal neugierige Kreaturen), aber auf den weiteren Konsum – den man durchaus mit Abhängigkeit vergleichen konnte – hatte der Kontext einen immensen Einfluss. Zwar kann man sich als Leserin, die sich mit wissenschaftlichen Studien auskennt, die Frage stellen, wie ein Experiment mit so vielen Faktoren – unter anderem Stress und Konkurrenzaktivitäten – sinnvoll interpretiert werden kann, aber die Ausgangssituation dieser Studie hat zumindest im übertragenen Sinne Ähnlichkeiten mit der Situation der Soldaten, die aus Vietnam nach Hause kamen.

Die eigentliche Frage ist: Was geschieht, wenn Ratten eine Abhängigkeit entwickeln? Sind Kontexte in diesem Zusammenhang wichtig? Um diese Frage zu beantworten, ist in wissenschaftlichen Experimenten untersucht worden, ob Ratten, wenn es in sozialen Kontexten treibende Kräfte gibt, die mit dem Rausch in Konflikt stehen, freiwillig auf den Konsum verzichten. In einer dieser Studien brachte man Ratten, die isoliert aufgewachsen waren, bei, einen Hebel zu drücken, über den fünfzehn Tage lang jeweils mehrere Stunden täglich Kokain ausgegeben wurde. [275] Am Ende des Trainings hatten die isolierten Ratten die Aufgabe gut gelernt und konsumierten jede Menge Drogen. Für die nächsten drei Wochen gab es dann kein Kokain. Die Ratten befanden sich in einer Art Entgiftung. Einige dieser Ratten verbrachten diese Zeit in isolierten Käfigen wie denen, in denen sie aufgewachsen waren. Andere Tiere brachte man in eine parkähnliche Kolonie mit weiteren Ratten, wo sie interagieren und machen konnten, was sie wollten. Danach wurden sie alle wieder in die Einzelkäfige mit den Hebeln gebracht. Diesmal gab es jedoch kein Kokain, wenn sie den Hebel drückten. Wie häufig würden sie den Hebel nun drücken? Ratten, die zwischenzeitlich in der Kolonie gelebt hatten, drückten ihn nur halb so oft wie Ratten, die isoliert gelebt hatten. Anfangs waren alle Tiere isoliert und abhängig gewesen, aber bei denen, die in die Kolonie umgezogen waren, beobachtete man später weniger Versuche, an die Droge zu kommen (was vermutlich damit zusammenhing, dass die Eier danach kleiner geworden war).

Die beschriebene Macht der Kontexte legt nahe, dass Drogenmissbrauch zum Teil als Anpassung an die Bedingungen der Umgebung betrachtet werden muss. Das bedeutet aber auch, dass man Abhän-

gigkeit nicht einfach auf einen unser Gehirn vereinnahmenden Drogenkonsum in der Vergangenheit zurückführen kann. Vielmehr ist Drogensucht, wie der führende Wissenschaftler hinter dem »Rat Park«-Experiment, Bruce Alexander, darlegte, ein Versuch, mit aktuellen Bedingungen umzugehen – Bedingungen, die kaum widerstrebende Kräfte gegenüber dem Konsum aufweisen und so gut wie keine alternativen Aktivitäten zu bieten haben. [276] Die Auswirkungen dieser Sichtweise sind enorm. Die Dysfunktion wird nicht im Menschen verortet, sondern in seiner Lebensumgebung. Dieser Ansatz behandelt Abhängigkeit als eine Anpassungsleistung, die zufälligerweise mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen, Schwierigkeiten für nahestehende Menschen und sozialer Stigmatisierung einhergeht.

Warum ein drogenabhängiger Mensch, der hauptsächlich auf der Straße lebt, seine Angewohnheit nicht so einfach hinter sich lassen kann wie ein heimkehrender Vietnamsoldat (oder wie die Ratten in ihrem Park), ist unmittelbar einleuchtend. Die Rückkehr der Soldaten stellte einen zeitlichen und räumlichen Bruch dar – einen Bruch zwischen der Umgebung, in der die Gewohnheit sich ursprünglich entwickelt hatte, und der Umgebung, in der der (frühere) Konsument für den Rest seines Lebens leben würde.

