

Bachmann
El-Akhras



Lust auf Abstinenz

Ein Therapiemanual
bei Alkohol-,
Drogen- und
Medikamenten-
abhängigkeit

Meinolf Bachmann

Andrada El-Akhras

Lust auf Abstinenz

Ein Therapiemanual bei Alkohol-, Medikamenten-
und Drogenabhängigkeit

Meinolf Bachmann
Andrada El-Akhras

Lust auf Abstinenz

Ein Therapiemanual bei Alkohol-, Medikamenten-
und Drogenabhängigkeit

Mit 48 Arbeits- und Infoblättern

Dr. phil. Meinolf Bachmann, Psychologischer Psychotherapeut

LWL Kliniken, Bernhard-Salzmänn-Klinik

Im Fächteil 150

33334 Gütersloh

E-Mail: Meinolf.Bachmann@web.de

Dipl.-Psych. Andrada El-Akhras

Lippische Nervenambulanz Dr. Spernau

Waldstraße 2

32105 Bad Salzungen

ISBN 978-3-540-89225-0 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2009

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Renate Scheddin

Projektmanagement: Renate Schulz

Lektorat: Volker Drücke, Münster

Layout und Einbandgestaltung: deblik Berlin

Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg

SPIN: 12539086

Vorwort

Während unserer Arbeit mit alkohol-, medikamenten- und drogenabhängigen Patienten stand immer wieder die Frage im Mittelpunkt, wie es möglich ist, dauerhaft »zufrieden abstinent« zu leben. Vor diesem Hintergrund entwickelten wir in stetiger Zusammenarbeit mit Patienten die in diesem Buch zusammengestellten Arbeitsblätter. Die kürzeren Therapiezeiten machen ein, vom Anfang bis zum Ende der Behandlung, inhaltlich gezieltes und strukturiertes Vorgehen erforderlich. Um dies zu realisieren, wählten wir folgende Vorgehensweise: Anhand der jeweiligen suchtspezifischen Themen wurden zentrale Fragestellungen im Rahmen von Projekten und offenen Beantwortungen erarbeitet. Itemsammlungen erfolgten mit Hilfe der Patienten und im ständigen Austausch mit therapeutischen Mitarbeitern sowie Fachpflegeschülern für Suchterkrankungen und Studierenden der Fachhochschule für Sozialarbeit. Ihnen allen gilt unser Dank.

Die so entstandenen ersten Entwürfe/Fassungen wurden mehrfach erweitert und modifiziert. In den Arbeitsmaterialien wird noch immer nach weiteren Anregungen und bisher nicht genannten Sachverhalten gefragt, was eine ständige Weiterentwicklung und Verbesserung des Materials gewährleistet. Es wurde eine E-Mail-Adresse angegeben, damit auch Sie – die Leser – uns über Ihre Arbeitsergebnisse informieren können.

Um die Arbeitsblätter und Fragebögen in ein Gesamtkonzept einzubetten, wird zu Beginn ein kurzer Überblick über das Bild der Erkrankung, die Entstehungsgeschichte und mögliche Ursachen gegeben. Das Manual stützt sich auf die im ersten Kapitel erklärten theoretischen Ansätze und ist integrativ, schwerpunktmäßig kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert. Um sowohl Betroffene als auch Behandelnde anzusprechen, wurde eine möglichst klare, eingängige Sprache verwendet. Das so entstandene Handbuch wurde in der Entzugs- bzw. Entwöhnungsbehandlung einzel- und gruppentherapeutisch von insgesamt sieben Therapeuten (fünf Psychologen bzw. Psychologinnen und zwei Sozialarbeiterinnen) über mehrere Jahre praktisch eingesetzt.

Ein Leben ohne Suchtmittel ist ja für jeden erfahrbar. Der Titel »Lust auf Abstinenz« weckte bei uns das Bedürfnis, ein »Selbstexperiment« durchzuführen, um die idealisierte Zielsetzung dieser Aussage zu erproben. Wir machten dabei vielfältige positive Erfahrungen mit der Abstinenz und erkannten, wo für uns selbst »Rückfallgefahren« lauerten.

Ein besonderer Dank geht an die Diplom-Sozialarbeiterin/Suchttherapeutin (VDR) Anita Obeloer für die geduldige und kollegiale Unterstützung sowie Herrn Klaus Ipse für seine Hilfe bei der Textgestaltung. Den Mitarbeitern des Springer-Verlages Renate Scheddin (Programmplanung), Renate Schulz (Projektmanagement) und Volker Druke (Lektorat) danken wir besonders herzlich für die vielfältigen Anregungen und Ideen zur Fertigstellung des Buches.

