

Brauchen wir wirklich mehr Behandlung – oder sogar „bessere Methoden“?

Aktuelle Herausforderungen für den Umgang mit Suchtproblemen – der Fall Schweden.

Jan BLOMQVIST*

Zusammenfassung

Im Laufe des letzten Jahrzehnts wurde die Suchtbehandlung und -hilfe in Schweden – wie auch in anderen Ländern – dem „Ruf nach Evidenz“ unterworfen. Eine der greifbarsten Formen der Bestrebungen, die Suchtbehandlung in eine „evidenzbasierte Praxis“ zu verwandeln, waren die „Nationalen Richtlinien für Missbrauchs- und Abhängigkeitshilfe“, die vom Zentralamt für Sozial- und Gesundheitswesen im Jahre 2007 lanciert wurden. In diesem Artikel werden die Richtlinien und die ihnen zugrunde liegenden Annahmen aus verschiedenen Blickwinkeln genau geprüft. Zu den hier diskutierten kritischen Bereichen gehört die Tatsache, dass die Richtlinien die Therapiefachleute im Hinblick darauf, welche Hilfe sie den einzelnen Klientinnen und Klienten anbieten sollten, im Stich lassen; die Tatsache, dass sie die Komplexität von Suchtproblemen und die Heterogenität der Menschen mit solchen Problemen mehrheitlich nicht beachten; und dass sie die bekannte Tatsache vernachlässigen, dass der hauptsächliche Weg aus Suchtproblemen heraus ausserhalb des organisierten Hilfesystems liegt. Der Schluss ist im Wesentlichen, dass Suchtproblemen in Schweden mit einer breiteren Strategie als der gegenwärtigen – die hauptsächlich auf das Implementieren von „effektiven Methoden“ für das typische Hilfs- und Behandlungssystem fokussiert – begegnet werden muss. Eine solch breitere Strategie würde (a) Anpassungen der Angebote beinhalten, die das Hilfesystems der Heterogenität der potenziellen Klientenpopulation anbietet, (b) Routinen entwickeln, um eine „praxisbasierte Evidenz“ zu berücksichtigen, um (c) den Klientinnen und Klienten individuellen Einfluss auf ihre eigene Behandlung zu garantieren, um (d) auf verschiedenen Ebenen auf eine „selbstausstiegs-freundliche Gesellschaft“ hinzuarbeiten und (e) schliesslich, dass die Frage von Abhängigkeit und Genesung nie von der gesamten sozialpolitischen Realität getrennt werden kann und soll.

* Prof. PhD, Soziologe, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Universität Stockholm

Suchthilfe und Suchtbehandlung in Schweden – ein historischer Überblick

Die Entwicklung der Alkoholismusbehandlung – von Disziplin zu Behandlung

Historisch gesehen ist Schweden eines der Länder, die in verschiedenen Anläufen der Bekämpfung von Alkohol- und Drogenproblemen die grösste Beachtung geschenkt und dafür die meisten Mittel aufgewendet haben – einschliesslich politischer Massnahmen und Interventionen für den Umgang mit Problemen unterschiedlicher Intensität (vgl. Klingemann et al., 1992; Klingemann & Hunt, 1998). Die Behandlung von Alkoholproblemen in Schweden geht zurück auf das späte 19. Jahrhundert. Die Alkoholpolitik stand schon Anfang des 20. Jahrhunderts ganz oben auf der politischen Tagesordnung – und führte zu dem berüchtigten „Motbokssystemet“ (ein individualisiertes Alkohol-Rationierungssystem), das zwischen 1922 und 1955 in Kraft war.

Im ersten halben Jahrhundert ihres Bestehens war die Alkoholismusbekämpfung in Schweden im Grossen und Ganzen eine disziplinarische Übung und zielte auf eine relativ kleine Gruppe gesellschaftlicher Aussenseiter, die einer manchmal langfristigen institutionellen Behandlung unterzogen wurden (Fredrikson, 1991; Blomqvist, 1998a). Seit den 1960er Jahren – nach der Abschaffung des „Motbokssystemet“ und mit dem neuen „Nykterhetsvårdslag“ (Gesetz zur Nüchternheitspflege) 1955 – begann die Aufmerksamkeit, sich auf freiwillige professionelle Behandlung zu verschieben, und deren Inhalt wurde differenzierter und therapieorientierter. Die Hauptorientierung wechselte im Lauf der Zeit von psychodynamischen Konzepten über sozialpsychologische Modelle hin zu 12-Schritte-Methoden und kognitiver Verhaltenstherapie (z. B. Oscarsson, 2001).

Die Entwicklung der Drogenbehandlung: von Behandlung zu Disziplin

Ziemlich anders hat sich die Art entwickelt, wie die schwedische Gesellschaft mit einzelnen Drogenabhängigen umgeht. Der Gebrauch z. B. von Opiaten und Kokain in Schweden war schon im späten 19. Jahrhundert weit verbreitet und seit den 1940er Jahren waren zentral stimulierende Substanzen als Mittel zur Leistungssteigerung und Heilmittel bei Übergewichtsproblemen populär geworden. Trotzdem dauerte es bis in die späten 1950er und 60er Jahre – als sich der Gebrauch solcher Substanzen von Intellektuellen und Kulturschaffenden auf verschiedene Randgruppen ausbreitete – bis der Drogenkonsum in den Blickpunkt der Öffentlichkeit rückte (Olsson, 1994). Seitdem ist die Drogenpolitik in Schweden immer restriktiver und – nach Ansicht vieler – repressiver geworden; 1978 wurde die „drogenfreie Gesellschaft“ als oberstes Ziel eingeführt, die Höchststrafen für verschiedene Drogendelikte Schritt für Schritt angehoben und das Recht unterschiedlicher Behörden ausgeweitet, im Kampf gegen Drogen Zwang auszuüben (z. B. Lindgren, 1993, Olsson, 1994, Tham, 1995).

Diese Einstellung beruhte auf der Einschätzung, dass Drogengebrauch ein Zeichen moralischer und gesellschaftlicher Abweichung sei (vgl. Hübner, 2001) und spiegelt sich auch in der Art wider, wie man mit Drogenabhängigen in Drogenentzugseinrichtungen umging – nachdem sich die spezialisierte Behandlung für Drogenmissbraucher und -missbraucherinnen in den 1960er Jahren ausserhalb des medizinischen Bereiches zu entwickeln begonnen hatte. Zuvor hatten sich diese Institutionen in ihrer Form und ihrem – ziemlich breit gefächerten – Inhalt viel von der damaligen Alkoholismusbehandlung geliehen (Fridell, 1996). Diese „Betreuungs- und Behandlungsstrategie“ hatte ursprünglich die offizielle Einstellung zum Drogenproblem gekennzeichnet (Lindgren, 1993).

Als diese Strategie von der oben erwähnten „Kontroll- und Sanktionsstrategie“ abgelöst wurde, entstand auch in der Behandlung bald ein härterer Umgang mit einzelnen Drogenabhängigen. Viele der neuen Behandlungseinrichtungen begannen damals, die therapeutische Orientierung der Alkoholismusbehandlung zu kritisieren, um sich eher auf Ideen der Kontrolle und Anleitung zu stützen (Bergmark & Oscarsson, 1988). Sie verliessen sich mehr auf „regulierende“ und „instruktive“ Aktivitäten (Hilte, 1990), mit dem Ziel, die „Junkie-Identität“ des Klienten oder der Klientin zu brechen und eine neue Identität als normentreuer und gesellschaftlich angesehener Bürger aufzubauen (Svensson, 1996). Ein typisches Beispiel aus den 1970er und 80er Jahren ist das pädagogische Modell Hassela für junge Drogenabhängige, das auf Umerziehung, „sozialistischer Förderung“ und Zwang beruhte und auf die Vorbildwirkung und Autorität des erwachsenen Personals setzte (vgl. Bergmark & Oscarsson, 1990, Fridell, 1996). Die Revision der Gesetzgebung zur Zwangsbetreuung im Jahr 1989 erweiterte die Voraussetzungen für Zwangsmassnahmen und verlängerte die Höchstdauer für unfreiwillige Behandlung von zwei auf sechs Monate. Anzumerken ist, dass diese Revision weitgehend von der wahrgenommenen Notwendigkeit motiviert war, Drogenabhängige in eine Behandlung zu zwingen.

Suchtbehandlung in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts: Ausweitung und Rückentwicklung

In quantitativer Hinsicht erreichte die Alkoholismusbehandlung Mitte der 1970er Jahre ihre grösste Ausdehnung. Mehr Schweden denn je wurden unter der allgemeinen Überschrift „Behandlung für Alkoholprobleme“ (Blomqvist, 1998a) verschiedenen Interventionen unterworfen. Die Drogenbehandlung hatte ihren Höhepunkt eher Mitte bis Ende der 1980er Jahre nach der Entdeckung von HIV/AIDS und der anschliessenden Regierungsinitiative „offensive Drogenmissbrauchsbehandlung“, die zu einer rapiden, aber kurzlebigen Ausweitung der stationären Behandlung geführt hatte (Bergmark & Oscarsson, 1993) und mit der Rezession in den Jahren um 1990 endete.

Die Behandlung Drogenabhängiger begann, in das System der Alkoholismusbehandlung „hineinzupludern“ (Bergmark, 1998); die meisten Suchthilfeeinrichtungen fingen an, Klienten und Klientinnen mit Alkohol- und Drogenproblemen gleichermassen zu akzeptieren (Blomqvist, 2002). Die Alkoholismusbehandlung in Schwedens „goldenen Jahren“ in den 1960er

und 70er Jahren hatte sich ziemlich diversifiziert entwickelt – im Gegensatz zur einheitlicheren Drogenbehandlung. Trotzdem wurden in den 70er und im ersten Teil der 80er Jahre auch auf dem Gebiet der Drogenbehandlung die verschiedensten Aktivitäten offiziell als „Behandlung“ anerkannt (Bergmark & Oscarsson, 1994). Dafür gab es drei Gründe:

1. Narkotika waren als grosses Problem erkannt worden.
2. Das allgemeine Vertrauen in das Wohlfahrtssystem war stark und die Behörden verfügten über die Ressourcen, etwas zu tun.
3. Es gab keine einheitlichen Ideen darüber, *was* getan werden musste; die zentralen „Kontrollmechanismen“ konzentrierten sich auf den quantitativen Aspekt der Behandlung (z.B. die Anzahl belegter Betten oder der Besucherzahl) und nicht auf die Ergebnisse (Bergmark & Oscarsson, 1994).