Etwas Ähnliches geschieht, wenn ein drogenabhängiger Mensch sich in eine der üblichen Entzugskliniken begibt: Auf einmal ist er weit weg von zu Hause und dadurch nicht länger einer Umgebung ausgesetzt, die den Drogenkonsum toleriert und ermutigt hat. Als Patient unterzieht man sich einer Entgiftung, wird psychologisch und medizinisch betreut und in unterschiedliche Aktivitäten eingebunden. Diese Bedingungen machen den Drogenkonsum sehr viel schwieriger, als er draußen in der Welt gewesen ist. In der Klinik ist das Aufhören deshalb nicht besonders schwierig. Sobald aber die Behandlung endet, kehrt man in eine Umgebung zurück, in der man es gewöhnt war, Drogen zu konsumieren. Es ist also keine Überraschung, dass 1) die meisten drogenabhängigen Menschen in einer radikal neuen Umgebung in der Lage sind, sich von ihrer Gewohnheit zu verabschieden, und dass 2) 40 bis 60 Prozent dieser Menschen einen Rückfall erleben, sobald sie in ihre alte Umgebung zurückkehren. [277]

Nehmen wir zum Beispiel die Erfahrungen von 32 Australiern, die wegen Alkohol- und Opioidabhängigkeit behandelt worden waren. [278] In den drei Jahren, die der Behandlung folgten, wurden sie jeweils einmal im Jahr interviewt. Die meisten von ihnen glaubten von sich, dass sie eine durchschnittliche bis starke Willenskraft hatten, und zwar unabhängig davon, ob es ihnen gelang, abstinent zu bleiben.

Drei Jahre später hatten nur 5 der 32 Teilnehmerinnen und Teilnehmer es geschafft, sich komplett von Drogen fernzuhalten. Doch die Handvoll, deren Genesung sich als stabil erwiesen hatte, stach noch in einer anderen Weise hervor. Diese Menschen hatten ihre Lebensumgebung radikal verändert. Einige von ihnen waren aus den staatlichen Sozialwohnungen ausgezogen, in denen sie früher gelebt hatten,

andere hatten einen Umzug in eine neue Stadt gewagt oder Jobs angenommen, bei denen niemand etwas von ihrer Drogenvergangenheit wusste. Eine Person war mit ihrer Lebenspartnerin zusammengezogen, die selbst keine Drogen nahm. Die einzige Person, die nicht fortgezogen war, hatte den Freundeskreis gewechselt und eine Vollzeitstelle angenommen, die den Drogenkonsum erschwerte.

Die anderen 27 Teilnehmerinnen und Teilnehmer – diejenigen, die nicht für volle drei Jahre abstinent geblieben waren – hatten ihre Umgebung nicht auf diese Weise verändert. Viele von ihnen gaben ihrer Lebenssituation die Schuld an dem Rückfall: Sie legte es einfach nahe, weiterhin Alkohol und Drogen zu konsumieren. Diese Menschen trafen sich weiter mit Freunden, die Drogen nahmen. Sie hatten nach wie vor Kontakt zu Leuten, die abhängig machende Substanzen verkauften. Die Forscherinnen und Forscher fassten zusammen: »Der wichtigste Unterschied zwischen denen, die wirklich gesund geworden sind, und denjenigen, denen das nicht gelungen ist, liegt nicht in ihren jeweiligen Fähigkeiten oder Kenntnissen. Der Punkt war vielmehr, ob sie es geschafft hatten, die finanziellen und sozialen Hürden zu überwinden, die einem Umzug in eine nicht pathogene Umgebung im Wege standen.« [279]

In diesem Modell des Drogenmissbrauchs ist Reibung ein wesentlicher Faktor. Wenn wir die begehrte Substanz weniger verfügbar machen und den Menschen aus Kontexten herauslösen, die voller Auslösereize für den Konsum sind, dann wird er weniger Drogen nehmen. Natürlich ist Drogenkonsum eine komplexe Angelegenheit, und sich ausschließlich auf externe Kräfte zu verlassen wäre eine unzulässige Vereinfachung. Dennoch ist diese Sichtweise nicht nur einfach, sondern auch human. Die Dysfunktion wird nicht im Kopf des Drogenkonsumenten verortet, innerhalb irgendeines tiefen Kerns seines Ichs. Sondern die Gefahr, der er sich aussetzt, liegt auf der gleichen Skala wie all die anderen kleinen Gefahren, denen auch wir uns täglich aussetzen: Gefahren, die die Welt in Hülle und Fülle bereithält.