Meinolf Bachmann und Andrada El-Akhras
Gütersloh und Bad Salzufen, im April 2009

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1	4.2	Konfliktbewältigung	56
1.1	Theoretischer Überblick	3		Arbeitsblatt: Konfliktbewältigung	56
1.2	Diagnosekriterien	3	4.3	Thema Partnerschaft	57
1.3	Entzugssyndrom (F1X3)	4		Arbeitsblatt: Alleinstehende mit Interesse	
1.4	Erklärungsmodelle	4		an einer Partnerschaft	57
1.4.1	Intrapsychische Erklärung	5		Arbeitsblatt: Fünf Auslöser für Streit in der	
1.4.2	Rückfallverhütung	5		Partnerschaft	63
1.4.3	Verhaltensmodell (Konditionierungsmodell)	6		Patient/Partner-Übereinstimmungsbogen	64
1.5	Suchtkranke in Behandlung	7	4.4	Rollenspiele	70
1.6	Das Suchtmodell und die therapeutischen			Arbeitsblatt: Rollenspiele	71
	Schlussfolgerungen	7	5	Gefühle zeigen – »Gefühlskiste«	77
1.6.1	Therapeutische Schlussfolgerungen	9		Einführung	78
1.6.2	Motivation	9		Arbeitsblatt: Wirkung des Suchtmittels	
1.6.3	Krankheitseinsicht und Abstinenz	10		(1. Sitzung)	79
1.6.4	Psychotherapie der Ursachen			Arbeitsblatt: Folgeerscheinungen	
	und die Perspektive	11		(2. Sitzung)	81
2	Therapiebeginn	13		Arbeitsblatt: Verbesserung des Umgangs	
	Einführung	14		mit Gefühlen (3. Sitzung)	83
2.1	Die erste Zeit des Entzugs und der Entwöhnung	14		Arbeitsblätter: Einschätzung der Gefühle	
	Arbeitsblatt: Hilfreiche Aktivitäten im Entzug –			in bestimmten Situationen (4. Sitzung)	85
	Nähe zum Suchtmittel vermeiden	16	6	Geld zum Thema machen	93
	Arbeitsblatt: Das Suchtverhalten verändert			Einführung	94
	Prozesse im Gehirn	17		Arbeitsblatt: Bewertungen und Einstellungen	
2.2	Therapieabbruchgefahr	20		zum Thema Geld	95
	Arbeitsblatt: Therapieabbruchgefahr (TAG)/			Infoblatt: Geld zum Thema machen	98
	Selbsteinschätzung	21		Arbeitsblatt: Was möchte ich im Umgang	
2.3	Therapieplanung	26		mit dem Geld konkret verbessern?	99
	Arbeitsblatt: Therapieplanung – eigene Ziele			Arbeitsblatt: Schuldenbilanz und Regulierung	100
	benennen	27		Arbeitsblatt: Den Überblick behalten/	
3	Therapieüberblick	31		Tagesausgabenprotokoll und Monats-	
	Einführung	32		haushaltsplan	101
3.1	Weg in die Sucht: Stationen der Suchtentwicklung		7	Rückfallverhütung	105
	und des Therapieprozesses	33		Einführung	106
	Arbeitsblatt: Die Einstiegs- und Suchtphase	33	7.1	Rückfallmodell: Möglicher Verlauf bei einer	
3.2	Selbsteinschätzungsskalen: Therapieschritte			Rückfallgefährdung (Marlatt 1985)	107
	und Fragestellungen	36		Arbeitsblatt: Ausgewogener Lebensstil	108
	Arbeitsblatt: Therapiemotivation (TMO)	36	7.2	Rückfall »um sechs Ecken«	111
	Arbeitsblatt: Krankheitseinsicht (KE)	40		Arbeitsblatt: Scheinbar unbedeutende	
	Arbeitsblatt: Therapie der Ursachen (TdU)/			Entscheidungen	111
	Was soll zukünftig anders sein?	44		Ergebnisse früherer Gruppen	112
4	Beziehungen und soziale Kompetenzen	49	7.3	Rückfallmodell: Fehlende Krankheitseinsicht/ Wachsamkeit (Bachmann 1993)	113
	Einführung	50		Arbeitsblatt: Krankheitseinsicht	
4.1	Beziehungen: Wie können wir die Beziehungen			und Wachsamkeit	113
	zu anderen Menschen gestalten?	50			
	Arbeitsblatt: Fünf Voraussetzungen für eine				
	gute Beziehung	51			

