



Akzeptierende Drogenarbeit

=

Der Paradigmenwechsel

Literatur

- Akzept/DAH (Hrsg.) (1999): Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. in: Materialien Nr. 3,
- Böllinger, L., Stöver, H., Fietzek, L. (2002): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik – Leitfaden für Drogennutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Fachhochschulverlag, Band 12,
- Schmidt, T. (1997): (Un) Kontrolliert – Selbstkontrolle und Drogen. In: Akzeptanz 1/1997, S. 87-90
- Schneider, W., Gerlach, R. (Hrsg.)(2004): DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik.

Literatur: Menschenbilder

- Quensel, St. (1998): Akzeptanz und Abstinenz – zwei aufeinander angewiesene drogenpolitische Lager. In: Akzeptanz Nr. 1/1998, S. 4-8
- Kemmesies, U. (1997): Zwischen „Akzeptanztheorem“ und „Akzeptanzkrise“ – essayistische Randnotizen. In: Akzeptanz Nr. 1/1997, S. 34-37
- Lochmann, R. (1999): Drogenentzug als „Totale Institution“. In: Akzeptanz Nr. 1/1999, 7. Jahrgang, S. 43-49
- Kappeler, M. (1997): Zum Verhältnis von Toleranz und Akzeptanz in der professionellen Drogenhilfe. in: Akzeptanz 2/1997
- Schäffer, D. (2000): Druckräume aus der Sicht der Nutzer/innen“. In: Akzeptanz Nr. 1/2000, 8. Jahrgang, S. 28-28
- Pfannkuch, H. (1997): Suchtkliniken und Hausordnungen – einige Anmerkungen zu einer problematischen Beziehung. In: Sucht 43(2) 1997, S. 130-137

AIDS-Phobie der 80er Jahre: Umdenken

Die Gruppe der intravenös (i. v.) Konsumierende:

- Zweitgrößte Hauptbetroffenengruppe bei HIV und AIDS, größte bei Hepatitis + betroffen von anderen übertragbaren (Elends-)Erkrankungen.
- Hat gleich zwei Infektionswege für HIV/Hepatitis zu berücksichtigen:
 - Sexualität
 - Drogenkonsum
- Besonderer Druck bei der Umsetzung von Präventionsgeboten:
 - Verfolgungsdruck
 - Beschaffungsdruck
- Hat viele Kontakte in der heterosexuellen Bevölkerung:
 - Sexuell aktivste Lebensphase (zwischen 20-30 Jahre),
 - Prostitution (ca. 10 % der Männer u. ca. 60-80 % der Frauen),
 - Geschlechtliche Zusammensetzung (2/3 Männer und 1/3 Frauen) sorgt für viele diskordante Paare.

Neuorientierung der Drogenhilfe



Neuorientierung der Drogenhilfe

Abschied vom Leidensdruck

- Drogenkonsumenten bekommen nicht erst Hilfe, wenn sie total verelendet sind.

Suchtbegleitung

- Unterstützung geben, damit durch das Leben mit Drogen möglichst wenige physische, psychische und soziale Schäden entstehen.

Neuorientierung der Drogenhilfe

Erste praktische Ansätze:

- Harm Reduction
- Sprizentausch
- Substitution = Ersatzdrogenbehandlung

Harm Reduction: Versorgungsstrukturen

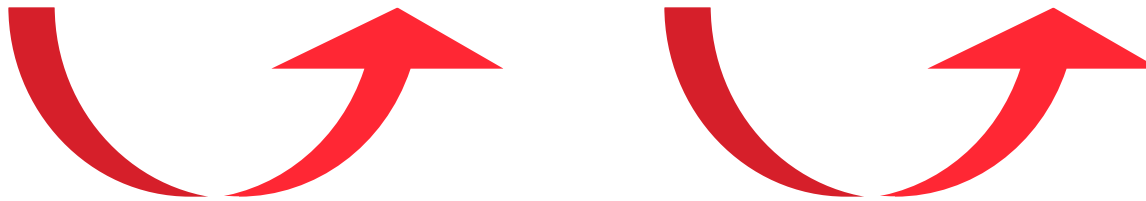
- Schutz- und Ruheräume
- Konsumräume
- Notübernachtungen
- Wundversorgung
- Versorgung mit sterilen Spritzen und Kondomen
- Versorgung mit Mahlzeiten
- Angebote für Körperpflege, Hygiene
- Beratungsangebote
- medizinische Begleitung
- Substitution
- Originalstoffvergabe
- Gesprächs- und Beratungsangebote

Akzeptierende Drogenarbeit: Entwicklung

Start
als
niedrigschwellige
Drogenarbeit!