Das im Moment üblichere Modell des Drogenkonsums erklärt Abhängigkeit zu einer chronischen Störung des Gehirns, die sich durch ein zwanghaftes Interesse an Drogen und ihrem Konsum auszeichnet. Ich möchte die Unterschiede zwischen dem Krankheitsmodell und dem Kontextmodell keinesfalls überbewerten. In der Realität sind es zwei Seiten derselben Medaille. Unser Gehirn reagiert auf Belohnungen, die unsere Lebenskontexte bereithalten, und die Belohnung durch Drogen ist besonders wirkungsvoll. Umgekehrt heißt das, dass die Art und Weise, wie wir Belohnungen erleben und verarbeiten, von unseren neuronalen Systemen abhängt. Auf diese Weise machen sich Kontexte noch tief in unserem Gehirn geltend. Und genau hier braut sich nun einmal die Alchemie der Abhängigkeit zusammen.

Wirklich auseinander gehen die beiden Ansätze jedoch bei der Frage, wie man Drogenabhängigkeit behandelt. Der Krankheitsansatz setzt bei den kognitiven, affektiven und neuronalen Begierden an, die von Drogenmissbrauch ausgelöst werden. Der Drogenkonsum wird als medizinisches Problem betrachtet. Eine der Lösungsstrategien dieses Modells besteht deshalb auch darin, bei der Droge selbst anzusetzen. Ein Verbot ist die üblichste Form dieses Ansatzes. Nach der Prämisse, dass die Droge der Hauptgrund für die Abhängigkeit ist, versucht die Polizei, den stetigen Zufluss von illegalen Substanzen zu unterbrechen oder ganz zu stoppen. Dementsprechend arbeitet man in der Therapie mit Entgiftungsmedikamenten, indem man zum Beispiel gegen die Entzugserscheinungen bei einer Opioidabhängigkeit Lofexidin verschreibt. [280]

Die Erfolgsraten dieses Ansatzes sind nicht besonders beeindruckend; wie schon gesagt wurde, schätzt sogar das National Institute on Drug Abuse, dass 40 bis 60 Prozent der behandelten Menschen rückfällig werden.

Warum können wir nicht auf 5 Prozent kommen? Das war die Rückfallrate der zurückkehrenden Vietnamsoldaten. Zwar handelte es sich hier natürlich nicht um ein kontrolliertes Experiment, aber warum sollten wir uns dieses Beispiel nicht dennoch als Erfolgsmaßstab (und als realistische Möglichkeit) vor Augen halten?

Wie würde die Drogentherapie aussehen, wenn wir die Implikationen von Vietnam und des »Rat Park«-Experiments ernst nehmen würden? Eine Behandlung nach diesem alternativen Modell würde auf dem Eingeständnis beruhen, dass Drogenmissbrauch vor allem in verarmten Gegenden auftritt, wo es kaum antreibende Kräfte gibt, die zu einem alternativen Verhalten motivieren, und stattdessen viele Auslösereize des Drogenkonsums bieten. Eine solche Behandlung würde zugeben, dass Menschen mit niedrigem Einkommen und geringer Bildung in den Vereinigten Staaten das größte Risiko haben, von Kokain und Opioiden abhängig zu werden. Sie würde sich darauf konzentrieren, die Kontexte des Drogenmissbrauchs zu verändern beziehungsweise zu beseitigen.