7.4	Entscheidungssituation bei Rückfälligkeit	115	9	Übergang: Therapieabschluss und Nachsorge	155	
	Arbeitsblatt: Vorteile der Abstinenz in die Waagschale werfen	115		Einführung	156	
	Ergebnisse früherer Gruppen	117	9.1	Hilfestellungen für Patienten, die eine (teil)stationäre Therapie hinter sich haben	157	
7.5	Erkenntnisse und Gedanken zur Rückfallprävention (Lindenmeyer 2005a; Meyer u. Bachmann 2005)	119		Arbeitsblatt: Die Zeit nach der Behandlung	157	
	Arbeitsblatt: Wie kann man einem Rückfall vorbeugen?	119	9.2	Selbsteinschätzung: Was müssen Sie beachten, wenn die Therapie zu Ende ist?	161	
	Arbeitsblatt: Stimmungsüberprüfung	161		Zusätzliches Arbeitsblatt: Vervielfältigung	163	
7.6	Rückfallauslöser	121	9.3	Zusammenfassung: Was nehme ich mir für die Zeit nach der Therapie vor?	164	
	Arbeitsblatt: Die Zeit nach der Therapie	164		Arbeitsblatt: Die Zeit nach der Therapie	164	
7.7	Rückfallrisiken und ihre Bewältigung	122	9.4	Selbsthilfe	165	
	Arbeitsblatt: Was sind persönliche Rückfallrisiken?	123		Arbeitsblatt: Selbsthilfegruppe besser gestalten	166	
	Arbeitsblatt: Wie sind Risiken zu bewältigen?	125		Infoblatt: Gesprächsregeln – eine Zusammenarbeit von Patienten und Therapeuten	167	
7.8	Zusammenfassung Rückfallgefährdung/ Bewältigungsstrategien	128		Arbeitsblatt: Wöchentliches Zufriedenheitsbarometer	168	
	Arbeitsblatt: Abschließende Ergebnisse	128		Infoblatt: Günstige und ungünstige Verhaltensweisen in Selbsthilfegruppen	169	
7.9	Planung und Ausarbeitung einer Notfallkarte	129	10	Schlusswort	171	
	Arbeitsblatt: Kurzfristiges Auffangen gefährlicher Situationen (1. Sitzung)	130		Anhang	173	
	Arbeitsblatt: Längerfristige Stabilisierung und Behebung der Ursachen (2. Sitzung)	131	A.1	Gruppenleben: Regeln im stationären Bereich – eine Zusammenarbeit von Patienten und Therapeuten	174	
	Infoblatt: Gestaltung der Notfallkarten und praktische Beispiele	132		A.2	Wöchentliches Stimmungsbarometer	175
	Notfallkarten von Patienten	135		Literatur	177	
8	Alternativen zum Suchtverhalten: Struktur und Aktivitätsplan	137		Zitierte Literatur	178	
	Einführung	138		Weiterführende Literatur	179	
8.1	Info- und Arbeitsblätter mit Beispielen	139				
	Infoblatt: Struktur- und Aktivitätsplan – Alternativen zum Suchtverhalten	139				
	Arbeitsblatt A: Alternativen, die es schon vor der Suchtproblematik gab	141				
	Arbeitsblatt B: Auflisten von neuen Alternativen	142				
	Infoblatt: Auflistung von alltäglichen Aktivitäten (Beispiele)	143				
	Infoblatt: Auflistung von Highlights (Beispiele)	146				
8.2	Zwischenbilanz und Eintragung in die Wochenpläne	147				
	Arbeitsblatt: Zwischenbilanz	147				
8.3	Struktur- und Aktivitätsplan	148				
	Arbeitsblatt: Wochenplan	149				
8.4	»Idealbeispiel« für einen Struktur- und Aktivitätsplan	151				

1 Einleitung

- 1.1 Theoretischer Überblick – 3**
- 1.2 Diagnosekriterien – 3**
- 1.3 Entzugssyndrom (F1X3) – 4**
- 1.4 Erklärungsmodelle – 4**
 - 1.4.1 Intrapsychische Erklärung – 5
 - 1.4.2 Rückfallverhütung – 5
 - 1.4.3 Verhaltensmodell (Konditionierungsmodell) – 6
- 1.5 Suchtkranke in Behandlung – 7**
- 1.6 Das Suchtmodell und die therapeutischen Schlussfolgerungen – 7**
 - 1.6.1 Therapeutische Schlussfolgerungen – 9
 - 1.6.2 Motivation – 9
 - 1.6.3 Krankheitseinsicht und Abstinenz – 10
 - 1.6.4 Psychotherapie der Ursachen und die Perspektive – 11

In diesem **Arbeitsheft** sind Informationen und **Aufgabenmaterialien zur Psychotherapie** von substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen zusammengestellt. Dieses Kapitel bietet einen kurzen Überblick bezüglich der (theoretischen) Annahmen zur **Entstehung und Therapie substanzgebundener Abhängigkeiten**. Er stellt eine Grundlage dafür dar, die Arbeitsmaterialien sinnvoll in einen größeren Zusammenhang einzuordnen. Die Unterlagen dienen zur Vorbereitung auf Therapien, als Aufgabenstellungen und Gesprächsgrundlage in Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und stationären oder teilstationären Einrichtungen. Sie strukturieren von Beginn bis zum Ende den Behandlungsablauf, stellen ein Gesamtkonzept dar und finden in Einzel- und Gruppenverfahren Anwendung. Teilweise überschneiden sich Fragestellungen, die eher im ambulanten oder stationären Bereich anzusiedeln sind. Wenn eine Trennung möglich ist, sind die Unterschiede gekennzeichnet. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass in der Suchttherapie Übergänge fließend sind: Zum einen werden Patienten aus ambulanter Behandlung und Selbsthilfegruppen auf stationäre Therapien vorbereitet, zum anderen kehren Patienten nach einer abgeschlossenen stationären Therapie in die Nachsorge dorthin zurück. Vom Erstkontakt bis hin zur Nachsorge bilden die unterschiedlichen Institutionen ein Netz bzw. eine Behandlungskette. Gesundheitsämter, Ärzte oder soziale Dienste von Betrieben vermitteln Suchtkranke in Beratungsstellen, Kliniken und Selbsthilfegruppen. Die während der Therapie aufrechterhaltenen Kontakte zwischen Entsendestellen und Behandlungsstätten garantieren eine optimale Wiedereingliederung und Nachbetreuung, so dass Behandlungserfolge längerfristig stabilisiert werden.