In ihrer Analyse beschrieben die genannten Autoren diesen Zeitraum als „Produzentenparadies“. Seit den späten 1980er Jahren und unter dem Druck der darauf folgenden Wirtschaftskrise wurde der Umfang der staatlichen Verantwortung für alle Aspekte des Wohlergehens seiner Bürger auch aus politischer und ideologischer Sicht immer mehr in Frage gestellt. Im Lauf der Zeit führte dies zu ziemlich tiefgreifenden Veränderungen im Wohlfahrtssystem, nicht zuletzt bei der Suchthilfe. Zu diesen Veränderungen zählten erhebliche Kürzungen in den Sozialbudgets, eine fortschreitende Dezentralisierung wirtschaftlicher und administrativer Zuständigkeiten, die Einführung marktähnlicher Organisationsprinzipien (Käufer-Anbieter-Modelle) sowie eine abnehmende Beteiligung und Privatisierung. Vor allem in der ersten Hälfte der 1990er Jahre ging die Zahl der Klientinnen und Klienten in unterschiedlichen Arten der Suchtbetreuung und -behandlung deshalb zurück. Hand in Hand damit ging eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer einher und eine steigende Tendenz, verschiedenen Pflege- und Betreuungsaktivitäten den Vorrang vor teureren Behandlungsmassnahmen zu geben. Insgesamt lassen sich diese Veränderungen als Entwicklung „von der Ideologie zur Ökonomie“ beschreiben (Blomqvist, 1996a). Aber auch wenn es die „Implosion“ der Drogenbehandlung in die Alkoholbehandlung zunehmend erschwert hat, die eine von der anderen zu trennen – nicht zuletzt in der Statistik, deuten Daten des Zentralamts für Sozial- und Gesundheitswesen (1998) darauf hin, dass Drogenabhängige von diesen Veränderungen etwas weniger betroffen waren als Alkoholabhängige.

Ein neues Jahrtausend – und ein neues Unterfangen?

Seit der Jahrtausendwende wurde der Betreuung und Behandlung von Menschen mit Drogenproblemen wieder mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Bedeutendster Ausdruck dieses neuen Interesses sind die nationalen Richtlinien für Missbrauch und Abhängigkeit, welche das Zentralamt für Sozial- und Gesundheitswesen („Socialstyrelsen“) vor einigen Jahren vorgelegt hat. In diesem wichtigen Dokument betont die Behörde, dass die Richtlinien als Empfehlung für den gesamten Bereich der Suchtbetreuung und -behandlung gedacht sind, insbesondere für die beiden Hauptakteure auf diesem Ge-

biet, die kommunalen Sozialdienste und die regionalen Gesundheitsdienste (Socialstyrelsen, 2007). Oberstes Ziel ist es, „die Missbrauchs- und Abhängigkeitsbehandlung in Schweden weiterzuentwickeln und zu verbessern ... und die Optionen für eine vorausschauende Beaufsichtigung zu steigern“. Das wiederum setzt voraus, „dass empfohlene Methoden sich auf evidenzbasiertes Wissen gründen“ (Socialstyrelsen, 2007, S. 20).

Kern des Leitliniendokumentes ist eine Tabelle mit 53 praktischen Empfehlungen. Als „Höhepunkt“ enthält sie angeblich evidenzbasierte Methoden für die Untersuchung und das Erkennen, die Bewertung und Dokumentation der Abhängigkeit sowie die psychosozialen und pharmakologischen Behandlungen. Die Verantwortlichkeit und die Mittel, die Leitlinien umzusetzen, wurden der Schwedischen Vereinigung der Lokalen Behörden und Regionen („Sveriges kommuner och landsting“ SKL) zugewiesen. Diese hat ein eigenes Programm „vom Wissen zur Praxis“ ins Leben gerufen, um die Aufgabe zu erfüllen. Darüber hinaus ist das Ziel, ein evidenzbasiertes Betreuungs- und Behandlungssystem zu garantieren, auch der Leitgedanke einer vor kurzem gegründeten Kommission, der Missbrauchs-Untersuchung („Missbruksutredningen“). Ihre Aufgabe es ist, vor allem die organisatorische Verantwortlichkeit für Suchtbetreuung und -behandlung zu überprüfen und darüber nachzudenken, ob die Zwangsbehandlung aufgegeben oder modifiziert werden sollte.

Auf der übergreifenden politischen Ebene muss dieses augenscheinlich neue Interesse im Hinblick auf Alkohol auch als Mittel verstanden werden, politische Kritik am Abbau Schwedens traditioneller und traditionell erfolgreicher Alkoholpolitik in der Folge des schwedischen Beitritts zur EU zurückzuweisen, der mit einem Anstieg des Alkoholkonsums pro Kopf der Bevölkerung einherging* (auch wenn es von manchen als Versprechen neuer Mittel interpretiert wird (z.B. Blomqvist, 2009a). Zudem haben viele darauf hingewiesen, dass Initiativen wie das Leitlinienprojekt in Schweden und ähnliche Initiativen in anderen Ländern weitgehend als Früchte eines neuen Ansatzes für das „New Public Management“ gewertet werden können, das seine Wurzeln in einer spätmodernen Risiko-Vermeidungs-Philosophie hat, die sich auf Rationalität, Messungen und Kontrolle konzentriert (z. B. Vind, 2002, Pedersen, 2004). So sollten die neuen Initiativen vielleicht als Mittel gesehen werden, auf der politischen Ebene den Bedarf nach Glaubwürdigkeit, Berechenbarkeit, Verantwortlichkeit und Gouvernementalität in einer sich schnell verändernden Welt zu erfüllen und auch als bemühte Reaktionen auf lang anhaltende Forderungen aus der Praxis nach mehr Ressourcen und wirksameren Mitteln.

* Im Hinblick auf die Drogen lässt sich der neue Schwerpunkt bei Betreuung und Behandlung eher als Verteidigung der traditionell sehr restriktiven schwedischen Drogenpolitik verstehen, im Zusammenhang mit der eine Regierungskommission (SOU, 2001) behauptete, dass keine entscheidenden Veränderungen notwendig seien, sondern dass die «drei Säulen» dieser Politik – rechtliche Kontrolle, Prävention und Behandlung – weiter gestärkt werden müssten.

Der Ruf nach Evidenz – und die Notwendigkeit einer breiteren Perspektive

Die Forderung, dass die Suchtbehandlung und -hilfe sowie andere Massnahmen der Wohlfahrtspflege „evidenzbasiert“ sein müssen, scheint von einigen mit dem Anliegen gleichgesetzt worden zu sein, dass diese Arbeit auf solidem Wissen aufgebaut sein sollte. So interpretiert, ist die „Forderung nach Evidenz“ einleuchtend und unangreifbar, denn wahrscheinlich würde niemand die Gegenposition vertreten. Wie aber z.B. Bohlin (2008) herausgearbeitet hat, bezieht sich die Bezeichnung „evidenzbasiert“ eher auf die Anwendung bestimmter Verfahren oder Regeln für die klinische Entscheidungsfindung. Diese wurden zuerst in einem medizinischen Kontext entwickelt und hatten als Ziel, eine neue Denkweise über die Beziehung zwischen erzieherischen und klinischen Methoden anzuregen.

Die programmatische Erklärung über „Evidence-Based Medicine“ (EBM) wurde später auf die Bedingungen anderer Wohlfahrtspraktiken übertragen. Die Forscher, die hinter diesen Ideen stehen (Sacket et al., 1996, 1997), sagen, dass die „evidenzbasierte“ Entscheidungsfindung es erfordere, drei Hauptthemen oder -quellen in Betracht zu ziehen:

1. Eine externe Evidenz aus systematischer Forschung („Efficacy“): Nachweise aus der aktuellen (Wirksamkeits)-Forschung in Form von klinischen Studien, die nach dem Effekt einer Intervention in einem kontrollierten, hochstandardisierten Setting suchen, mit dem Ziel, kausale Zusammenhänge herzustellen (idealerweise in Form von randomisierten kontrollierten Studien).
2. Individuelle überprüfte klinische Expertisen (Fachwissen, Können und Urteilskraft in der individuellen Arbeit mit Klientinnen und Klienten, z.B. in Form von klinischen Erfahrungswerten und klinischen Berichten). Ein Zuwachs an Expertise spiegelt sich auf vielerlei Arten wider, z.B. als treffsichere und mitfühlende Einschätzung der besonderen Situation eines Klienten, die Berücksichtigung der Präferenzen einer Klientin bei der klinischen Entscheidungsfindung.
3. Eine informierte Wahl (bzw. Einverständnis mit) der Behandlungsmethode durch die einzelnen Patienten oder Klientinnen.

Leider wird in den schwedischen Leitlinien (Socialstyrelsen, 2007) diese grundlegende Arbeit nicht diskutiert. Ihre Definition einer evidenzbasierten Praxis ist im Wesentlichen auf eine Reihe methodischer Empfehlungen auf Grundlage der ersten erwähnten Quelle beschränkt. Diese Priorität scheint zu implizieren, dass das Kernproblem der Missbrauchs- und Abhängigkeitsbehandlung in Schweden darin besteht, dass diese Methoden den Behandlungsanbietern der Suchthilfe unbekannt sind oder nicht angewandt werden. Dies scheint im Jahr 2001 auch die Schlussfolgerung des schwedischen Rates für Technologiebewertung im Gesundheitswesen (SBU) gewesen zu sein, als er die Forschungsübersicht vorstellte, die in der Folge die Hauptgrundlage für die nationalen Richtlinien wurde. In einer Pressemitteilung sagte er, dass „es wirksame Methoden für die Behandlung von Alkohol- und Drogenproblemen gibt, aber die Suchthilfe und -behandlung in Schweden Methoden anwendet, die sich als unwirksam erwiesen haben oder von zweifelhaftem Wert sind“ (Vetenskap & Praxis, 3-4, 2001).

Brauchen wir „bessere Methoden“?