Diese Idee hat bereits Fürsprecher. Ein Artikel in einer führenden Fachzeitschrift zum Thema Drogenmissbrauch argumentierte, dass aktuelle Behandlungsweisen überwiegend erfolglos seien, weil sie »sich zu sehr darauf konzentrieren, den Drogenkonsum einzuschränken, anstatt die Klienten mit Belohnungen in Berührung zu bringen, die die Abstinenz reizvoller machen«. [281] Um Menschen dazu zu bringen, über eine Behandlung nachzudenken, brauchten sie »genügend Anreize in ihrer Umgebung, die die Anstrengung, auf lange Sicht abstinent zu bleiben, lohnend erscheinen lassen«. [282]

Es gibt dieses Argument schon seit Jahrzehnten. Das Problem ist, dass dieser Ansatz bisher nicht genügend Beachtung gefunden hat. Eine klassische Behandlungsmethode aus den 1970er-Jahren empfahl die Veränderung der Umstände auf genau diese Weise. Der sogenannte *Community Reinforce-*

*ment Approach* (Gemeindeorientierte Suchttherapie) war so konzipiert, dass er vor allem darauf abzielte, die Abstinenz lohnender als den Drogenkonsum zu machen. [283] Dieser Behandlungsansatz nahm die Menschen nicht aus ihrer vertrauten Umgebung heraus, sondern setzte auf genau die Anreize und Belohnungen, die dort, wo sie lebten, zur Verfügung standen. Das ursprüngliche Behandlungskonzept war extrem intensiv und bestand aus verschiedenen Bausteinen: therapeutischen Angeboten, Berufsberatung, Paarberatung und Hilfe beim Aufbau neuer sozialer Netzwerke.

Die meisten Versuche, mit diesem Ansatz zu arbeiten, griffen nur einige dieser Komponenten auf, und die Langzeiteffekte wurden nur selten evaluiert. Zudem brauchen wir dringend Informationen darüber, was Abstinenz lohnend macht. Wir wissen wenig über die Anreize, die Menschen nüchtern halten. Kurzfristig reagiert jeder auf Geld, aber es hat sich gezeigt, dass Abstinenz schwer beizubehalten ist, wenn die Zahlungen aufhören. [284]

Ähnlich wie bei der Ausbildung unserer ganz persönlichen Gewohnheiten scheinen soziale Belohnungen besonders wichtig zu sein. Eine Studie veränderte die sozialen Netzwerke von alkoholabhängigen Menschen: Sie wurden aufgefordert, sich Freunde zu suchen, die keinen Alkohol tranken und ihre Freizeit mit Aktivitäten verbrachten, in denen das gemeinsame Trinken keine Rolle spielte. [285] Die Treffen der Anonymen Alkoholiker zu besuchen wurde als ein Weg vorgeschlagen, solche Menschen kennenzulernen. Die Forscherinnen und Forscher sorgten dafür, dass in dieser Gruppe die anderen Aspekte der Anonymen Alkoholiker eher im Hintergrund blieben. Allein durch die Veränderungen im Bereich der Sozialkontakte tranken die Teilnehmerinnen und Teilnehmer selbst zwei Jahre später noch weniger als vorher. 40 Prozent berichteten nach zwei Jahren, dass sie überhaupt nicht mehr tranken, verglichen mit etwa 30 Prozent in einer normalen Behandlungsgruppe.

Berufliche Belohnungen sind ebenfalls wichtig. »Therapeutische« Arbeitsplätze bieten arbeitslosen, drogenabhängigen Menschen eine bezahlte Ausbildungsstelle. Diese innovative Behandlungsmethode wurde im Jahr 2014 sogar vom Office of National Drug Control Policy, der höchsten Antidrogenstelle des Weißen Hauses, empfohlen. Wer beruflich eine Chance bekommen will, braucht vor allem grundlegende Computerkenntnisse – neben den regelmäßigen Urintests, denen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterziehen müssen, um weiterarbeiten und den Maximallohn beziehen zu dürfen. Eine Auswertung von acht solcher Projekte zeigte signifikante Rückgänge, was die Abhängigkeit von Opioiden, Alkohol und Kokain während der Teilnahme anging. [286] In einer Studie mit kokainabhängigen Sozialhilfeempfängern waren 80 Prozent der Tests während der achtzehnmonatigen beruflichen Fortbildungszeit negativ. [287] Als das Programm jedoch endete und die Belohnungen aufhörten, waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zurück in ihren alten Lebenskontexten und nahmen häufig ihr altes Verhaltensmuster wieder auf. Vielleicht hatten die Programme einfach nicht lang genug gedauert, um

den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Fähigkeiten einzupflanzen, die es ihnen ermöglichten, durch eine neue Arbeitsstelle, neue Freundeskreise und neue Chancen Unterbrechungen in ihr altes Leben einzubauen.