Die Arbeitsmaterialien umfassen die Zeit des Entzugs und der Entwöhnung, beziehen die Gefahr des Therapieabbruchs ein und betonen die Bedeutung einer konsequenten Therapieplanung. Das Suchtmodell, das Motivation, Krankheitseinsicht und Therapie der Ursachen berücksichtigt, ist dabei zentral. Darauf folgen Aufgabenstellungen zum Thema Beziehungen, insbesondere Partnerschaft, sowie zum Erkennen und Äußern von Gefühlen und deren Zusammenhänge mit dem Suchtverhalten. Eine häufige Ursache von Konflikten ist der Umgang mit Geld, und eine frühzeitige Auseinandersetzung mit finanziellen Problemen ist angezeigt. In den letzten Jahren hat sich die Suchtforschung intensiv mit der Rückfallverhütung und den suchtspezifischen neurobiologischen Veränderungen des so genannten Belohnungssystems im Gehirn auseinandergesetzt. Wie ist die Abstinenz dauerhaft zu sichern, und wie sind Risiken frühzeitig zu erkennen? Abhängigkeit bedeutet, viele andere Dinge nicht zu tun. Um ein sucht-

freies Leben zu verwirklichen, sind in vielfältiger Weise Alternativen zum Suchtverhalten aufzubauen. So wird der »Stellenwert« des Suchtverhaltens im Belohnungssystem drastisch reduziert. Nicht der Verzicht steht im Vordergrund der Betrachtung, sondern die Vorteile der Abstinenz oder sogar die »Lust auf Abstinenz«. Ziel ist es, an vielen anderen Lebensaspekten wieder Interesse und Freude zu gewinnen. Zudem ist eine gewisse Wachsamkeit aufrechtzuerhalten, da Rückfallrisiken dauerhaft fortbestehen.

Es hat sich als sinnvoll erwiesen, Arbeitsdurchgänge in verschiedenen Therapiephasen zu wiederholen, um Einsichten zu vertiefen und sich intensiv um die Umsetzung geplanter Vorhaben zu bemühen. Die Arbeitsmaterialien bieten die Grundlage für eine gründliche Auseinandersetzung mit den Suchterlebnissen und geplanten Veränderungen.

Das Heft ist so gestaltet, dass nach einer Einführung in das jeweilige Thema Aufgaben zu bearbeiten und dann die Ergebnisse häufig mit vorgegebenen Lösungen oder Arbeitsergebnisse anderer Patienten zu vergleichen sind. Falls Ihnen eine Aufgabenstellung unklar bleibt, ist »Blinzeln« nach den Lösungen erlaubt. Scheuen Sie nicht davor zurück, Fragen zu Aufgaben zu stellen, Kritik zu üben und Ergänzungsvorschläge zu machen. Die Therapeuten und Autoren sind für jede Anregung dankbar. Nutzen Sie die E-Mail-Adresse, um mit uns zu kommunizieren. Weitere wichtige Grundsätze für den Umgang mit diesem Arbeitsheft sind:

- Möglichst viele Menschen mit einbeziehen: Alleine schafft es keiner!
- Lösen der Aufgaben, z. B. in kleinen Gruppen (ca. 3–5 Personen), und dabei laut denken. Das »Durchsprechen« ist schon ein wichtiges Ziel an sich. Größere Gruppen (ca. 10–12 Personen) eignen sich dazu, in die jeweilige Thematik einzuführen und das gemeinsame Arbeitsergebnis (z. B. auf einer »Wandzeitung«) darzustellen und zu diskutieren.
- Langsames und gründliches Durcharbeiten.
- Wiederholen der Aufgaben in verschiedenen Therapiephasen.
- Korrekturen und Ergänzungen an vorherigen Ausarbeitungen vornehmen.

Keine Angst vor schriftlichen Aufgaben! Es sind jeweils nur Stichworte nötig. Dabei kommt es nicht auf die Rechtschreibung oder eine schöne Schrift an. Falls es Probleme beim Lesen bzw. Schreiben gibt, sind andere bestimmt behilflich.

Dieses Therapiebegleitheft ist stark praxisorientiert gestaltet. Dies hat nicht zur Folge, dass andere Fachliteratur überflüssig ist. Es ist empfehlenswert, sich einen größeren Überblick über die vorhandene Literatur zu

den Theorien zum Krankheitsbild und therapeutischen Vorgehen zu verschaffen. Vorschläge und Hinweise dazu sind im Literaturverzeichnis vorhanden.

An dieser Stelle müssen wir betonen, dass Psychotherapie keine notwendigen medizinischen Maßnahmen ersetzen kann. Entzugs- bzw. Entgiftungsmaßnahmen sollten immer unter medizinischer Kontrolle geschehen. Generell hat eine Abklärung gesundheitlicher Begleiterscheinungen und Folgen der Suchtkrankheit stattzufinden.

Der nachfolgende Aufsatz gibt einen kurzen fragmentarischen (nicht auf Vollständigkeit abzielenden) Überblick bezüglich der (theoretischen) Annahmen zur Entstehung und Therapie stoffgebundener Abhängigkeiten. Er stellt eine Grundlage dar, die Arbeitsmaterialien sinnvoll in einen größeren Zusammenhang einzuordnen.

1.1 Theoretischer Überblick

In der **kleinen Gruppe oder für eine stille Einzelarbeit**: Unterstreichen Sie, was Ihnen wichtig erscheint, und machen Sie Fragezeichen, wo Sie etwas nicht verstanden haben. Haben Sie keine Scheu, falls Sie etwas nicht verstehen (etwa Fremdwörter), nachzufragen, andere um Hilfe zu bitten!

Dieser Text soll dazu dienen, die nachfolgenden Arbeitsmaterialien in einen größeren Zusammenhang einzuordnen. Die weitere Vorgehensweise in diesem Therapiebegleitheft gestaltet sich dann wesentlich »praktischer«. Es sind überwiegend konkrete Projekte und Aufgabenstellungen zu bearbeiten.