Neue Praxis
Neue Einblicke
Überdachte Konzepte

Konzeptionell durch
Menschenbilder u.
Sichtweisen
fundiert,
aus denen sich eine
andere Praxis/
Methoden ableiten!



Neue Einblicke durch neue Praxis

Drogenabhängigkeit kein Alles-oder-Nichts-Phänomen:

- Wechselt in biografischen Abschnitten bezüglich seiner Kontinuität und Intensität.
- Es gibt keine Linearität, sondern Brüche, Sprünge, Vor- und Zurückentwicklung, mit Clean-, Rückfallphasen/-episoden.
- Es gibt ein Hinein -und Herauswachsen aus den Drogenkonsumphasen.
- Viele Drogenkonsumenten meistern Abhängigkeit ohne professionelle Hilfe.

Neue Einblicke durch neue Praxis

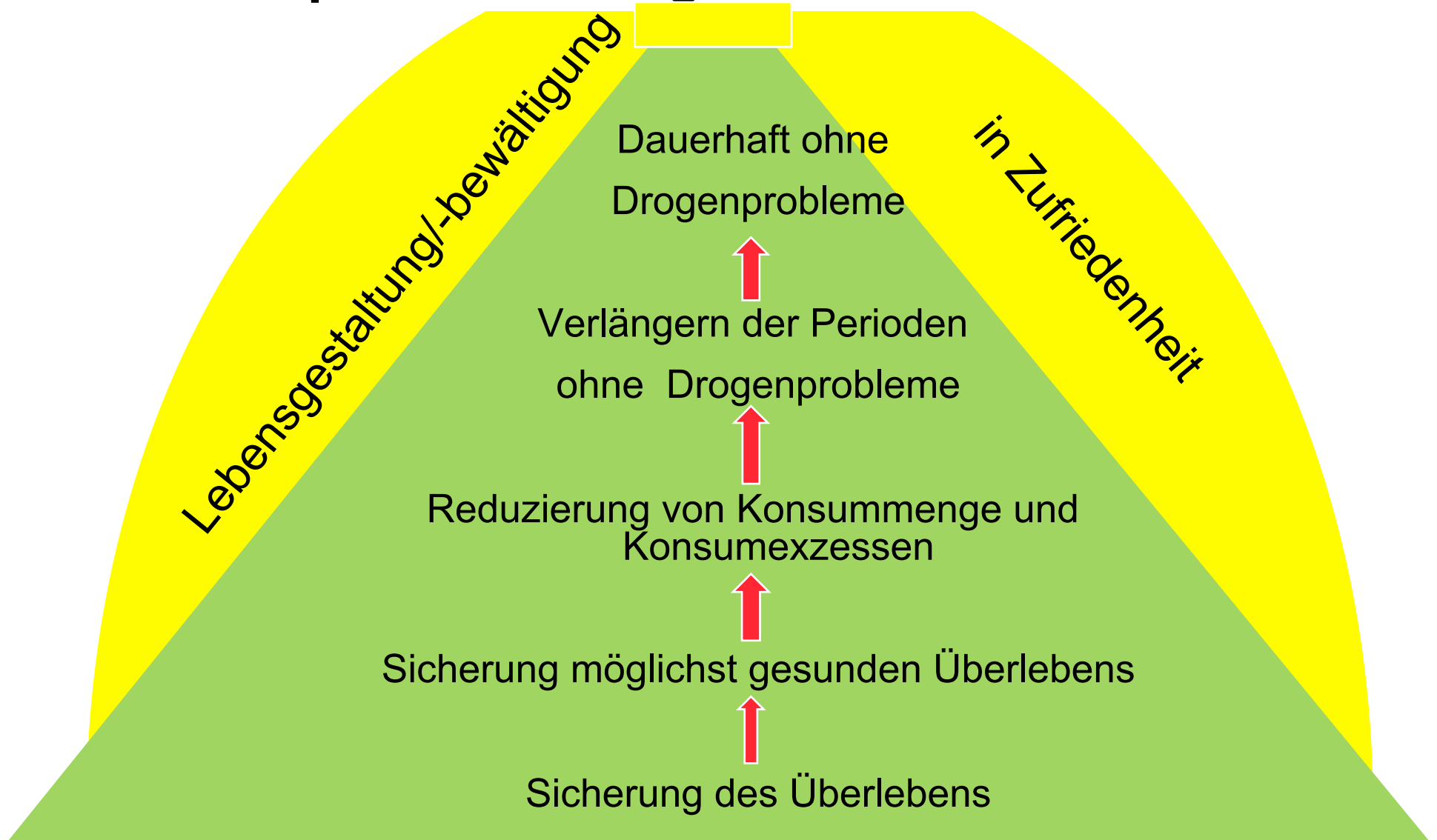
- Art des Drogenkonsums hat große Variabilität.
- Kontrolle über Drogenkonsum ist im unterschiedlichen Ausmaß möglich.
- Es gibt keine Automatismen oder naturlogischen Abläufe = persönliche Einflussnahme möglich.
- Es gibt verschiedene Varianten eines Lebens mit Drogen.
- Drogenkonsum oft ein biografischer Abschnitt.
- Selbstorganisierte Ausstiegswege sind möglich (die Zahl muss größer sein als die Summe aus Drogentoten u. erfolgreichen Absolventen von Therapien).