Die Reaktionen auf die Leitlinien scheinen bisher ziemlich geteilt zu sein. Einerseits scheinen sie in vielen Lagern Hoffnung und sogar eine gewisse Begeisterung ausgelöst zu haben, weil sie als Ausdruck eines neuen Interesses der zuständigen Behörden am Suchtproblem und als Versprechen von Mitteln für die Entwicklung und Ausweitung der Suchtbehandlung angesehen wurden. Gleichzeitig wurde ihnen nicht zuletzt von Sozialforschern mit einer gewissen Skepsis begegnet; sie wurden kritisiert, weil sie einen Kompromiss darstellten, der auf oberflächlichen Konsens zielt und aus Sicht der Praxis viele der brennendsten Probleme ausspart. Viele haben auf die Beschränkungen traditioneller experimenteller Studiendesigns in der Untersuchung psychosozialer Behandlungen hingewiesen, die ihrer Art nach komplex sind, deren Wirkung eher langfristig als unmittelbar ist, für die sich angemessene Placebo-Bedingungen nicht herstellen lassen, und Doppelblindstudien nicht zur Wahl stehen (z. B. Finney, 2000, Bergmark, 2001, Blomqvist & Oscarsson, 2006). Andere Kritikpunkte sind, dass die Zusammenstellung einzelner Untersuchungen in diesem Bereich (entweder in der Form von Metaanalysen oder in der Form tabellarischer Übersichten) zwangsläufig mit dem Risiko belastet ist, „Äpfel mit Birnen zu vergleichen“, sowie mit der zweifelhaften Gültigkeit externer Studien, die unter standardisierten Bedingungen durchgeführt wurden.

Noch störender an den Expertenleitlinien ist, dass das, was in der psychotherapeutischen Forschung seit langem als das „Paradox der gleichwertigen Ergebnisse“ bekannt ist (vgl. Luborsky et al., 1975), nicht berücksichtigt wird. Dieses Paradox besagt, dass selbst wenn die Forschung auf eine Reihe ziemlich wirksamer „spezifischer Methoden“ hinweist, nicht nachgewiesen werden kann, dass die eine wirksamer ist als eine andere (vgl. Wampold, 2001, Bergmark, 2008). Unnötig zu sagen, dass es so gut wie keine wissenschaftliche Begründung dafür gibt, für bestimmte Klienten und Patientinnen bestimmte passende Methoden zu finden (Matching Hypothesis) (vgl. Babor & DelBoca, 2003). Zudem ist das Ergebnis unterschiedlicher psychosozialer Behandlungsmethoden stärker mit der Anwesenheit einer Reihe allgemeiner veränderungsfördernder Grundsätze und Umstände verknüpft – etwa mit einer vertrauensvollen Beziehung („therapeutisches Bündnis“), mit einer sicheren und ermutigenden Umgebung und direkten Rückmeldungen – als mit der Auswahl bestimmter Methoden oder Techniken (Rosenzweig, 1946, Wampold, 2001).

Diese Erkenntnisse werden in den Leitlinien zwar erwähnt, aber die zuständige Projektgruppe arbeitet deren Folgen für die Praxis nicht heraus (Blomqvist, 2009b). Es gibt zudem mehrere Hinweise, dass der Ausgangspunkt des Zentralamts für Sozial- und Gesundheitswesen empirisch unzureichend fundiert ist. Die Suchtbetreuung und -behandlung scheint im Hinblick auf die Kenntnis der empfohlenen Methoden und die Kompetenz für ihre Anwendung ziemlich gut versorgt zu sein. Die Ergebnisse einer vom Zentralamt für Sozial- und Gesundheitswesen selbst präsentierten nationalen Untersuchung der vorherrschenden Behandlungsformen für Suchtprobleme in Schweden (Socialstyrelsen, 2004) zeigen zum Beispiel, dass ziemlich viele der von den Behandlungsinstitutionen angebotenen „Grundbestandteile“ ihrer Behandlungsprogramme zu den in den Leitlinien empfohlenen Methoden

zählen. Darüber hinaus zeigt eine neuere Untersuchung der Suchtbetreuung und -behandlung in Mittelschweden mit ziemlich repräsentativen Stichproben von vier der Hauptakteure in diesem Bereich*, dass etwa zwei Drittel aller Behandlungsfachleute eine Weiterbildung in mindestens einigen dieser Methoden durchlaufen haben (Christophs, 2009).

Was ist das Problem, und wer sind die Klienten?

Angesichts der erwähnten Fakten kann man annehmen, dass es zu keinen grossen Veränderungen führen wird, wenn man den Praktikern und Praktikerrinnen vorschreibt, welche speziellen Methoden oder Techniken sie anwenden sollen. Die starke Betonung der Methoden bedeutet zudem, dass andere, drängendere Fragen mehr oder weniger vernachlässigt werden. Zwei dieser Fragen, die das Leitlinien Dokument – ausser auf sehr oberflächliche Art und Weise – zu diskutieren verpasst, betreffen einerseits die Problemprofile, die Lebensumstände, die Lebenserfahrungen, die Bedürfnisse und Wünsche der Klientinnen und Patienten, und andererseits den Charakter der Notlagen, die sie beheben sollen.

Was die letzte dieser Fragen angeht, diskutieren die Autoren der Leitlinien kurz verschiedene Definitionen von Suchtproblemen und behaupten, dass es nicht möglich sei zu entscheiden, ob sie eine Form von Krankheit darstellen oder nicht. Die Hauptschlussfolgerung ist, dass der Begriff „Missbraucher/Missbraucherin“ vermieden werden sollte, weil er als abwertend und diskriminierend wahrgenommen wird. Das Dokument unterstreicht, dass die Patientinnen und Klienten eine heterogene Gruppe bilden, und betont die Notwendigkeit einer gründlichen Einschätzung, bietet aber weder Daten über die tatsächliche Population der Suchtbetreuung und -behandlung, noch weist es – aus offensichtlichen Gründen – auf eine besondere Methode als „beste“ für eine bestimmte Art der Klientel hin.

Das Versäumnis des Zentralamts für Sozial- und Gesundheitswesen, diese Fragen zu diskutieren, ist umso bedauerlicher, als es heute in der Tat mehrere Beispiele für umfassende und integrative theoretische Ansätze gibt wie etwa die von Orford (2001) und West (2006). Diese hätten der Projektgruppe helfen können, sich näher mit der Komplexität und Heterogenität von Suchtproblemen und deren Folgen für die Praxis zu befassen. Darüber hinaus sind zuverlässige, empirische Daten über die Konsumentinnen und Konsumenten von Drogen und Alkohol mühelos zugänglich. So haben mehrere Forschungsstudien gezeigt, dass die vorhandenen Dienste nur einen kleinen Bruchteil der Bürger und Bürgerinnen mit Suchtproblemen erreichen (vgl. Blomqvist et al., 2007). So scheint die typische Klientel der Suchthilfe in den Sozialdiensten aus ledigen und arbeitslosen Männern mittleren Alters oder älter zu bestehen, von denen die Hälfte keinen festen Wohnsitz hat, ein Drittel nur über Grundschulbildung verfügt, und von denen mehr als neun von zehn frühere Erfahrungen mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitsbehandlung haben

* Neben den kommunalen Sozialdiensten und den regionalen Gesundheitsdiensten auch die unfreiwillige Suchtbehandlung und die Strafjustiz, beide in staatlicher Regie.

(Eriksson et al., 2003). Andere Daten aus derselben Studie deuten darauf hin, dass im Gegensatz zu dem, was oft behauptet wird, die Situation im Gesundheitswesen kaum anders ist, und dass fast genauso viele Klienten und Klientinnen im Gesundheitswesen frühere Erfahrungen mit Suchthilfe oder -behandlung gesammelt haben (Palm & Storbjörk, 2003).

In einer späteren Analyse aus derselben Studie haben Storbjörk und Room (2008) festgestellt, dass eine frühere Behandlung und Druck von aussen bessere Anlässe dafür sind, sich in Alkoholbehandlung zu begeben, als z. B. die Schwere des Alkoholproblems. Die tatsächlichen Nutzer und Nutzerinnen der Suchthilfe in Schweden unterscheiden sich also in fast allen relevanten Aspekten von der typischen Studiengruppe derjenigen Studien, die genutzt wurden, um die Empfehlungen in den Leitlinien zu untermauern*. Dies gibt Raum für weitere Zweifel an der Anwendbarkeit der Empfehlungen in dem beabsichtigten Kontext.

Was bestimmt die Auswahl der Intervention?

Aus dem bisher Gesagten könnte man ableiten, dass das Leitlinien-Dokument (Socialstyrelsen 2007) zumindest teilweise sein Ziel verfehlt, die Suchtbetreuung und -behandlung in Schweden weiterzuentwickeln und zu verbessern, weil es sich fast ausschliesslich auf die erste der drei Quellen einer evidenzbasierten Praxis konzentriert (vgl. Sacket et al. 1996; 1997).

Die zweite Quelle, die „klinische Expertise“, erfordert mehr als die Formulierung der „Bauchgefühle“ der Behandelnden hinsichtlich des Klientenbedarfs. Vielmehr sollte sie auf der Formulierung klinischer Erfahrungen gründen, die auf empirischen Daten aus lokalen Dokumentationen und Nachuntersuchungen beruhen (Oscarsson, 1999, Blomqvist, 2000). Mehrere neuere Studien haben aber gezeigt, dass systematische Nachuntersuchungen auf der lokalen Ebene in der Suchtbetreuung und -behandlung in Schweden dünn gesät sind (Abrahamsson & Tryggvesson, 2009, Blomqvist, 2009c), und dass es wenig Raum für einen fortgesetzten „kollegialen Dialog“ gibt, in dem Experten in den Behandlungseinrichtungen fortlaufend ihre klinische Arbeit auswerten. In einer Vignettenstudie, die diesen Sachverhalt veranschaulichte, untersuchten Blomqvist und Wallander (2004, Wallander & Blomqvist, 2005) unter anderem die Auswahl der Intervention und Behandlungsform für Klienten und Klientinnen mit Suchtproblemen durch schwedische Sozialarbeitende.