In den westlichen Industrienationen stellt die **Alkoholabhängigkeit** bei Männern die häufigste und bei Frauen nach Angststörungen die zweithäufigste psychische Erkrankung dar (Wittchen et al. 1992). Einer repräsentativen Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zufolge (Kraus u. Bauernfeind 1998; Bühringer u. Kraus 1999) sind etwa 3% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland (1,5 Mio.) als alkoholabhängig einzustufen und weitere 5% (2,4 Mio.) als Alkoholmissbraucher. Zusätzlich besteht bei etwa 4–5% aufgrund häufig verordneter Arzneimittel ein erhöhtes Suchtpotenzial. Psychotrope (psychisch wirksame) Arzneimittel wie z. B. Schlafmittel und Tranquilizer vom Benzodiazepin- und Barbitursäure-Typ, zentral wirkende Schmerzmittel, kodeinhaltige Medikamente oder auch Psychostimulanzien sind rezeptpflichtig. Ein recht hoher Anteil dieser Mittel – Schätzungen gehen bis zu einem Drittel – wird nicht wegen der diagnostizierten Probleme, sondern aufgrund einer hohen Gewöhnung und zur Vermeidung von Entzugserscheinungen einge-

nommen (Glaeske u. Janhsen 2002; Hoffmann u. Glaeske 2006). Anzunehmen ist, dass in Deutschland ca. 1,4 Mio. Menschen von Medikamenten mit Suchtpotenzial abhängig sind, und zwar 1,0–1,1 Mio. Menschen von Benzodiazepin-Derivaten und etwa weitere 300.000 von anderen Arzneimitteln. Andere Schätzungen gehen von bis zu 1,9 Mio. **Medikamentenabhängigen** aus (Soyka et al. 2005).

Das Risiko einer Abhängigkeit von Benzodiazepinen und anderen Hypnotika/Sedativa steigt ab dem 40. Lebensjahr stark an. Es sind doppelt so viele Frauen von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen wie Männer. Stimulanzien werden hingegen vermehrt von jüngeren Patienten eingenommen, wobei ein mittleres Alter von 26,6 Jahre festzustellen war (Elsesser u. Sartory 2001). Die Zahl der **Abhängigen illegaler Drogen** (im Alter von 18–59 Jahren) in Deutschland beläuft sich auf ca. 300.000. Weitere Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (Kraus et al. 2005) ergaben, dass der Konsum von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy und Kokaïn/Crack der 18- bis 39-Jährigen von 1986 bis 2003 signifikant gestiegen ist. In der Stichprobe wurden 1,1% als cannabisabhängig und 0,1% als kokainabhängig eingestuft. Der zunehmende Gebrauch illegaler Drogen ist vor allem auf einen zwischenzeitlichen Anstieg des Cannabiskonsums zurückzuführen. Neuere Trendbeobachtungen sprechen eher für eine Stabilisierung des Konsums illegaler Drogen (Kraus et al. 2008).

Die Frage, wie häufig in Deutschland lebende Migranten (über 7 Mio. Ausländer, 5 Mio. Aussiedler) von einer Suchterkrankung betroffen sind, kann aufgrund unzureichender Informationen bisher nur anhand von Schätzungen beantwortet werden. Diesen zufolge entspricht der Anteil abhängiger Migranten (ca. 3–5%) etwa dem der deutschen Bevölkerung (Baetz 2002). Aus diesem Grund müssen Sprachprobleme im Therapieangebot berücksichtigt werden.

1.2 Diagnosekriterien

Für die Diagnose einer Substanzabhängigkeit sind, angelehnt an die ICD-10 (Diagnosekriterien) der Weltgesundheitsorganisation (Dilling et al. 1991), die in der Übersicht aufgeführten Kriterien anzuwenden, wobei mindestens drei der Kriterien innerhalb des jeweils vergangenen Jahres gleichzeitig vorhanden gewesen sein müssen.

Diagnosekriterien für eine Abhängigkeit nach ICD-10

- Starker Wunsch oder eine Art innerer Zwang, psychotrope (psychisch wirksame) Substanzen zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Einnahme derselben oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch geringere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind größere Mengen des Suchtmittels erforderlich.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums; erhöhter Zeitaufwand, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung in Folge starken Substanzkonsums oder Verschlechterung kognitiver Funktionen (z. B. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen).

Eine Faustregel lautet (Lindenmeyer 2005a): Abhängig ist, wer den Konsum einer psychisch wirksamen Substanz nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten, oder wer den Konsum des Suchtmittels nicht einstellen kann, obwohl er sich oder anderen immer wieder schweren Schaden zufügt.

1.3 Entzugssyndrom (F1X3)

Das Entzugssyndrom (Syndrom = Ansammlung bestimmter Symptome) ist, wie beschrieben, ein Kriterium des Abhängigkeitssyndroms. Liegt diagnostisch eine Abhängigkeit vor, ist grundsätzlich auch ein Entzugssyndrom als Diagnose in Betracht zu ziehen. Das psychische und körperliche Erscheinungsbild ist abhängig von der konsumierten Substanz. Die ICD-10 definiert daher neben allgemeinen Diagnosekriterien für das Entzugssyndrom substanzbezogene Kriterien, z. B. für Alkohol, Sedativa/Hypnotika und Opioide. Die Symptome sind in der Regel zu beobachten, wenn eine psychotrope Subs-

tanz wiederholt, über einen längeren Zeitraum oder in hoher Dosierung konsumiert wurde. Sie zeigen sich nicht nur nach völligem Absetzen der Substanz, sondern bereits nach relativem Entzug, also einer Reduktion der Einnahme. Das Entzugssyndrom ist immer eine zeitlich begrenzte Störung. Neben körperlichen Symptomen (z. B. Zittern, Schweißausbrüche, Übelkeit und Wahrnehmungsstörungen) sind oft psychische Störungen (z. B. Angst, Depression oder Schlafstörungen) vorhanden. Eine Besserung der Symptome ergibt sich bei erneutem Substanzkonsum.