Missverhältnis zwischen Hilfebedürfnissen
von Drogenkonsumenten
und Inanspruchnahme der Angebote
überwinden durch
**Veränderung der Menschenbilder und
Wahrnehmung
Drogenkonsumierender!!!**

Akzeptierende Drogenarbeit: Grundideen

- Drogenkonsumprobleme sind gesundheitliche Probleme, nicht kriminelles Handeln.
- Kompulsiver Drogenkonsum ist innerhalb einer Biografie eine mehr oder weniger lange Phase = Bedingungen schaffen, um diese mit möglichst wenigen Akut- und Spätfolgen (HIV, Hepatitiden, Abszesse, Überdosis, Haftbefahrung) leben zu können.
- Überleben sichern durch schwellenlose/niedrigschwellige Hilfen ohne Ansprüche an Abstinenz- oder Therapiewille.

Akzeptierende Drogenarbeit: Zielhierarchie



Akzeptierende Drogenarbeit: Ziele

- Verringerung physischer, psychischer u. sozialer Risiken des Drogenkonsums durch:
 - Aufklärung, Motivation, Training (Verhalten),
 - Strukturelle Hilfeangebote (Verhältnis),
- Verhindern von Stabilisierung zwanghafter exzessiver Gebrauchsmuster,
- Wiederherstellen der Selbststeuerungsfähigkeit,
- Aufheben von Passivität als „Opfer/Klient“,
- Unterstützung bei selbstbestimmter und eigenverantworteter realisierbarer Lebensperspektiven

Akzeptierende Drogenarbeit: Drogenkonsum

Von Krankheit zum Lebensstil

- Drogenkonsum = Indiz für Lebensstile mit unterschiedlicher Charakteristik

(Motivation, Gebrauchsregeln/-riten, Applikationsformen, Formen der Bedarfsdeckung, Intensität der Szenebezüge etc.).
- Kompulsiver Drogenkonsum = Phase nicht gelungener Aneignung von Drogenkonsum.

Akzeptierende Drogenarbeit

=

**Nicht niedrigschwellige
Drogenarbeit,**

sondern

konzeptionelle Orientierung!

Akzeptierende Drogenarbeit: Prinzipien

Prinzip 1

Drogenkonsumenten sind mündige, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen + Akzeptanz ihres Rechts auf Autonomie.

- Schließt autoritäre Durchsetzung von Abstinenz und Forderungen zur sofortigen Verhaltensänderung aus,
- Unterstützung bei selbstbestimmter Lebensführung,
- Hilfe bei Entwicklung eines eigenverantwortlichen, risikominimierenden Umgangs mit Drogen,
- Aktive Übernahme von Verantwortung nur in Ausnahmesituationen.