Die Ergebnisse zeigten, dass es sowohl zwischen als auch innerhalb der verschiedenen lokalen Einrichtungen einen sehr geringen professionellen Konsens gab, und dass das, was ein bestimmter Klient oder eine bestimmte Klientin als Angebot erwarten konnte, weitgehend davon abhing, wo er gerade wohnte und wen er in seiner Einrichtung zufällig antraf. Darüber

* Normalerweise werden solche Studien unter standardisierten Bedingungen durchgeführt, darunter manual-basierte Behandlungen, erfahrene und einheitlich ausgebildete Therapeutinnen und Therapeuten und ein Klientel mit moderaten Problemen und stabilem sozialem Umfeld, die Nachfolgearbeiten ermöglichen und zu einer geringen Zahl von Abgängen beitragen (Blomqvist & Oscarsson, 2006).

hinaus waren die Sozialarbeitenden trotz der geringen Übereinstimmung überzeugt, dass sie genauso geurteilt hatten wie die anderen Fachleute in ihrer Einheit. Diese Ergebnisse waren offensichtlich durch den Mangel an institutionalisierten Begegnungsforen begründet, in denen die Fachleute ihre beruflichen Erfahrungen regelmässig hätten besprechen können (vgl. Blomqvist & Christophs, 2005). Eine zusammenfassende Bewertung dieser Studienreihe ist, dass solche Faktoren wie wirtschaftliche Erwägungen, persönliche, ideologische oder theoretische Überzeugungen die klinischen Entscheidungen im Einzelfall weitgehend bestimmen, und dass es wenige routine- oder regelmässige Aktivitäten gibt, mit deren Hilfe sich empirisch untermauerte „klinische Expertisen“ entwickeln könnten (Blomqvist & Wallander, 2004).

Die dritte Quelle, die Wahl der Behandlung durch die Klientinnen und Klienten, betont die Notwendigkeit, die Entscheidung der einzelnen Patientin oder des einzelnen Klienten zu respektieren. Sie ist die unvermeidliche Konsequenz des Paradox der „gleichwertigen Ergebnisse“ und der Tatsache, dass es für die „Matching Hypothesis“ keine Begründung gibt. Es muss betont werden, dass die Wahl der Behandlung durch die Klientinnen und Patienten nicht dasselbe ist wie empathisch zu sein – oder sich so zu fühlen –, sondern die aktive Beteiligung des Patienten oder der Klientin in der einen oder anderen Form verlangt (Duncan et al., 2004). Leider scheinen die Ansichten der Klienten und Patientinnen bei dem, was die Fachleute für eine notwendige Grundlage einer guten klinischen Entscheidung halten, ziemlich weit unten zu rangieren (Blomqvist & Wallander, 2004). Mehr noch, oft berichten die Praktizierenden, dass wirtschaftliche Beschränkungen und lokale organisatorische Faktoren zu einer Situation beitragen, in der viele Klientinnen und Patienten tatsächlich gleich bewertet werden und dasselbe „Standardhilfspaket“ erhalten (Christophs, 2009).

Was geschieht ausserhalb der Suchthilfe?

Wie kommen Lösungen für Suchtprobleme eigentlich zustande? Obwohl auf diese wesentliche Frage in vielen der Forschungsübersichten, mit denen die Empfehlungen der nationalen Leitlinien begründet werden, hingewiesen wird, weiss die Projektgruppe über deren Bedeutung immer noch ziemlich wenig zu sagen.

Die Forschung hat sich in den letzten Jahrzehnten mit der Verbreitung und dem Wesen der „Spontanremission“ beziehungsweise des „Selbstausstiegs“ ebenso beschäftigt wie mit Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen behandelten und unbehandelten Aussteigerinnen und Aussteigern (z.B. Blomqvist, 1996b; Klingemann & Sobell, 2007). Heute scheint allgemein anerkannt zu sein, dass der „Selbstausstieg“ der häufigste Weg aus vielen, wenn nicht den meisten Abhängigkeitsentwicklungen ist (auch wenn die Schätzungen über die Häufigkeit sich zwangsläufig dadurch unterscheiden, wie ein „Suchtproblem“ und eine „Lösung“ definiert werden, und durch Faktoren wie sich Form und Ausdehnung der Dienste in unterschiedlichen Ländern unterscheiden). In einer neueren repräsentativen schwedischen Bevölkerungsstudie wurde festgestellt, dass mehr als 80 Prozent aller, die gemäss ICD.10 eine Lebenszeitprävalenz einer Alkoholabhängigkeit auf-

wiesen, aber im letzten Jahr vor der Studie nicht abhängig waren, ihre Trinkgewohnheiten ohne jede formale Hilfe geändert hatten (Blomqvist et al., 2007). Diese Zahlen werden weitgehend durch grosse Studien z. B. in den USA (Dawson, 1996, Dawson et al., 2005), in Kanada (Sobell et al., 1996); Cunningham et al., 2000) und Deutschland (z. B. Rumpf et al., 2000) bestätigt.

Im Hinblick auf die Genesung von einer Abhängigkeit von illegalen Drogen ist die Beweislage aus offensichtlichen Gründen beschränkter. Aber auch in Schweden mit seiner strikten Drogenpolitik und einem ziemlich ausgedehnten Kontrollsystem genesen relativ viele von einer schweren Opiatabhängigkeit ohne formale Hilfe (Blomqvist, 2009d). In einer Analyse eines grossen amerikanischen Datensatzes fand Cunningham (2000), dass unter den Menschen, die von einer Drogenabhängigkeit genesen sind, der Anteil der „Selbstausstiegerinnen und -aussteiger“ zwischen etwas mehr als der Hälfte (Abhängigkeit von Cannabinoiden) und zehn Prozent (Abhängigkeit von Opiaten) schwankte. Bei einer Studie von – nicht notwendigerweise abhängigen – Ex-Konsumentinnen und -Konsumenten entdeckte derselbe Autor, dass der Anteil derjenigen, die aus eigener Kraft aufhörten, bei zwei Dritteln bei den ehemaligen Opiatkonsumierenden, 80 Prozent bei den Ex-Konsumierenden von Marihuana und Crack/Kokain und beinahe neun von zehn bei ehemaligen LSD-Konsumierenden lag (Cunningham et al., 1999).

Mehrere Studien haben auch versucht, die Einflüsse und Vorgänge aufzudecken, die hinter solchen unklaren Umschreibungen wie „Spontanremission“, „Selbstausstieg“ und „selbst organisierter Ausstieg“ stehen (Blomqvist, 1996b, Klingemann & Sobell, 2007). Diese Studien führten je nach Stichprobe und angewandter Methode teilweise zu unterschiedlichen Ergebnissen; aber sie haben auch auf interessante und wichtige Ähnlichkeiten hingewiesen. Ohne die Dinge übermässig zu vereinfachen, zeigen die Ergebnisse,

1. dass der Weg aus Suchtproblemen hinaus normalerweise ein langgezogener Vorgang ist, der meistens aus mehreren Stadien oder Phasen besteht (die sich wiederum individuell und entsprechend den Umständen unterscheiden können) einschliesslich sehr unterschiedlicher Triebkräfte oder wichtiger Einflüsse;
2. dass die Veränderung, obwohl sie manchmal als innere „Reifung“ (z.B. Winnick, 1962) oder bewusste, rationale Bewertung (z. B. Sobell et al., 1992) beschrieben wird, sich normalerweise auf eine komplexe Interaktion zwischen Kontextbedingungen, (oft unberechenbaren) Lebensereignissen, emotionalen Reaktionen und psychologischen Überlegungen (Blomqvist, 2009d) stützt;
3. dass die Möglichkeiten der „Selbstveränderung“ nicht nur mit der Schwere des Suchtproblems zusammenhängen, sondern genauso stark oder sogar stärker mit den persönlichen und sozialen Ressourcen des Einzelnen (z. B. Granfield & Cloud, 1999).

Darüber hinaus haben viele Studien grosse Gemeinsamkeiten zwischen professionell begleiteten und nicht begleiteten Veränderungsprozessen fest-

gestellt, in denen „Selbstaussteigerinnen“ und „Selbstaussteiger“ nicht selten Tricks und Methoden zu erfinden scheinen, die den als „evidenzbasierten“ empfohlenen Methoden verblüffend ähnlich sind (Blomqvist; 2009d).

Auch wenn es auf einer übergeordneten Ebene möglich ist, bedeutende gemeinsame Vorgänge und Mechanismen im Veränderungsprozess zu unterscheiden, deutet die vorliegende Forschung schliesslich klar darauf hin, dass es auf der individuellen Ebene viele unterschiedliche Wege zur Besserung gibt und viele unterschiedliche Faktoren und Einflüsse eine Rolle spielen können. Und nicht zuletzt ist es offensichtlich, dass die Einstellungen, Handlungen und Reaktionen, denen man in seinem sozialen Umfeld begegnet, oft entscheidend sind (vgl. Klingemann & Klingemann, 2007, Blomqvist, 2009d).

Viele Therapiefachleute nennen als grösste Hindernisse dabei, eine „good practice“ aufrechtzuerhalten und ihrer Klientel auf dem Weg aus ihren Suchtproblemen zu helfen, folgende Faktoren, die auch ausserhalb der Suchthilfe zu finden sind: mangelndes Engagement von Seiten der Politik und anderen Machtinstanzen, moralisierende und diskriminierende Einstellungen der allgemeinen Öffentlichkeit, Kürzungen von nützlichen und vernünftigen Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf Arbeit, Wohnen und sinnvolle Freizeitaktivitäten, die den Klienten und Patientinnen helfen würden, nach der Behandlung abstinent zu bleiben (Christophs, 2009).

Auch Oscarsson (2001) schreibt das schlechte Ergebnis der Bemühungen, Suchtproblemen entgegenzuwirken, nicht primär der Betreuung und Behandlung zu, sondern eher der allmählichen Verwandlung Schwedens von einer einschliessenden, kooperativen Gesellschaft, in der Dinge wie Wohnen, Arbeitsplätze und Bildung als Bürgerrechte betrachtet wurden, zu einer „Wettbewerbsgesellschaft“, in der diese Dinge eher als „Ware“ angesehen werden, die sich der Einzelne verdienen oder um die er kämpfen muss.

Auf dem Weg zu einer besseren und kostengünstigeren gesellschaftlichen Antwort auf Suchtprobleme?

Die oben besprochenen Umstände deuten auf die Notwendigkeit einer umfassenderen Sichtweise hin, was an der Suchtbetreuung und -behandlung schiefläuft und verbessert werden muss, als das, was das Zentralamt für Sozial- und Gesundheitswesen und ihre Projektgruppe vorschlagen. Im Folgenden werde ich versuchen, etwas mehr im Detail herauszuarbeiten, was eine solche Sichtweise bedeuten kann und welche speziellen Elemente sie vielleicht enthalten müsste. Diese Diskussion beruht zwar auf schwedischen Erfahrungen, aber ich gehe davon aus, dass sie zumindest in Teilen auch für andere Länder gültig ist. Ich sehe vier grundlegende Herausforderungen, die sich aus dem bisher Diskutierten ergeben.