Behandlungsmodelle, die bei den Kontexten des Drogenmissbrauchs ansetzen, indem sie Abstinenz auf neue Weise belohnen, könnten auf den ersten Blick wie eine äußerst kostspielige Alternative zum vorherrschenden Krankheitsmodell aussehen. Jedoch kann die Implementierung einer solchen innovativen Strategie sehr unterschiedlich aussehen, unter anderem in Form eines staatlichen Lohnzuschusses für Arbeitnehmer, die eine Sucht überwunden haben, einer Kooperation mit beteiligten Arbeitgebern oder der Förderung von therapeutischen Einrichtungen, die auf nachhaltige Arbeitsplätze setzen. [288] Die Durchführbarkeit von groß angelegten und regelmäßigen Urintests hat sich schon bei den Angestellten der Verkehrsbehörden als durchaus praktikabel erwiesen.

Vielleicht ist ein Nachsatz über die Rolle von Gewohnheitsbildung bei Abhängigkeiten hilfreich. Fast immer wird in diesem Zusammenhang die Gewohnheit als ein Aspekt der Fehlregulierung neuronaler Kreisläufe erwähnt, vor allem jener Kreisläufe, die mit der Neigung zu abhängig machenden Substanzen zusammenhängen. [289] Dabei können Gewohnheiten auch eine glücklichere Rolle spielen. Unter den richtigen Bedingungen können Gewohnheiten sogar zur Überwindung der Sucht beitragen.

John Monterosso und ich interviewten achtzehn Menschen, die an einem Zwölf-Schritte-Programm teilnahmen und denen es schon zwei Jahre lang gelungen war, trocken zu bleiben. [290] Sie wurden gebeten, Verhaltensweisen aufzählen, von denen sie glaubten, dass sie ihre Abstinenz förderten. Der Aussage der Betroffenen zufolge waren die wichtigsten Verhaltensweisen: zu den Treffen gehen, Dankbarkeit zum Ausdruck bringen, schonungslos ehrlich sein, sich beschäftigt halten, beten, seine Rolle als »Sponsor« (eine Art Mentor für neue Mitglieder) ausfüllen und anderen Betroffenen helfen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben zu Protokoll, dass diese Verhaltensweisen der Schlüssel zu ihrer Genesung gewesen seien. In einem anderen Teil des Interviews vergaben sie Punkte für das Ausmaß von Gewohnheit der jeweiligen Verhaltensweise, indem sie Aussagen darüber trafen, ob sie sie automatisch und ohne viel darüber nachzudenken, ausführten oder erst zur Tat schritten, nachdem sie andere Möglichkeiten durchdacht hatten. Das interessanteste Ergebnis dieser Befragung ist, dass die eingeschätzte Wichtigkeit und der automatische Ablauf der Verhaltensweise in einem engen Verhältnis zu stehen scheinen. Je *wichtiger* eine bestimmte Verhaltensweise für die Genesung schien, desto stärker

war sie als *Gewohnheit* in den Alltag integriert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Studie schienen ihren eigenen Hang zu gewohnheitsmäßigen Reaktionen gut zu durchschauen. Umgekehrt hatten sie Verhaltensweisen, die die Genesung förderten, so lange eingeübt, bis sie sich automatisierten. Sie hatten ihre schlechten Gewohnheiten durch gute ersetzt. Ein paar der neuronalen Mechanismen, die gewohnheitsmäßigen Drogenkonsum fördern, waren von ihnen so verändert worden, dass sie nun ihr Wohlbefinden und ihre Abstinenz stützten.

In der Suchttherapie brauchen wir dringend neue Konzepte. Die üblichen Behandlungsweisen bringen viel Leid, viel verschwendete Lebenszeit und enorme Kosten, aber nur begrenzte Erfolge mit sich. Vielleicht ist es an der Zeit, die spezifischen Verhaltensweisen und Kontexte, die die Sucht und die Überwindung der Sucht auszeichnen, genauer in den Blick zu nehmen.