Akzeptierende Drogenarbeit: Prinzipien

Prinzip 2

Wahrung und Schutz der Würde der Klienten

- Keine entwürdigenden Kontrollpraktiken (Urinkontrollen unter Aufsicht, Inspektionen des Intimbereichs, Sexverbot, Ächtung von Homosexualität).
- Sozialarbeiterisches Handeln = wechselseitiger Prozess, in dem Vorgehen ausgehandelt wird.
- Auch in Grenzbereichen erfolgt keine Erziehung über Sanktionen.
- Kulturelle, biographische und individuelle Besonderheiten berücksichtigen (z. B. Religion, Ernährung, Kleidung, gesundheitliche Störungen).

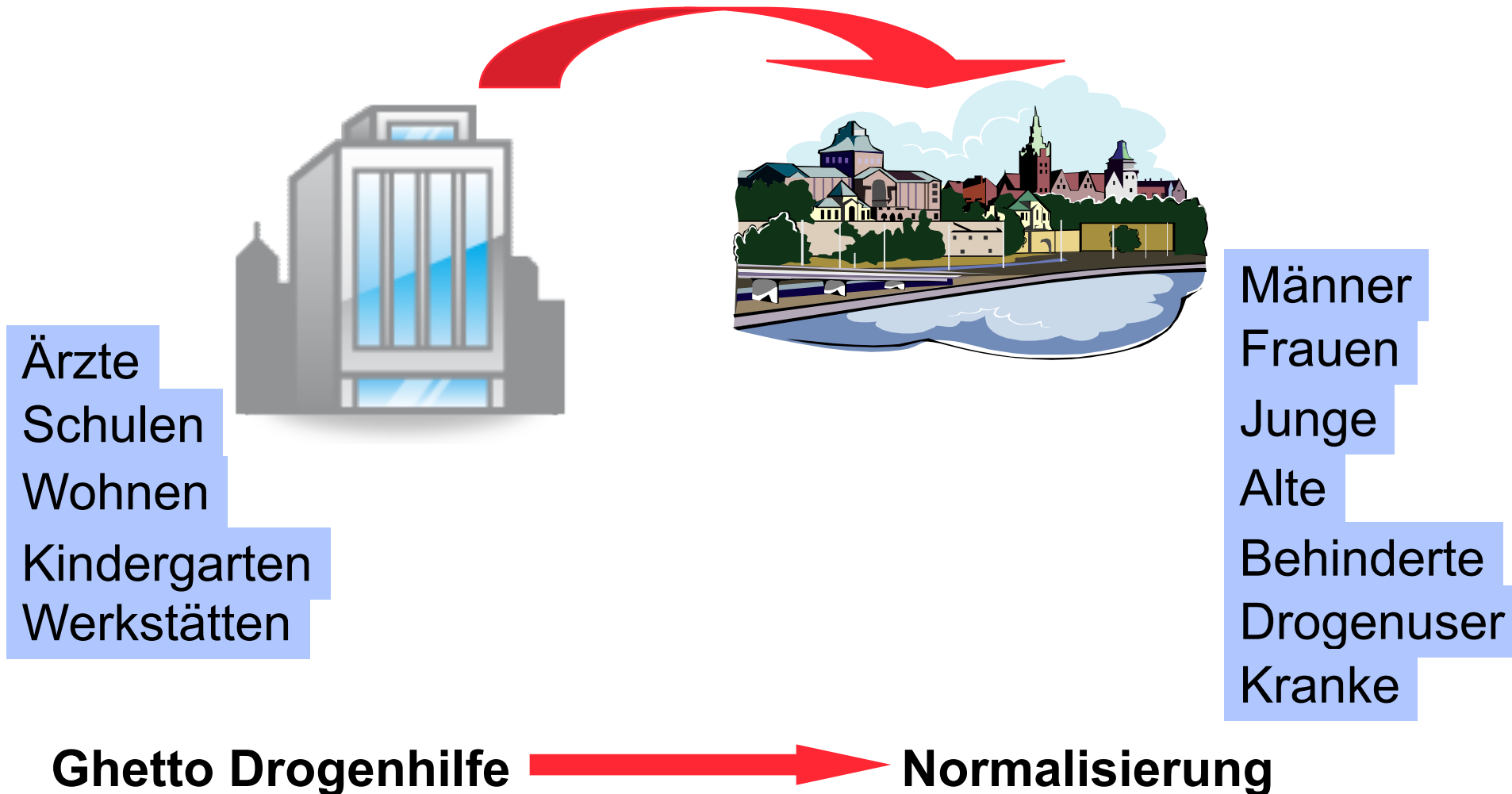
Akzeptierende Drogenarbeit: Prinzipien

Prinzip 3

Normalisierung des Umgangs mit Drogenkonsumenten und mit dem Drogenproblem

- Engagement für Normalisierung der Lebensbedingungen von Drogenkonsumenten = Entstigmatisierung und Beseitigung von Ausgrenzung.
- Ghettoisierende Wirkung der Drogenhilfe auflösen = schrittweise Integration von Hilfen für Drogenkonsumenten in das allgemeine gesundheitliche und soziale Hilfesystem.

Akzeptierende Drogenarbeit: Prinzipien



Akzeptierende Drogenarbeit: Prinzipien

Prinzip 4

Schutz vor gesundheitlichen und sozialen Schäden
Schutz vor Stigmatisierung und Kriminalisierung

- Verhindern/Lindern negativer Reaktionen auf Drogenkonsum sowie gesundheitlicher und sozialer Schäden durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen.
- Vorrang präventiver Orientierung gegenüber nachträglicher „Reparatur“.
- Absage an Ansätze, die mit Leidensdruck arbeiten.
- Nicht schaden durch die Art der Behandlung und die Umstände, unter denen sie durchgeführt wird.

Akzeptierende Drogenarbeit: Prinzipien

Prinzip 5

Orientierung an den Bedürfnissen der Klienten