1. Umsetzbare Strategien in der Suchthilfe und -behandlung finden, um „die Lösung dem Problem anzupassen“, und nicht umgekehrt.

2. Wege finden, um Konzepten wie „klinische Expertise“ und „Wahl des Klienten oder der Klientin“ über ihre rhetorische Attraktivität hinaus eine Bedeutung zu verleihen. Der Versuch, verschiedene Suchthilfe-Einrichtungen zu „lernenden Organisationen“ weiterzuentwickeln, dürfte ein geeignetes Mittel dazu sein.
3. Sich darüber klar werden, dass aus der Sicht der einzelnen Klientinnen oder Patienten die Grenze zwischen „Behandlung“ und „natürlichem Umfeld“ zwangsläufig willkürlich und verschwommen ist (Moos, 1994). Das beinhaltet auch die Entwicklung von Strategien, die Menschen helfen, die ihr Suchtverhalten ausserhalb der Suchthilfe verändern möchten und die Förderung einer „selbstausstiegs-freundlichen Gesellschaft“ (Klingemann & Klingemann, 2007).
4. Sich darüber klar werden, dass weder die Suchtentstehung noch der Vorgang des Ausstiegs aus der Sucht in einem gesellschaftlichen Vakuum stattfindet. Dazu gehört, wirksame gesellschaftliche Strategien zu entwickeln, die das Ziel haben, gesellschaftlichen Verhältnissen entgegenzuwirken, die wahrscheinlich den Weg für die Sucht und/oder ähnliche Probleme bereiten, und für Verhältnisse zu sorgen, die andere, erfüllendere Lebensentscheidungen fördern.

Die Lösung dem Problem anpassen

Humphreys und Tucker (2002) haben behauptet, dass die Sucht- oder Alkoholismusbehandlung in den USA sehr stark auf dem Krankheitskonzept aufbaue und so angelegt sei, dass sie dem Bedarf höchst abhängiger Trinker entspreche. Sie betonen die „Einbettung“ von Alkoholproblemen in das gesellschaftliche Umfeld und definieren solche Probleme als „gesundheitliche Verhaltensprobleme, deren Entstehung durch das Umfeld beeinflusst werden“. Sie unterstreichen, dass die vorherrschenden Behandlungsmöglichkeiten nur einer Minderheit – der in jedem entscheidenden Aspekt heterogenen Population – der Problemtrinker und -trinkerinnen zugutekommen, und dass die meisten von diesen niemals professionelle Hilfe suchen (z. B. Marlatt et al., 1997; Porter et al., 1993). Andere haben bestätigt, dass die Lage in den meisten anderen westlichen Ländern sich davon nicht sehr unterscheidet, und nach dem, was oben gesagt wurde, sollte es ziemlich offensichtlich sein, dass die Analyse von Humphreys und Tucker in dieser Hinsicht auch für Schweden gilt (obwohl sich die Behandlungssysteme in den beiden Ländern in anderer Hinsicht sicherlich unterscheiden können).

Eine Möglichkeit, den Stand der Dinge in der Missbrauchs- und Abhängigkeitsbehandlung zusammenzufassen, kann darin bestehen, auf Lindströms (1994) Unterscheidung zwischen den offiziellen oder „manifesten“ Zielen der Betreuung und Behandlung Süchtiger in Schweden und den tatsächlichen oder „latenten“ Zielen derselben Einrichtungen zu verweisen.

Einerseits beinhalten die offiziellen Ziele, so viele Schweden mit einem problematischen Konsum von verschiedenen abhängig machenden Substanzen wie möglich zu erreichen und sie zu überreden oder zu drängen, ihre gefährliche

Gewohnheit aufzugeben (wie es in dem bestehenden nationalen Massnahmenplan für die Alkohol- und Drogenpolitik ausgedrückt wird (Prop. 2005/06: 30). Andererseits dienen die vorhandenen Einrichtungen eher einer relativ kleinen Gruppe von Menschen mit schweren und langfristigen Suchtproblemen.

Die tatsächlichen Ziele bestehen darin, Leiden, Morbidität und Mortalität zu verringern, Menschen zu helfen, ihren Alkohol- oder Drogenkonsum zu senken und ein geordnetes Leben zu führen, erschöpften Familienmitgliedern und engen Freunden eine Ruhepause anzubieten (Lindström, 1994) und der Gesellschaft zu helfen, „mit ihren Süchtigen zu leben“ (Kühlhorn, 1983). Das grundlegende Dilemma ist nicht, dass jedes dieser Ziele nicht vernünftig oder legitim wäre, sondern eher, dass keines von beiden in einem grösseren Ausmass erreicht wird, und dass die „latenten“ Ziele in der offiziellen Rhetorik nicht wirklich gewürdigt werden (Blomqvist et al., 2007).

Die typische Form der Suchtbehandlung besteht in unterschiedlichen Arten zeitlich eher begrenzter und mehr oder weniger intensiver ambulanter oder stationärer „Behandlungspakete“. Humphreys und Tucker (2002) bezweifeln, dass diese Behandlungsform sehr hilfreich ist, um dauerhafte Lösungen für die Gruppe der mehr oder weniger marginalisierten Klientinnen und Patienten zu finden, welche die Mehrheit in der Suchthilfe und -behandlung stellt – wie evidenzbasiert die Methoden auch immer sein mögen. Gemäss diesen Autoren wäre die angemessenste Strategie für diese Gruppe eine Verschiebung von der „Intensität“ (grosser Mittelaufwand für Klienten in begrenzten Zeiträumen) zur „Extensivität“ (geringerer Mittelaufwand pro Kontakt oder Hilfeleistung und dauerhaftere und/oder öfter wiederholte Kontakte über einen längeren Zeitraum). Moos (1994) schlägt vor, weniger darauf zu fokussieren, die einzelnen Patientinnen und Klienten ändern zu wollen und vermehrt „Heilungskräfte“ in ihrem Umfeld zu mobilisieren.

In einem gewissen Sinn würde so ein Teil der Verantwortung von den „Fachleuten“ auf den Patienten oder die Klientin selbst übertragen, sowie auf Laien, etwa verschiedene Gruppen und andere freiwillige Organisationen, die sich gegenseitig helfen und so dauerhaftere Lösungen anstreben. Das würde zu einem geringeren Einsatz von Mitteln aus dem Gesundheits- oder Wohlfahrtsetat für diese relativ kleine Gruppe führen. Diese könnten für die Entwicklung leicht erreichbarer, nicht stigmatisierender, flexibler und individueller lokaler Hilfsmöglichkeiten eingesetzt werden, die einen grösseren Anteil der Leute mit einem problematischen Konsum anlocken würden, die sich heute aus verschiedenen Gründen dafür entscheiden, nicht nach Hilfe zu suchen (Blomqvist et al., 2007).

Die Suche nach Hilfe ist mit einem Stigma verbunden. Um dieses zu verringern, sollten solche Einrichtungen „sichtbar“ und leicht erreichbar sein. Sie sollten sich in einem alltäglichen Umfeld befinden, in dem sich viele Menschen aufhalten und in dem Suchtprobleme an die Oberfläche kommen – wie z. B. an Orten der medizinischen Grundversorgung, in Bildungseinrichtungen und grossen Arbeitsstätten (Humphreys & Tucker, 2002). Im Rahmen solcher offenen und flexiblen Einrichtungen kann die Art der spezifischen Methoden, wie sie in den schwedischen Leitlinien genannt werden, durchaus ihren Platz haben – vorausgesetzt, dass jeder Einzelne Gelegenheit hat, eine „informierte Wahl“ aus den angebotenen Methoden zu treffen (vgl. Blomqvist, 1991).

Eine „praxisbasierte Evidenz“ nutzen lernen

Wie oben erwähnt, liegt der Kern der schwedischen Leitlinien offensichtlich darin, dass das, was in der Suchtbetreuung und -behandlung geschieht, auf zuverlässigen wissenschaftlichen Kenntnissen der Wirksamkeit unterschiedlicher Behandlungsmethoden beruhen muss – entsprechend der ersten der drei Quellen von Sacket und Kollegen. Die ursprüngliche Idee bestand darin, dass jeder Arzt oder jede sonstige Expertin in jedem einzelnen Fall eine entsprechende Datenbank konsultieren sollte, um die optimale Behandlung zu finden. Dieses Ideal erwies sich aber bald als unrealistisch und in grossem Stil nicht anwendbar. Heute scheint die typische Art der Umsetzung von evidenzbasierter Praxis zumindest im Bereich der psychosozialen Behandlung darin zu bestehen, Leitlinien und Behandlungsmanuale von Experten zur Verfügung zu stellen. Ein Hauptproblem besteht darin, dass sich bis heute keine Methode als beste für alle einzelnen Klienten und Patientinnen erwiesen hat.

Deshalb ist es erforderlich, den einzelnen Klienten und Patientinnen eine Möglichkeit anzubieten, um eine fundierte Entscheidung über ihre Behandlung zu treffen. Ein weiterer Aspekt dieses Wissenstransfers „von oben nach unten“ ist, dass die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung immer „abstrakt“ in dem Sinn sind, dass sie normalerweise über durchschnittliche Ergebnisse oder Wirkungen einer grossen Zahl von Klienten oder Patientinnen berichten, die zusammengestellt wurden, um repräsentative Stichproben der gesamten Klientenpopulation in einem bestimmten Einzugsgebiet zu bilden. Allerdings gibt es kaum eine „typische Klientin“, einen „typischen Patienten“ oder eine „typische Behandlungseinheit“, auf die solche Forschungsergebnisse unmittelbar anwendbar wären. Die Studienergebnisse müssen deshalb „übersetzt“ werden, um auf lokale Verhältnisse zu passen. Diese weichen oft stark von generellen sozioökonomischen Bedingungen, sozio-demographischen und anderen Merkmalen der eigenen Patientinnen und Klienten ab. Dies erfordert jedoch eingespielte lokale Verfahren für die

- grundlegende Dokumentation der Bedürfnisse der Klienten und Klientinnen,
- Wahl der Voraussetzungen und Entscheidungen für eine Intervention im Einzelfall sowie
- regelmässige Durchführung von Nachuntersuchungen, Rückmeldungen und die gemeinsame Überprüfung der eigenen Arbeit.