Diagnosekriterien für das Entzugssyndrom F1X3 nach ICD-10

- Nachweis des Absetzens oder Reduzierens einer Substanz nach wiederholtem und meist lang anhaltendem Konsum in hoher Dosierung oder auch nur nach Konsum großer Mengen.
- Symptome und Anzeichen, die den bekannten Merkmalen eines Entzugssyndroms der betreffenden Substanz(en) entsprechen.
- Nicht durch eine vom Substanzgebrauch unabhängige körperliche Krankheit zu erklären und nicht besser auf eine andere psychische oder Verhaltensstörung zurückzuführen.

Als Komplikation des Entzugssyndroms können z. B. Krampfanfälle oder delirante Zustände (Entzugssyndrom mit Delir F1X4) auftreten. Die Diagnose sollte in diesem Fall durch den Schweregrad der Störung gerechtfertigt sein. Je nach konsumierter Substanzklasse können unterschiedliche Entzugserscheinungen auftreten.

1.4 Erklärungsmodelle

Es existieren keine einheitlichen Störungsmodelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung substanzgebundener Abhängigkeiten. Ein bio-psycho-sozialer Erklärungsansatz scheint am ehesten geeignet zu sein, die Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit und anderen substanzgebundenen Abhängigkeiten zu beschreiben. In einem Teufelskreismodell (■ Abb. 1.1) geht Küfner (1981) davon aus, dass die positive Wirkung einer spannungslösenden und/oder euphorisierenden Substanz jeweils von unterschiedlichen negativen Folgen (psychisch, körperlich, sozial) begleitet ist, die wiederum, um diese zu lindern, ein erhöhtes Verlangen nach der Substanz begünstigen. **Positive Wirkungen** sind z. B. Entspannung, Beruhigung

bzw. Anregung (aufputschend). **Negative Folgen** des Konsums können beispielsweise sein:

- negatives Selbstbild/Selbstwertgefühl (psychisch),
- Entzugserscheinungen, gesundheitliche Beschwerden (körperlich),
- Partnerschaftsprobleme, soziale Konflikte, Beschaffungsprobleme (sozial).

Der Suchtmittelkonsum mit der erleichternden sowie entspannenden Wirkung auf der einen Seite und die Bekämpfung der negativen Konsequenzen des Konsums auf der anderen halten sich so gegenseitig aufrecht und verstärken sich gegenseitig. Ein Anstieg der negativen körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden wird wiederum mit einer erhöhten Dosis des Suchtmittelkonsums beantwortet.

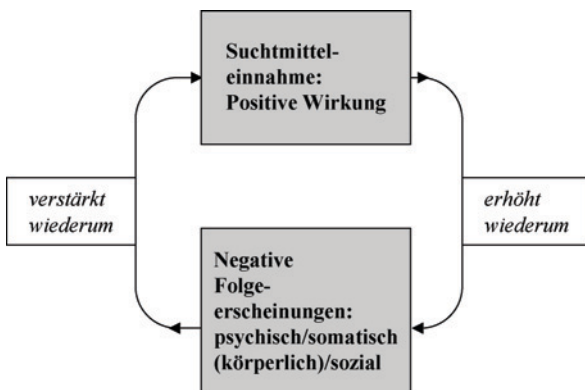
1.4.1 Intrapsychische Erklärung

Psychisch wirksame Substanzen können in **Abhängigkeit von Situationen** und **persönlichem Befinden** in unterschiedlicher Weise den psychischen Zustand beeinflussen, also **enthemmend/stimulierend** oder **dämpfend/beruhigend** wirken. So kann sich in einer Gemeinschaft die Kontaktfähigkeit des Einzelnen verbessern, sich die Geselligkeit erhöhen und dadurch schließlich das Gefühl zunehmen, dazuzugehören. Unter Einfluss von Alkohol und anderen Substanzen kann das Wohlbefinden bei Festen und sonstigen Zusammenkünften steigen, und es fällt leichter, aus sich herauszugehen, selbstbewusster aufzutreten, eine gute Stimmung zu entwickeln, gleichzeitig Sorgen und Nöte zu vergessen (Beck et al. 1997). Es entwickeln sich alltägliche Rituale, zu bestimmten Tageszeiten eine beruhigende/dämpfende Wirkung (z. B. zum Feierabend) zu suchen und zu anderen Tageszeiten einen aufputschenden/stimulierenden Effekt zu erzielen, etwa wenn die höchste Leis-

tungsanforderung zu erwarten ist. Je nach Substanz droht eine recht schnelle Gewöhnung, eine Toleranzveränderung kommt hinzu, die eine Dosissteigerung zur Folge hat, um die gleiche erwartete Wirkung hervorzurufen. In ähnlicher Weise lassen sich psychisch verändernde Substanzen einsetzen, von Konflikten und Problemsituationen abzulenken und sich z. B. vor unbewältigten Erfahrungen aus der Vergangenheit zu schützen – mit der Gefahr, in eine Abhängigkeit zu geraten.