- Institutionelle Hilfe = Ergebnis von Aushandlungsprozessen zwischen Mitarbeitern und Klienten,
- Zielsetzungen reflektieren und die Angemessenheit der Ansprüche klären (Agieren versus Reagieren).
- Zufriedenheit von Auftraggebern nicht herstellen auf Kosten der Erwartungen/Wünsche der Klienten und bei Missachtung fachlicher Grundsätze.

Bedürfnisorientierte Versorgungsstrukturen

Selbsthilfeangebote (u. a. Gesprächsrunden,
Therapie, gegenseitige Hilfe, politische Arbeit)

Krisenintervention

Entgiftung (ambulant, stationär)

Kontrollierter Konsum

Psychosoziale Begleitung

Safer Use, Safer Sex

Substitution

Überlebenshilfen

Abstinenztherapie

Arbeit u. Beschäftigung

Rückfallprophylaxe

Therapie (ambulant, stationär)



Akzeptierende Drogenarbeit: Prinzipien

Prinzip 6

Drogenpolitisches Engagement

- Engagement für pragmatische Umgangsweisen mit Drogenproblemen.
- Aufbrechen einseitiger und naiver Wahrnehmungs- und Erklärungsmuster für Drogenkonsum = erweitert auch Kontakt- und Arbeitsmöglichkeiten der Drogenhilfe.
- Veränderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen = beeinflussen Umfang und Struktur der Drogenprobleme.

Akzeptierende Drogenarbeit: Grundideen

- **Normalisierend** = Drogenprobleme als gesundheitliche Probleme sehen, nicht die Stigmata der Person.
- **Akzeptierend** = Integration und zufriedenstellender Lebensstil auch ohne Abstinenzgebot.
- **Subjektorientiert** = Drogenkonsumenten sind nicht generell „behandlungsbedürftig“ und handlungsunfähig, sondern verfügen über großes Repertoire an Selbststeuerungsfähigkeiten u. Verhaltensalternativen.
- **Emanzipatorisch** = das Selbstbestimmungsrecht der Konsumenten respektieren.



Selbstgestaltung mit u. ohne Drogengebrauch
statt Zwangskorrektur!