Mit diesen Grundlagen für einen fortlaufenden „kollegialen Dialog“ wird es möglich sein, Schritt für Schritt ein lokales „professionelles Fachwissen“ zu entwickeln, das der zweiten der drei Quellen von Sacket und seinen Kollegen entspricht (vgl. oben). Zudem kann ein solcher Dialog als Ergänzung und Korrektiv für abstrakte Forschungsergebnisse dienen und helfen, diese auf die Verhältnisse vor Ort zu übertragen. Wie oben schon gesagt, scheinen die Grundvoraussetzungen dafür, auf diese Art von der Praxis zu lernen, häufig zu fehlen. Um die Dinge zu verbessern und lokale Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen in „lernende Organisationen“ zu verwandeln, würde vor allem eine Führung benötigt, die dieser Aufgabe Vorrang einräumt, wirtschaftlichen Raum für die kontinuierliche Entwicklungsarbeit gewährt

und Entscheidungsträger, die klug genug sind, um zu wissen, dass die Zuweisung von Mitteln zu dieser Arbeit sich langfristig „auszahlt“ (vgl. Blomqvist, & Christophs, 2005).

Die Idee, von der Praxis zu lernen, ist auch im Hinblick auf die dritte Quelle von Sackett und seinen Kollegen von Bedeutung, d.h. die „Wahl der Patientin oder des Klienten“*. Wie schon verschiedentlich erwähnt, macht es das Paradox der gleichwertigen Ergebnisse notwendig, jedem Klienten und jeder Patientin die Möglichkeit einer „informierten Wahl“ seiner Behandlung zu geben. Daneben liegen umfangreiche Studien vor, die darauf hindeuten, dass die Anpassung einer bestimmten Behandlungsform an die Entwicklung im Einzelfall und die Möglichkeit, sich den einzelnen Klienten oder die einzelne Patientin zu Verbündeten bei der Veränderung zu machen, deren Veränderungsmotivation steigern und ein erfolgreiches Ergebnis fördern wird. Versuche, Therapeuten und Therapeutinnen zu schulen, die Klient-Therapeut-Beziehung zu beachten und fördern, haben sich aber nicht als besonders erfolgreich erwiesen (z. B. Horvath, 2001). Das deutet darauf hin, dass vielleicht konkretere Verfahren gebraucht werden, um dem einzelnen Klienten oder der einzelnen Patientin zu angemessenem Einfluss auf die eigene Behandlung zu verhelfen.

Ein solches vielversprechendes Verfahren ist der Bogen der klinischen Arbeit „Client Directed Outcome Informed (CDOI)“, die Miller et al. (z. B. 2002, 2004, Duncan et al., 2004) entwickelt haben. Die anscheinend naheliegende, aber selten angewandte, Grundidee dieses Verfahrens besteht darin, mit Hilfe zweier Bewertungsinstrumente zu überwachen, wie sich die Klient-Therapeut-Beziehung und die gesamte Lebensqualität des Patienten oder der Klientin im Lauf der Zeit entwickeln. Dieses Verfahren wurde in einer kontrollierten Studie in Paar- und Familientherapie mit einem vielversprechenden Ergebnis getestet (Anker et al., 2009) und die erste kontrollierte Studie über seine Anwendung in der Suchtbetreuung und -behandlung wird derzeit in Schweden durch den Autor dieses Aufsatzes und seine Kollegen durchgeführt.

Selbstveränderung erleichtern

Angesichts der grossen Zahl von „Selbstausstiegsfrauen“ und „Selbstausstiegsmännern“ bei Suchtproblemen ist es eine Herausforderung, brauchbare Formen zu finden, die solche Veränderungen ermöglichen und die Art von „selbstausstiegsfreundlicher Gesellschaft“ zu schaffen, für die Klingemann (2005; Klingemann & Klingemann, 2007) sich einsetzt. Solche Bemühungen können verschiedene Richtungen anpeilen. Auf der konkretesten Ebene wäre es möglich, die Verfügbarkeit verschiedener „Werkzeuge“ der Selbsthilfe zu verbessern, unter anderem von schriftlichen oder elektronischen Handbüchern, Telefonhotlines und verschiedenen Möglichkeiten für Selbsttests.

* Die Notwendigkeit, in der Suchtbetreuung auch die „Nutzersicht“ zur Geltung kommen zu lassen, wird sowohl in der schwedischen Gesetzgebung als auch von der Aufsichtsbehörde (NBHW) betont und muss als wichtige ethische und moralische Verpflichtung in einer Situation gesehen werden, in der es mindestens bis jetzt keine unumstrittene wissenschaftliche Grundlage dafür gibt, Klienten eine passende Behandlung zuzuweisen (vgl. oben, Blomqvist, 1991, Bergmark, 2001). Darüber hinaus wurde auch behauptet, dass die Anwendung der Nutzerperspektive eine Überlebensbedingung für eine zunehmend marktorientierte Suchtbehandlung sei (Klingemann & Bergmark, 2006).

Von besonderem Interesse könnten hier die aktuellen Initiativen nicht zuletzt in Schweden sein, interaktive und andere Hilfe-Sites im Internet zu entwickeln. Wie z. B. Klingemann und Klingemann (2007) erwähnt haben, ist es der Vorteil solcher Angebote, dass sie fast unmittelbar erreichbar sind. Zudem bieten sie die Möglichkeit, Lösungen zu finden, die zu jeder individuellen Präferenz, jedem Bedarf und jedem „Problemprofil“ passen. Humphreys und Tucker (2002) sehen in dieser Art Werkzeuge eine wichtige Option für die Zukunft. Sie betonen aber die Notwendigkeit, dafür zu sorgen, dass die vermittelten Informationen zuverlässig sind, und dass sie sowohl den unterschiedlichen Bedarf der Menschen, die an verschiedenen Stellen in dem breiten Feld der Suchtprobleme tätig sind, als auch die Bedürfnisse der Menschen mit diesen Problemen selbst erfüllen können (vgl. Blomqvist et al., 2007).

Menschen, die versuchen, ihre Suchtgewohnheiten zu ändern, stossen in ihrer Umgebung nicht selten auf Skepsis und Misstrauen. Dies muss bei den Bestrebungen, den „Selbstausstieg“ zu unterstützen berücksichtigt werden. Cunningham et al. (1998) berichten zum Beispiel, dass ein Viertel einer Gruppe kanadischer Selbstaussteigerinnen und -aussteiger nie jemandem etwas über ihre früheren Alkoholprobleme erzählt hatten. Andererseits hat Blomqvist (1999) festgestellt, dass sechs von zehn Selbstaussteigern und -aussteigerinnen diese Erfahrungen am Arbeitsplatz und zwei von zehn auch gegenüber Freunden und Verwandten geheim gehalten hatten. Diese Skepsis ist sehr wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass Menschen die Möglichkeiten unterschätzen, verschiedene Arten von Suchtproblemen auch ohne professionelle Behandlung lösen zu können.

Tatsächlich hat Klingemann (2005) in einer repräsentativen Stichprobe der Schweizer Bevölkerung festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit einer Selbstheilung von Suchtproblemen auf etwa 30 Prozent geschätzt wurde. In einer ähnlichen schwedischen Studie bewertete mehr als die Hälfte der Befragten die Wahrscheinlichkeit, eine Alkoholabhängigkeit ohne professionelle Hilfe zu überwinden, als gering oder sehr gering. Dagegen schätzen ungefähr acht von zehn Befragten die entsprechende Wahrscheinlichkeit im Fall von Heroinabhängigkeit als niedrig bis sehr niedrig ein (Blomqvist, 2009). Im Hinblick auf solche Tatsachen halten Klingemann und Klingemann (2007) die Information der Öffentlichkeit über die Fakten des Selbstausstiegs für eine entscheidende Aufgabe. Damit verbunden müssten alternative, realistischere und weniger stigmatisierende Bilder von Suchtproblemen zur Verfügung gestellt werden als diejenigen, welche die Allgemeinheit und die Massenmedien dominieren.

Eine weitere entscheidende Aufgabe können Informationskampagnen und andere Initiativen sein, die das Umfeld und die sozialen Netzwerke von Menschen mit Suchtproblemen über ihre entscheidende Rolle bei der Motivation zur Veränderung und der Unterstützung dauerhafter Lösungen aufklären (z. B. Blomqvist, 2009a). Forderungen und Unterstützung aus dem gesellschaftlichen Umfeld sind einer der wichtigsten Faktoren für einen Selbstausstieg. Nach neueren Forschungen versucht nur eine Minderheit derer, denen solche Probleme in ihrem nahen Umfeld bekannt sind, auf irgendeine Art zu intervenieren (Blomqvist, 2009e), was deutlich darauf hinweist, dass es grosse und wichtige Möglichkeiten für Hilfe gibt, die nur zu einem geringen Teil genutzt werden.

Moralisierenden und stigmatisierenden Haltungen entgegenzuwirken und Alkohol- und Drogenprobleme in alltäglichen Zusammenhängen „besprechbarer“ zu machen, würde auf der allgemeinsten Ebene vermutlich auch dazu beitragen, die Wahrscheinlichkeit der Selbstveränderung zu steigern. (Blomqvist et al., 2007).

Die Stärkung der Rolle der Sozialpolitik

Die Vorstellung von Abhängigkeit als „Krankheit“ hat der Theoriebildung über Abhängigkeit einen deutlichen Stempel aufgedrückt. Davon wurden auch die Bemühungen betroffen, Menschen mit Suchtproblemen zu helfen, ihre Gewohnheiten zu ändern. Im Laufe der Zeit ist jedoch immer klarer geworden, dass Sucht alles andere ist als ein rein biologisches Phänomen, und dass die Änderung von Suchtgewohnheiten ebenso eine gesellschaftliche wie individuelle Angelegenheit ist. Deshalb beschreibt die zeitgenössische Theorie – etwa in den von Skog (1999, 2000), Orford (2001) und West (2006) entwickelten Modellen – Suchtgewohnheiten typischerweise als beabsichtigtes Verhalten, das unter kontextuellen Beschränkungen, welche die individuelle Freiheit einschränken, an den Tag gelegt wird und zu interagierenden „Teufelskreisen“ auf der neurobiologischen, psychologischen und/oder gesellschaftlichen Ebene führen können (Blomqvist, 1998b, 2009b). Theoretiker wie Giddens (1996) und Alexander (2000) behaupten, dass Sucht in der spätmodernen Gesellschaft zu einem grossen Teil auf der gesellschaftlichen oder strukturellen Ebene „angesiedelt“ ist. Ersterer behauptet, dass Sucht ein generelles Vehikel für den Umgang mit Existenzangst als Folge des Zusammenbruchs der Tradition in einer sich selbst reflektierenden Gesellschaft sei, in der die Menschen ihre Identität Schritt für Schritt und Tag für Tag selbst formen müssten. Letzterer betrachtet Sucht als vergebliche Bemühung, mit Erfahrungen einer Art Heimatverlust umzugehen, welche die Gesellschaft in der freien Marktwirtschaft zwangsläufig entstehen lässt.