1.4.2 Rückfallverhütung

Ein großer Teil der Forschung in der Suchttherapie konzentriert sich auf die Prävention von Rückfällen. Das **Suchtverhalten kann nicht geheilt**, sondern nur zum **Stillstand** gebracht werden, da das Suchtgedächtnis nicht vollständig »löscht«. Die Gefahr des Rückfalls besteht deshalb nach einer Therapie fort. Insbesondere kurz nach dem Therapieende ist die größte Unsicherheit vorhanden, Gelerntes auf die reale Lebenssituation zu übertragen. Es gibt verschiedene Modelle und wissenschaftliche Erkenntnisse, wie Rückfälligkeit entsteht und zu verhindern ist (Marlatt 1985; Bachmann 1999; Lindenmeyer 2005a; Körkell u. Schindler 2003; Meyer u. Bachmann 2005). Hier gibt es kaum Unterschiede zwischen den Suchtformen. Die Ursachen sind vielfältig und reichen vom »Leichtsinn« bis zu schwierigen »Problemsituationen«. Ein wichtiger Grundsatz lautet, dass die Abstinenz nur beibehalten wird, wenn sie letztlich einen Vorteil darstellt. Es geht bei der Rückfallprävention weiterhin darum, **persönliche Gefahrensituationen** zu erkennen und dafür **Bewältigungsstrategien** zu erarbeiten. Eine intensive Auseinandersetzung mit diesen Themen ist obligatorisch. Dem Modell von Marlatt zufolge entsteht eine Rückfallrisikosituation vor allem durch einen »unausgewogenen Lebensstil« (z. B. schlechte Balance zwischen Anspannung und Entspannung) und »scheinbar irrelevante Entscheidungen«, durch die es zu einer »unbewussten« Annäherung an das Suchtverhalten kommt. Negative Empfindungen, die aus einem unausgewogenen Lebensstil resultieren, rufen Bedürfnisse nach zusätzlichem Ausgleich und innerem Gleichgewicht hervor. Die Gefahr ist groß, dabei auf im »Suchtgedächtnis« gespeicherte Möglichkeiten zurückzugreifen und erneut das Suchtmittel zu konsumieren. Oft sind es erste Annäherungen in Richtung Suchtverhalten (z. B. zielloses Umhergehen oder Aufsuchen von Orten, an denen Suchtmittel beschafft wurden), die die Hemmschwelle senken, das Suchtmittel wieder zu sich zu nehmen. Eine »Selbsttäuschung« über die Möglichkeit, es bei einer kleinen Menge zu belassen, erleichtert oft den ersten Schritt.



■ **Abb. 1.1.** Teufelskreismodell. (Mod. nach Kufner 1981)

1.4.3 Verhaltensmodell (Konditionierungsmodell)

Dieser Ansatz betont vor allem die »belohnende« Wirkung des Suchtmittels und die damit in Verbindung stehenden Lernerfahrungen, z. B. mehr Selbstvertrauen zu haben und gut gelaunt zu sein (= positive Verstärkung). Aber auch der Wegfall bzw. die Linderung von unangenehmen Gefühlszuständen (depressive Verstimmungen, Ängste) und Schmerzen (= negative Verstärkung) spielt eine große Rolle. Aufgrund der positiven Erfahrungen (»Wenn ich Alkohol trinke, fühle ich mich besser«) kommt es zur erneuten Einnahme (Lernen durch positive Konsequenzen; Elssesser u. Sartory 2001).

Wodurch entstehen aber diese belohnenden Wirkungen? Die Substanzen beeinflussen den Botenstoffhaushalt des Gehirns. Körpereigene »Glückshormone« (z. B. Endorphine, Dopamin) sind u. a. in einem kleinen, aber sehr bedeutsamen Teil des Gehirns aktiv: dem **Belohnungszentrum**. Es steuert die emotionale Befindlichkeit des Menschen, belohnt mit guter Laune und Schwung bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Das Belohnungszentrum ist sozusagen der Sitz aller Lust- bzw. Unlustgefühle des Menschen. Bei Ausfall dieses Systems hätten wir zu nichts mehr Lust, nicht einmal zur Nahrungsaufnahme oder Sexualität. Wird ein Suchtmittel eingenommen, entsteht ein »Chaos im Kopf« durch den Überschuss an »Glückshormonen«, man fühlt sich z. B. euphorisiert, aktiv, enthemmt. Beim Abbau der Substanz entsteht schließlich ein Mangel, und unangenehme Nebenwirkungen treten auf. Bei häufiger Suchtmittelleinnahme produziert der Körper immer weniger eigene »Glückshormone«, und dies hat zur Folge, dass die Nebenwirkungen zunehmen. Um sich schnell wieder besser zu fühlen, greift man wieder zum Suchtmittel. Durch den anhaltenden und **regelmäßigen Konsum** entstehen **grundlegende Veränderungen im Gehirn**, man spricht in diesem Zusammenhang auch von dem so genannten **Suchtgedächtnis**. Es merkt sich, in welcher Situation, in welcher Umgebung, bei welchen Gefühlszuständen etc. (Dinge, die mit der Suchtmittelleinnahme verknüpft/konditioniert sind) Alkohol bzw. Drogen oder abhängig machende Medikamente eine bestimmte angenehme Wirkung hatten. Bei Aktivierung des Suchtgedächtnisses werden die unerwünschten Nebenwirkungen ausgeblendet, und stattdessen treten die positiven Erfahrungen hervor (Lindenmeyer 2005b). Es wird angenommen, dass das Suchtgedächtnis (auch nach langer Zeit der Abstinenz) nicht erlischt, »blitzschnell« ein starkes Verlangen (»Craving«) nach dem Suchtmittel auftreten und einen Rückfall initiieren (hervorrufen) kann.