Leitideen akzeptierender Drogenarbeit: Missverständnisse

- Akzeptanz von Drogenkonsum, aber nicht von Drogenproblemen/problematischen Formen von Abhängigkeit.
- Unterschiede zwischen den Lebenswelten von Professionellen und der Drogenkonsumenten nicht leugnen (Gleichmacherei, Verschmelzung), sondern benennen/bearbeiten = akzeptieren.
- Kein Verzicht auf Abstinenz = als selbstgewählte Form berechtigt!
- Nicht Zurücknahme der Professionalität, im Sinne der Laisierung und Verflachens in den Alltagshandlungen.



Entwickeln eines eigenständigen Selbstverständnisses/
Berufsbildes als Drogensozialarbeitern

Leitideen akzeptierender Drogenarbeit: Missverständnisse

- Nicht grenzenlos im Sinne der kritiklosen Übernahme/Aneignung des Fremden.
- Nicht anforderungslos für Klienten, sondern Normalisierung = vermeiden Klientelisierung/Infantilisierung/Übernahme von Opferhaltungen.
- Nicht re-agieren als „Wünsche-Erfüller“, sondern agieren in Aushandlungsprozessen für Gewähren von Hilfe = Akzeptanz der Drogenkonsumenten als autonome, selbstverantwortliche Persönlichkeiten.



Entwickeln eines eigenständigen Selbstverständnisses/
Berufsbildes als Drogensozialarbeitern

**„Sag mir, was für ein
Menschenbild Du hast**

und

ich sag Dir, wer Du bist!“

Menschenbilder der Sozialarbeit

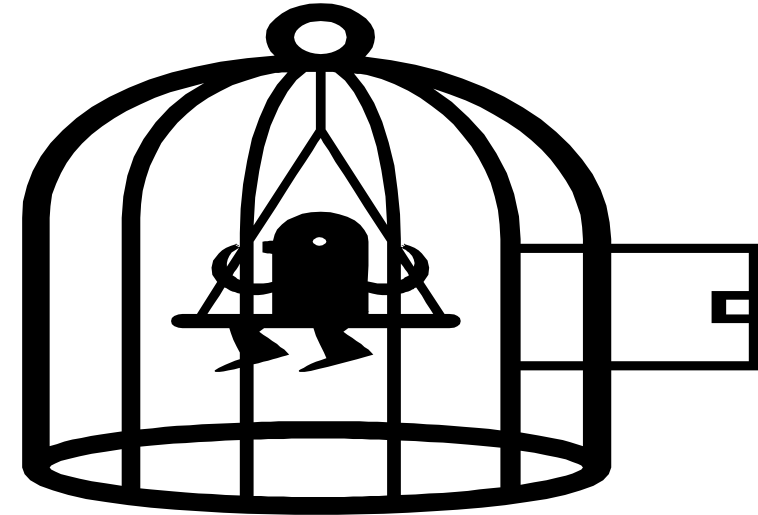
„Klient“ = Ursprünglich für:

- Höriger Halbfreier im Dienst eines altrömischen Patriziers.
- Jemand, von einem Rechtsanwalt beraten oder vertreten.






„Klient“ der Sozialarbeit:

Jemand, von einem Sozialarbeiter beraten oder vertreten.



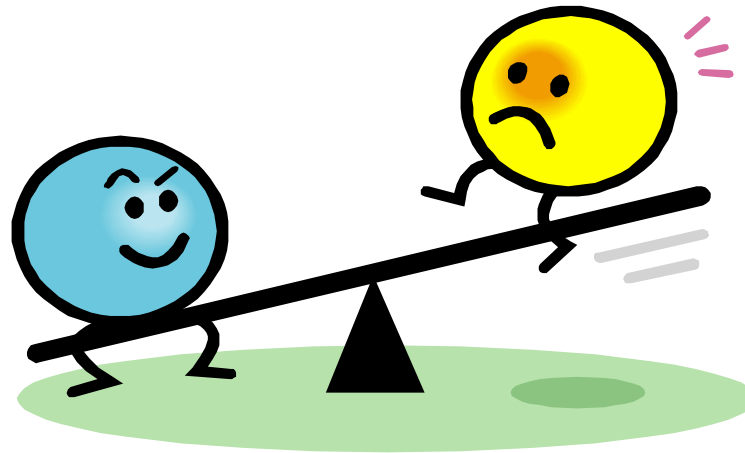
Menschenbilder der Sozialarbeit

Position zwischen Professionellen und Betroffenen:

