

therapeutische Gespräch ein und läßt sich so leichter kontrollieren als ein aktiv sinnkonstituierendes Subjekt.

Ich bin jetzt mit meinen Überlegungen an einem Punkt angelangt, wo wir uns mit der 'Ethik der Sucht' auseinandersetzen müssen. Denn die gesamte Alkohol- und Drogendiskussion enthält auch einen ungeheuer wichtigen moralischen Aspekt (vgl. Barthels 1989). Die konstruktive Auseinandersetzung mit diesem Thema wird aber durch das Krankheitsmodell der Sucht stark erschwert. In diesem Modell stecken nämlich viele implizit gehaltene (und deshalb gefährliche) Wertungen, die die moralischen Probleme verschleiern, so daß dieser Medikalisierungsversuch seinem ursprünglichen Anspruch - nämlich die Diskussion zu entmoralisieren (was unmöglich ist) - gar nicht gerecht werden kann.

Ein Beispiel: Man kann, wenn man die Grundwerte des Klienten/Argumentationspartners zuläßt, m.M. durchaus zu der Auffassung kommen, daß das 'Saufen' für ihn noch die vergleichsweise beste Lösung ist, denn so Holzkamp (1984, 32): "Wenn ich dem Betroffenen hier diese Konsequenz nicht zustehe, also schon vorher weiß, was bei meiner psychologischen Intervention rauskommen muß, nämlich, daß das Saufen aufzuhören hat, dann habe ich den anderen als Subjekt schon ausgeklammert, täusche eine Berücksichtigung seiner Befindlichkeit und Situation letztlich nur vor. Tatsächlich drücke ich ihm, wie geschickt und psychologisch auch immer, meine Wert- und Handlungsvorstellung auf, was gleichbedeutend ist mit der Durchsetzung von herrschaftskonformen Ordnungsvorstellungen".

Eine wirklich humane therapeutische Haltung besteht erst dann, wenn ich als Therapeut den Klienten als entscheidungsfähiges Subjekt respektiere, ihm also die Entscheidung überlasse, ob er jetzt mit dem Trinken aufhört oder weiterfährt, und wenn ich gegebenenfalls auch bei einer Entscheidung gegen Abstinenz auf seiner Seite ausharre (sofern er das wünscht), ohne dann auf Biegen und Brechen kontrollieren zu wollen. Das wird natürlich z.B. in dem Fall, wo der Trinkende sich mit dem Alkohol selbst zerstören will, sehr schwierig sein. Es erscheint vielleicht auf den ersten Blick widernatürlich, wenn ich noch dort von einer optimal rationalen Trink-Handlung spreche, wo der Trinkende Alkohol bewußt mit suizidärer Absicht einsetzt, bei näherem Nachdenken wird aber m.E. deutlich, daß die Zuschreibung von Rationalität bzw. Irrationalität in

dem Fall davon abhängt, ob der Suizid für mich als Therapeuten ethisch vertretbar ist (vgl. Barthels 1989, 157).

Diese moralische Diskussion möchte ich jetzt nicht weiter ausführen (ich habe meine Position an anderer Stelle (Barthels 1989) explizit dargelegt), und ich komme nun noch einmal auf die Ebene der Suchtprävention zurück. Wenn ich davon ausgehe, daß die Jugendlichen ihre Entwicklung in eigener Regie betreiben (s.o.), dann liegt es nahe, den Alkoholkonsum (und allgemein Drogengebrauch) als Versuch zu verstehen, drängende Entwicklungsprobleme (z.B. negatives Selbstwertgefühl) zu meistern (vgl. Kastner & Silbereisen 1988, 23). Der Jugendliche hätte in dem Fall gute Gründe für seinen eigenverantwortlichen Alkoholkonsum, Gründe, die diesen Konsum auch objektiv erklären. Die 'Kunst' der Suchtprävention liegt nun dann darin, zu verhindern, daß der funktional-adaptive Alkoholkonsum in schädigenden Alkoholgebrauch umkippt (Kastner & Silbereisen 1988, 29). Und das geschieht m.M. dadurch, indem man den Jugendlichen vor seine Verantwortung stellt, ihm (Alkoholismus-)Modelle anbietet, die seine Kompetenz stärken, nicht aber dadurch, daß man ihn als alkoholkrank etikettiert, oder man ihm sagt, er befände sich am Anfang einer progredient und immanent verlaufenden Krankheit (so wie das Soer (1978) tun möchte): "The need to free clients of labels or beyond the need to label behavior alcoholic" (Goldston 1981). Goldston schreibt (ebd. 715): "[...] some people make life choices that are not consistent with what we feel are 'right' choices". Und (ebd. 716): "No one is powerless over alcohol. Some people do choose to give up their power to alcohol. No one is born an alcoholic and many do choose to be alcoholics. We, as the workers in the field, can take the lead in freeing clients of their need to be alcoholics".

These 2:

Das Konzept der Trink-Handlung ist nur eine mögliche Beschreibungseinheit. Der Trinkende kann nämlich in seiner Subjektiven Theorie Gründe für sein Trinken angeben die nicht operativ wirksam sind ('Irren ist menschlich'). Der Trinkende weiß in dem Fall im Grunde nicht richtig, was er tut. Ich spreche hier - in Anlehnung an Groeben (1986) - von einem Trinken in Form von Tun.

Beim Trinken als einem Tun wird davon ausgegangen, daß der eigentliche Sinn des Trinkens dem