Auf einer konkreteren Ebene lohnt es sich, nochmals darauf hinzuweisen, dass das Behandlungsergebnis zu einem grossen Teil von den Wahlmöglichkeiten und Erfahrungen von Klienten ausserhalb und anschliessend an die Behandlung abhängt. Humphreys und Tucker (2002) haben – wie bereits erwähnt – behauptet, dass die Suchtbehandlung „extensiver“ sein müsse, und Moos (2004) hat darauf hingewiesen, dass es nicht unbedingt eine klare Grenze zwischen der „Behandlung“ und dem „natürlichen Umfeld“ einer behandelten Person geben muss – erstere ist Teil des letzteren, solange sie andauert.

Es ist bedenkenswert, dass es kaum eine formelle Intervention geben kann, die „umfassender“ als ein persönlich erfüllender Lebenskontext ist (Blomqvist, 2002). Dies verlangt nach gesellschaftlichen Strategien, die der Ausgrenzung und Diskriminierung entgegenwirken und bessere und zufriedenstellendere Lebensalternativen für die gemeinen Bürger erreichbar machen, als ihr Leben damit zu verschwenden, vorläufigen chemischen Lösungen für ihre Notlage hinterherzulaufen (Blomqvist et al., 2007).

Literatur

- Abrahamson, M. och Tryggvesson, K. (2009) Socialtjänstens användning av standardiserade klientbedömningsinstrument – ASI som retorik och praktik i två svenska kommuner. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 26 (1) 21-39.
- Alexander, B.K. (2000) The globalization of addiction, *Addiction Research*, 8 (6), 501-526.
- Anker M, Duncan B, and Sparks J. (2009) Using formal feedback to enhance outcome in couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (4), 693 – 704.
- Babor, T. and Del Boca, F. (2003) *Treatment Matching in Alcoholism*. Cambridge; Cambridge University Press.
- Bergmark, A. (1998) Expansion and Implosion. The Story of Drug Treatment in Sweden. In H. Klingemann & G. Hunt (eds.) *Drug Treatment Systems in an International Perspective*. London: Sage, pp 33-47.
- Bergmark, A. (2001) Om den evidensbaserade missbrukarvårdens retorik och praktik. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 18 (2), 175 -180.
- Bergmark, A. (2008) On treatment mechanisms – what can we learn from the COMBINE study? *Addiction*, 103(5), 703-705.
- Bergmark, A. and Oscarsson, L. (1988) *Drug Misuse and Treatment - A Study of Social Conditions and Contextual Strategies*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Bergmark, A. och Oscarsson, L. (1990) Vad får det kosta att rehabilitera missbrukare? I U. Pettersson (red.) *Etik och socialtjänst*. Stockholm: Gothia, ss 47-64.
- Bergmark, A. och Oscarsson, L. (1994) Från producenternas paradiset till marknadens retorik. I U. Pettersson (red.) *Socialtjänstens klientarbete. Från vision till marknad*. Lund: Studentlitteratur, ss 91-108.
- Bergmark, A. och Oscarsson, L. (1994) Behandlingseffekter inom narkomanvården. I *Redovisning av satsningen offensiv narkomanvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Blomqvist, J. (1991) Rätt behandling för rätt klient – ingen enkel match. En kartläggning av missbruksarbete och vårdresurser och en diskussion av behandlingsvalens betydelse. *Socialförvaltningen i Stockholm, FoU-byrån*.
- Blomqvist, J. (1996) Från ideologi till ekonomi. *Institutionsförlagd missbrukarvård under tre decennier*. Socialförvaltningen i Stockholm, FoU-byrån (a).
- Blomqvist, J. (1996) Paths to recovery from substance misuse: Change of lifestyle and the role of treatment. *Substance Use and Misuse*, 31 (13), 1807-1852 (b).
- Blomqvist, J. (1998) The “Swedish model” of dealing with alcohol problems: historical trends and future challenges. *Contemporary Drug Problems*, 25 (Summer), 253-320 (a).
- Blomqvist, J. (1998) *Beyond Treatment? Widening the approach to alcohol problems and solutions*. Stockholm University: Department of Social Work (b).
- Blomqvist, J. (2000) Att dokumentera sitt arbete. *FoU-nytt*, november 2000, s. 8 .
- Blomqvist, J. (2002) Att sluta med narkotika – med och utan behandling. *Socialtjänsten Stockholm: FoU-enheten. FoU-rapport 2002:2*.
- Blomqvist J. (2009) Perspektiv på missbruk och beroende. I: *Mot en bättre missbrukarvård?: En undersökning om förutsättningar för att evidensbasera missbrukarvården i fyra organisationer*. Stockholms universitet; SoRAD-rapport 57 (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning), ss 9 – 21 (a).
- Blomqvist, J. (2009) Vad är problemet? Perspektiv på missbruk och beroende. I *Missbruk och behandling. Gamla problem – nya lösningar*. Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (b), ss 16 – 34.
- Blomqvist J. (2009) Vad betyder evidensbaserad för missbrukarvården?. I *Mot en bättre missbrukarvård?: En undersökning om förutsättningar för att evidensbasera missbrukarvården i fyra organisationer*. Stockholms universitet, SoRAD-rapport 57, ss 64 – 88 (c).
- Blomqvist, J. (2009) Behövs behandling? I K. Billinger & L. Hübner (red.) *Alkohol och droger. Samhällsvetenskapliga perspektiv*. Malmö: Gleerups, ss 137 – 165 (d).
- Blomqvist, J. (2009) What is the worst thing you could get hooked on? Popular images of addic-

- tion problems in contemporary Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26 (4), 373 - 398 (e).
- Blomqvist, J. och Walllander, L. (2004).  t var och en vad hon behöver? En vinjettstudie av socialarbetares bedömningar och val av insats vid missbruksproblem. FoU-enheten, Stockholm: FoU-rapport 2004:8.
- Blomqvist, J. och Christophs, I. (2005) Kan forskning påverka praktiken? En utvärdering av olika sätt att återföra forskningsresultat inom missbrukarvården. Socialtjänsten i Stockholm: FoU-enheten: FoU-rapport 2005:18.
- Blomqvist, J. och Oscarsson, L. (2006) Att utvärdera behandlingseffekter vid alkoholmissbruk – några metodfrågor och deras implikationer f r behandlings- och riktlinjearbete. I Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. www.socialstyrelsen.se; ss 253 – 264.
- Blomqvist, J., Cunningham, J., Wallander, L. och Collin, L. (2007) Att förbättra sina dryckesvanor – om olika mönster f r förändring och om vad v rden betyder. Stockholms Universitet: SoRAD- rapport nr 42.
- Bohlin, I. (2008) Evidensbaserat beslutsfattande i ett vetenskapsbaserat samhälle: Om evidensrörelsens utbredning och dess gränsar. Seminariepresentation vid Nobelmus ets forskningsavdelning, 2008-11-03.
- Christophs, I (2009; red.) Mot en bättre missbrukarvård? En undersökning om förutsättningar för att evidensbasera missbrukarvården i fyra organisationer. (SoRAD Rapportserie, nr 57) Stockholm: Stockholms universitet, SoRAD).
- Cunningham, J.A. (2000) Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite? *Drug and Alcohol Dependence*, 59(3), 211-213.
- Cunningham, J.A., Sobell, L.C. and Sobell, M.B. (1998) Awareness of self-change as a pathway to recovery for alcohol abusers: Results from five different groups. *Addictive Behaviors*, 23, 399 – 404.
- Cunningham, J.A., Koski-J nnes, A. and Toneatto, T. (1999). Why do people stop their drug use? Results from a general population sample. *Contemporary Drug Problems*, 26, 695-710 (b).
- Cunningham, J.A., Lin, E., Ross, H.E. and Walsh, G.W. (2000) Factors associated with untreated remissions Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 20, 771 – 779.
- Dawson, D.A., Grant, B.F. Stinson, F.S., Chou, P.S., Huang, B. and Ruan, W.J. (2005) Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100 (3), 281 – 292.
- Dawson (1996) Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence. From alcohol abuse or dependence. *Addictive Behaviors*, 25, 317 – 321.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., and Sparks, J. (2004). The heroic client: Principles of client directed outcome-informed therapy (revised). San Francisco: Jossey-Bass.
- Eriksson, A., Palm, J. och Storbjörk, J. (2003) Kvinnor och m n i svensk missbruksbehandling: en beskrivning av klientgruppen inom socialtj nstens missbrukarvård i Stockholms l n 2001-2002. Stockholms universitet: SoRAD-rapport nr 15
- Finney, J. (2000) Limitations in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines. *Addiction*, 95, (10), 1491 – 1500.
- Fredriksson, R. (1991) Social alkoholpolitik i Sverige 1900-1939. I A. Gustavsson (red.) *Alkoholister och nykterister*. Uppsala: Ethnolore 10. Skrifter från Etnologiska institutionen, Uppsala universitet, ss 79 – 96.
- Fridell, M, (1996) Institutionella behandlingsformer vid missbruk: organisation, ideologi och resultat. Borås: Natur och Kultur.
- Giddens, A. (1992) *The Transformation of Intimacy. Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press.
- Granfield, R. and Cloud, W (1999) *Coming Clean. Overcoming Addiction Without Treatment*. N.Y University Press.
- Hilte, M. (1990) Droger och disciplin. En fallstudie av narkomanvård i Malmö. *Lund Studies in Social Welfare IV*. Lund: Arkiv F rlag.
- Horvath A.O. (2001) The alliance. *Psychotherapy*, 38, 365 – 372.
- Humphreys, K. and Tucker, J.A. (2002) Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction* 97 (2), 126 – 132.