- Unterschiedliche Verteilung Wissen =
Unterschiedliche Informations- und
Handlungsmöglichkeiten.  **Expertenmacht**
- Sozialarbeiter befugt zur Diagnosestellung
und Hilfeplanung = Aktives Eingreifen.  **Definitionsmacht**
- Funktionsspezifische Kompetenz der
Sozialarbeiter = können Entscheidungen
über Art u. Weise der Interaktionen,
Sanktionen bzw. Gewähren oder
Vorenthalten von Vergünstigungen treffen.  **Steuerungsmacht**

Menschenbilder der Sozialarbeit

Position von Professionellen und Betroffenen



= Strukturell asymmetrische Beziehung!

**„Klageunfähigkeit der
Klienten“**

=

**Das Besondere an
Menschenbildern der
Drogenarbeit**

Menschenbilder in der Drogenarbeit

Drogenkonsum gilt als Indiz für/verursacht durch Defizite des Drogenkonsumenten:

- Persönliche Defizite,
- Defizite im sozialen Umfeld,
- Defizite in der Sozialisation,
- u. ä.



Defizitmodelle

Menschenbilder in der Drogenarbeit

Traditionelles Suchtmodell impliziert:

- Annahme einer Störung beim Konsumenten sowie Lasterhaftigkeit, Bedrohlichkeit, Gefährlichkeit = Definitionsmacht
- Behandlungsbedürftigkeit/-notwendigkeit = Handlungsmacht
- Notwendigkeit therapeutischer Interventionen = Steuerungsmacht mit „Wir-wissen-was-gut-für-Dich-ist-Mentalität.“



Menschenbilder in der Drogenarbeit

Persönlichkeitsdepravation = Wesensänderung durch Drogen:

- „Ausschließliche Konzentration auf Drogen.“
- „Bedürfnisbefriedigung nur über Drogen.“
- „Loslösen aus normalen sozialen Bezügen; soziale Verpflichtungen werden nur noch beschränkt erfüllt, Vernachlässigung anderer Leistungsaspekte.“
- „Rückzug auf die eigene Person und Lockerung der Bindung an soziale Normen, schließlich deren zunehmender Bedeutungsverlust für den Konsumenten.“
- „Zunehmende Störungen des sozialen Verhaltens.“
- „Verlernen sozialer, emotionaler und kognitiver Fähigkeiten.“
- „Mangelnde Pflege und Verlust anderer Interessen.“

Menschenbilder in der Drogenarbeit

Fragen zum Konzept „Persönlichkeitsdepravation“:

- Wieweit sind diese Veränderungen nachweisbar?
- Sind diese direkt auf Drogen zurückzuführen oder galten bestimmte Züge auch vorher schon?
- Gelten sie allgemein für alle oder für eine Extremgruppe?

Menschenbilder in der Drogenarbeit

„Depravation der Persönlichkeit“ als Leitidee für die Gestaltung von Hilfeangeboten:

- Bürdet den Betroffenen ein schweres Stigma auf.
- Verkompliziert die Entwicklung von Helfer-Klient-Beziehungen.
- Rechtfertigt auf der Helferseite Misstrauen, autoritäres Handeln und repressive Handlungskonzepte.



Kann als Labeling mit einem medizinischem Diagnosebegriff verstanden werden!

Menschenbilder in der Drogenarbeit

„Defizitäre“ Menschenbilder und Konsequenzen für die Praxis:

Defizitäre Persönlichkeit

- Abstinenz als Grundziel.
- Bewältigungskompetenzen fördern = psycho-therapeutische Konzepte.
- Nachholende Sozialisation.

Defizitäres soziales Umfeld

- Stationäre Langzeittherapie.
- Trennung von Wohnort und sozialem Netzwerk.
- Kontrolle aller sozialer Beziehungen.

- Monopolistische, bipolare „Therapiediktatur“,
- Lebensstilvergaben,
- Kaum Mitentscheidungsrechte für Klienten.

Akzeptierende Drogenarbeit

=

**Übernahme der
Modernisierungen in der
Sozialen Arbeit!**

Leitideen moderner Sozialer Arbeit

- Positiver Blick auf Ressourcen (Salutogenese) versus Defizit-Sicht (Pathogenese),
- Ganze Person versus einzelne Funktion (Zersplitterung, kleine Beobachtungseinheit, Reduktionismen),
- Nicht Reparatur-Mentalität, sondern Mitarbeit initiieren,
- Beraten versus Anordnen,
- Persönliche Hilfe versus bürokratische Dienstleistung,
- Beachten ethischer Grenzen,
- Auseinandersetzen mit/Abwehren von Kontrollbedürfnissen der Gesellschaft.

Toleranz und Akzeptanz

Feine Unterschiede

Toleranz und Akzeptanz: Feine Unterschiede

Toleracio (lat.):

- „Ertragen“, was man nicht ändern kann.
- „Erdulden“ = Aushalten des Widerwärtigen und Ausharren in einer nicht-akzeptierbaren Situation.
- Zuerst leidend, dann gleichgültig.

● Toleranz und Akzeptanz: Feine Unterschiede

Intoleranz:

- Verbunden mit der Definitionsgewalt für Normen,
- Dient dem Herstellen massiver Eindeutigkeit = soll Konformität/ Einheitlichkeit sichern.
- Geprägt durch „Zwang zur Unduldsamkeit“ = Feindseligkeit und Betonen von Unverträglichkeit.
- Unterdrückt nonkonforme Meinungen und Andersdenkende.

Toleranz und Akzeptanz: Feine Unterschiede

Negative Toleranz: Duldung aus Resignation/Enttäuschung über nicht Durchsetzbares

- Verharrt in Abgrenzung/Misstrauen/stillschweigender Diskriminierung = keine Anerkennung des „Anderen“ ,
- Hinterfragt nicht die eigenen Maßstäbe/Bestrebungen,
- Oft mit Versuch gekoppelt, dem Widerwärtigen aus dem Weg zu gehen bzw. aus dem eigenen Lebensraum auszusperrern(z. B. Ghettoisierung, Abdrängen, Exorzismus),
- Instabil = Rückkehr zu intoleranter Haltung, wenn sich Chancen der Durchsetzbarkeit bessern.

Toleranz und Akzeptanz: Feine Unterschiede

Positive Toleranz = Geist der Duldsamkeit, gründet auf gegenseitiger Achtung der menschlichen Natur.

- Basiert auf Anerkennung der Differenz = Verzicht auf Einheitlichkeit/Eindeutigkeiten in Anschauungen und Lebensstilen,
- Ermöglicht eine Auseinandersetzung mit Unterschieden und Ambivalenzen,
- Hat ihre Grenze dort, wo Toleranz Intoleranz und Verfolgung duldet.

Toleranz und Akzeptanz: Feine Unterschiede

Toleranz in Drogenarbeit = Geist der zugewandten und helfenden Duldsamkeit, basiert auf gesicherten Position ungebrochener Übereinstimmung mit der Dominanz-Kultur

- Drogenkonsum mit dem Gestus der Überlegenheit und aufgeklärten Humanität als Irrtum gestattet/zugebilligt/beurteilt.
- Non-konformer Lebensstil begleitet mit Überzeugung vom und der Orientierung auf „richtiges“ Leben.
- Überlegenheitsposition = keine Annäherung an das Fremde, eigene Positionen können konserviert werden.



Paternalistische Geste

Toleranz und Akzeptanz: Feine Unterschiede

Akzeptanz = Menschliche Gefährtschaft, Achtung und nicht Duldung

- Annehmende, wertschätzende Haltung,
- Dem Gegenüber Eigenwilligkeit und Eigenständigkeit zugestehen.
- Selbstverständliche, nicht erst erbetene und erkämpfte Gleichberechtigung.
- Das Fremde aus seinem eigenen Wesen heraus einfühlen und mit diesen Bezugspunkten verstehen lernen.

**„Akzeptanz“ = eine Grundhaltung
+ Bezug auf ein Menschenbild!!!**



Irritation

**„akzeptanzorientierte
Drogenarbeit“**