- Hübner, L. (2001) Narkotika och alkohol i den allmänna opinionen. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete. Rapport nr 99.
- Klingemann, H. (2005) Population attitudes toward self-change in Switzerland. Paper prepared for the 1st international working group meeting of the collaborate SINR project. St Peters Insel, Switzerland, September 18 – 21 2005.
- Klingemann, H., Hunt, G. and Takala, J-P. (red.; 1992). Cure, care and control: Alcoholism treatment in sixteen countries. Albany: State University of New York Press.
- Klingemann, H. and Bergmark, A. (2006) The Legitimacy of Addiction Treatment in a World of Smart People. *Addiction*, 101, 1230 – 1237.
- Klingemann, H. and Klingemann, J. (2007) Hostile and favourable societal climates for Self-Change: Some Lessons for Policymakers. H. Klingemann och L.C. Sobell (red.) *Promoting Self-Change from Addictive Behaviors*. New York: Springer, ss 213 – 238.
- Klingemann, H. and Sobell, L.C. (2007; eds.) *Promoting Self-Change from Addictive Behaviors*. New York: Springer.
- Kühlhorn, E. (1983) Vårdforskning på alkoholområdet. *Sociologisk Forskning* 20 (1), 71 – 80.
- Lindgren, S.Å. (1993) Den hotfulla njutningen. Att etablera drogbruk som samhällsproblem 1890 – 1970. Stockholm: Symposium Graduale.
- Lindström, L. (1994) Ideal och verklighet i missbrukarvården. *Nordisk Alkoholtidskrift*, 11 (3), 170 – 176.
- Luborsky, L., Singer, B. and Luborsky, L. (1975) Comparative Studies of Psychotherapies: Is it True That „Everybody Has Won and All Must Have Prizes”? *Archives of General Psychiatry* 32: 995-1008.
- Marlatt, G.A., Tucker, J.A., Donovan, D.M. och Vuchinik, R.E. (1997) Help-seeking by substance abusers: The role of harm reduction and behavioral-economic approaches to facilitate treatment entry and retention. I L.S. Onken, J.D. Blaine & J.J. Boren (eds.) *Beyond the therapeutic alliance: Keeping the drug dependent individual in treatment*. Rockville, M.D.: NIDA Monograph # 165, sid. 44 – 84.
- Miller, S.D., Duncan, B.L. and Hubble, M.A. (2004) Beyond Integration: the Triumph of Outcome over Process in Clinical Practice. *Psychotherapy in Australia*, 10, 2 – 20 (a).
- Miller, S.D., Duncan, B.L. and Hubble, M.A. (2002). Client-directed, outcome-informed clinical work: Directing attention to what works. In J. Lebow and F. Kaslow (eds.). *Comprehensive Handbook of Psychotherapy, Volume Four Integrative and Eclectic Therapies*. New York: Wiley.
- Moos, R. (1994) Treated or untreated, an addiction is not an island unto itself (editorial). *Addiction*, 89, 507-509. National action plans Prop. 2005/06:30 Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner. Stockholm: Socialdepartementet.
- Oscarsson, L. (1999) Dokumentation, metodutveckling och kvalitet i missbrukarvården – Hur kan vi lära av varandra om vad som ger resultat? I *Alkohol och narkotika – politik, vård och dilemman*. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Oscarsson, L. (2001) Missbrukarvården och samhället – utvecklingen under 90-talet. *Socionomen*, 5, 20 – 25.
- Olsson, B. (1994) Narkotikaproblemets bakgrund. Användning av och uppfattningar om narkotika inom svensk medicin 1839- 1965. Stockholms universitet: Sociologiska institutionen/CAN:s rapportserie nr 39.
- Orford, J. (2001) *Excessive Appetites. A psychological View of Addiction*. Chichester: John Wiley & sons.
- Palm, J. och Storbjörk, J. (2003) Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling: en beskrivning av patientgruppen i Stockholms läns landstings beroendevård 2000-2001. Stockholms universitet: SoRAD-rapport nr 9.
- Pedersen, M.U. (2007) Professional Expertise Versus Market Mechanisms: The Treatment Guarantee, Freedom of Choice, Privatization and Evidence Based Practice. In J. Edman & K. Steinius (eds.) *On the Margins: Nordic Alcohol and Drug Treatment 1885-2007*. Helsingfors: NAD - Publication, nr. 50, pp. 315-338
- Porter, L., Argandoña, M. and Curran, W.J. (1999) *Drug and Alcohol Dependence Policies. Legislation and Programmes for Treatment and Rehabilitation*. Geneva: WHO.
- Rosenzweig, S. (1936) Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy.

- American Journal of Orthopsychiatry, 6, 412 – 415.
- Rumpf, H-J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C. and John, U. (2000) Studies on natural recovery from alcohol dependence: sample selection bias by media solicitation? *Addiction*, 95(5), 765-775.
- Sacket, D.L., Rosenberg, W.M.C, Gray, J.A.M., Haynes, R.B. and Richardson, W.S. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71 – 72.
- Sacket, D.L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W. and Haynes, R.B. (1997) *Evidence Based Medicine: How to Practice and Use EBM*. N.Y.: Churchill Livingstone.
- SBU (2001): *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning (Volym I och II)*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Skog, O-J (1999) Rationality, irrationality and addiction – notes on Becker and Murphy's theory of addiction. In J. Elster & O-J. Skog (eds) *Getting Hooked. Rationality and Addiction*. Cambridge; Cambridge University Press, pp 151 – 168.
- Skog, O-J (2000) Addict's choice. *Addiction*, 95(9), 1309 – 1314.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B. and Toneatto, T. (1992) Recovery from Alcohol Problems Without Treatment. In N. Heather et al. (eds.) *Selfcontrol and addictive behaviors*. New York: Pergamon Press, pp 198 – 241.
- Sobell, L.C., Cunningham, J.A. och Sobell, M.B. (1996): Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population studies. *American Journal of Public Health*, 86, 966–972.
- Socialstyrelsen (1998) *Balans i missbrukarvården? Resurser och insatser I öppenvård och institutionsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:3.
- Socialstyrelsen (2004) *Insatser och klienter i behandlingsenheter (IKB) 1 April 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg.
- SOU 2000:126 *Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Storbjörk, Jessica and Room, Robin (2008) The two worlds of alcohol problems: Who is in treatment and who is not? *Addiction Research and Theory*, 16(1), 67-84.
- Svensson, B, (1996) *Pundare, jonkare och andra – med narkotikan som följeslagare*. Stockholm: Carlssons.
- Tham, H. (1995) Drug control as a national project: The case of Sweden. *Journal of Drug Issues* 25 (1), 113-128.
- Wampold, B. (2001) *The great psychotherapy debate*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Vetenskap & Praxis (2001) *Alkohol- och narkotikaproblem –Effektiv hjälp finns i vården*. Vetenskap & Praxis, 3-4 (www.sbu.se)
- West, R. (2006) *Theory of Addiction*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Vind, L. (2006) En organisations sociologisk tillgång till införing av evidensbaseret praxis i missbruksbehandling. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 23(5): 323-341.

Korrespondenzadresse

Jan Blomqvist, Social Centre for Research on Alcohol and Drugs SoRAD, Stockholm University, Sveaplan, SE 10691 Stockholm; www.sorad.su.se

Résumé

Au cours de ces dix dernières années, le traitement des addictions et l'aide dans ce domaine en Suède – à l'image d'autres pays – ont subi «l'appel de la preuve». Les «Directives nationales relatives à l'aide en cas d'abus et de dépendance», établies en 2007 par le Bureau central des affaires sociales et de la jeunesse, représentent une des formes les plus tangibles des efforts visant à transformer le traitement des addictions en une «pratique basée sur la preuve». Le présent article étudie de près sous des perspectives différentes les directives ainsi que les hypothèses qui en constituent la base. Parmi les sujets critiques discutés ici, on retiendra notamment que les directives ne se préoccupent pas des spécialistes thérapeutiques, et n'indiquent pas quelle aide ces derniers devraient proposer aux différents clients; elles ne prennent souvent pas garde à la complexité des problèmes d'addiction et l'hétérogénéité des personnes confrontées à ce type de problèmes; et enfin, elles négligent le fait, pourtant bien connu, que la principale issue pour sortir des problèmes d'addiction se situe en dehors du système d'aide organisé. La conclusion est dans l'ensemble que la lutte contre les problèmes d'addiction en Suède exige la mise en œuvre d'une stratégie plus large que l'actuelle – qui se concentre essentiellement sur la mise en place de méthodes efficaces pour le système typique d'aide et de traitement. Cette stratégie plus large (a) serait adaptée, en termes d'offres d'aide, à l'hétérogénéité de la population potentielle de clients, (b) développerait des méthodes systématiques permettant de prendre en compte une «preuve basée sur la pratique» afin de (c) garantir aux clients qu'ils ont une influence sur leur propre traitement, (d) travailler à différents niveaux à établir une «société réinsérant de manière conviviale les personnes sorties elles-mêmes de leur addiction» et (e) enfin, ne pas oublier que la question de la dépendance et de la guérison ne pourra et ne devrait jamais être détachée des réalités socio-politiques globales.

Summary

Over the past decade, the treatment of drug addiction and the provision of support for drug addicts in Sweden have – as in other countries – been subjected to a “demand for evidence”. One of the most tangible outcomes of the efforts that have been made to transform addiction treatment into “evidence-based practice” was the publication of a set of “National guidelines for abuse and dependency support” in 2007 by the Central Office for Social and Health Services. In the present article, these guidelines and the assumptions that underlie them are examined in detail from a number of perspectives. Among the important considerations discussed here, are the fact that the guidelines actually fail to provide treatment specialists with any guidance on what kind of assistance they should offer to their individual clients; the fact that, for the most part, the guidelines fail to take account of the complexity of the problems related to addiction and the heterogeneity of the individuals who suffer such problems; and that the guidelines ignore the widely known fact that the main route out of addiction-related problems lies outside of the established support system. The overall conclusion is that the need to combat the problem of addiction in Sweden calls for a broader strategy than the one being followed at present, which focuses mostly on implementation of “effective methods” for the standard support and treatment system. Such a broader strategy would (a) allow the support system to make adjustments to take account of the heterogeneity of its potential client population, (b) develop routines to take account of “practice-based evidence” in order (c) to ensure that individual clients can exert an influence on their own treatment in order (d) to work at a number of levels towards a society that is accepting of self-withdrawal from drugs, and finally (e) not to forget that the question of addiction and recovery from addiction neither can nor should ever be separated from broad sociopolitical realities.