Wie ist es möglich, auf anderem Weg das Belohnungszentrum zu aktivieren? Auch andere als **ange-**

nehm empfundene Verhaltensweisen regen den Belohnungsschaltkreis an, z. B.:

- Erfolgserlebnisse in Schule/Beruf,
- »gute« Gespräche,
- befriedigende Beziehungen,
- Bewegung,
- Sport treiben,
- funktionale Problem- und Stressbewältigungsstrategien,
- eigene Gefühle benennen und ausdrücken,
- Musik hören, Musizieren,
- Tanzen, Schauspielen,
- Singen.

Hierbei sind selbstverständlich individuelle Neigungen und Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Der Weg aus der Abhängigkeit bedeutet, an vielen anderen Lebensaspekten wieder Interesse und Freude zu haben. Gute Vorsätze und Absichten sind in die Tat umzusetzen, um alternative Verhaltensweisen aufzubauen, die die belohnende Wirkung der Substanz durch den Effekt von positiv wirksamen Verhaltensweisen ersetzen und das Suchtgedächtnis sozusagen »überschreiben«. Nur so ist es möglich, die Prozesse im Gehirn langfristig zu verändern und die Abstinenz nicht dauerhaft als unangenehmen Verzicht zu erleben. Eine allgemeine Regel lautet, dass es sich am besten abschalten und entspannen lässt, wenn man sich auf etwas anderes stark konzentriert.

Exkurs

Die belohnende Wirkung von Substanzen wurde z. B. in Tierversuchen ermittelt: Tiere lernten für die Verabreichung bestimmter Substanzen zu »arbeiten«. So lernten sie, einen Hebel zu betätigen, wenn sie direkt danach Opiate injiziert bekamen (= positive Verstärkung). Aber auch eine dopaminerge (Dopamin = Botenstoff, u. a. im Belohnungszentrum) Aktivierung scheint eine belohnende Wirkung zu haben. Die belohnende Wirkung führt dazu, dass die Substanz häufiger oder in der Folge auch mit höherer Dosis eingenommen wird. Dementsprechend sollten psychische Probleme zur erhöhten Einnahme von Substanzen führen, die eine vorübergehende Linderung unangenehmer Zustände bewirken. Depressive weisen während klinisch depressiver Episoden (Phasen) einen erhöhten Substanzmissbrauch auf (Hasin et al. 1985).



Auch situative Reize spielen eine Rolle. O'Brien et al. (1975) stellten fest, dass der Tod bei Drogeneinnahme nicht so sehr durch eine Überdosis entsteht, sondern häufiger dadurch, dass die Droge in einer ungewohnten Umgebung eingenommen wurde. Untersuchungen an Tieren (Siegel 1976) deuten ebenfalls darauf hin, dass eine Umgebung, die mit der Suchtmittleinnahme assoziiert ist (Klassische Konditionierung), auch zu höherer Toleranz führt (die Wirkung ist abgeschwächt). Solche Prozesse spielen vermutlich schon auf dem Rezeptorniveau bei Substanzabhängigkeit und Konsumgewohnheiten eine wichtige Rolle.

Während eine **genetische Disposition** am Alkoholismus (höhere Alkoholverträglichkeit) weitgehend nachgewiesen ist, besteht keine einheitliche Meinung zwischen klinischen Forschern hinsichtlich der Erbllichkeit von Faktoren, die zur Abhängigkeit von anderen Substanzen beitragen. Ein bestimmtes Persönlichkeitsbild, das ein Suchtverhalten wahrscheinlich macht, wurde bisher nicht gefunden.

1.5 Suchtkranke in Behandlung

Die Entwöhnungsbehandlung wird möglichst in Gruppen durchgeführt. Nur so können die Patienten wichtige Erfahrungen austauschen:

- wie Abstinenz zu erreichen ist,
- welche Empfindungen dabei zu verarbeiten sind,
- welche Alternativen sie zum Suchtverhalten entwickelt haben,
- wie die Krankheitseinsicht und Akzeptanz gefördert werden kann,
- wie der Abstinenzwunsch gefestigt werden kann.

Fortgeschrittene Patienten haben für neue Gruppenmitglieder wichtige Vorbildfunktionen, sich zu öffnen, sich ohne Vorbehalte mit der Suchtproblematik auseinanderzusetzen und Scham- und Schuldgefühle (suchtspezifische Abwehrhaltungen) zu bewältigen. Sowohl die Gruppen- als auch zusätzliche Einzel- und Familientherapie bieten vielfältige Möglichkeiten, die (multifaktoriellen) Ursachen der Krankheitsentwicklung einzusehen, notwendige Änderungen in Einstellungen und im Verhalten einzuleiten, um damit eine **dauerhafte Stabilisierung** des Patienten und eine **zufriedene Abstinenz** zu erreichen.

Es ist keine Frage, dass eine Krankheit immer mit einem möglichst geringen persönlichen und ökonomischen Aufwand zu behandeln ist. Dieser allgemeine Grundsatz macht jedoch die Entscheidung für Betroffene und Behandelnde aus ambulanten (z. B. Hausarzt, Gesundheitsämter, ärztliche Ambulanzen, Sucht- und Sozialberatungsstellen, Selbsthilfegruppen) und stationären Einrichtungen (z. B. psychiatrische Akutbehandlung, Fachkliniken für Suchtkranke, teilstationäre Angebote) nicht einfacher, die individuell richtige Therapieform zu wählen.

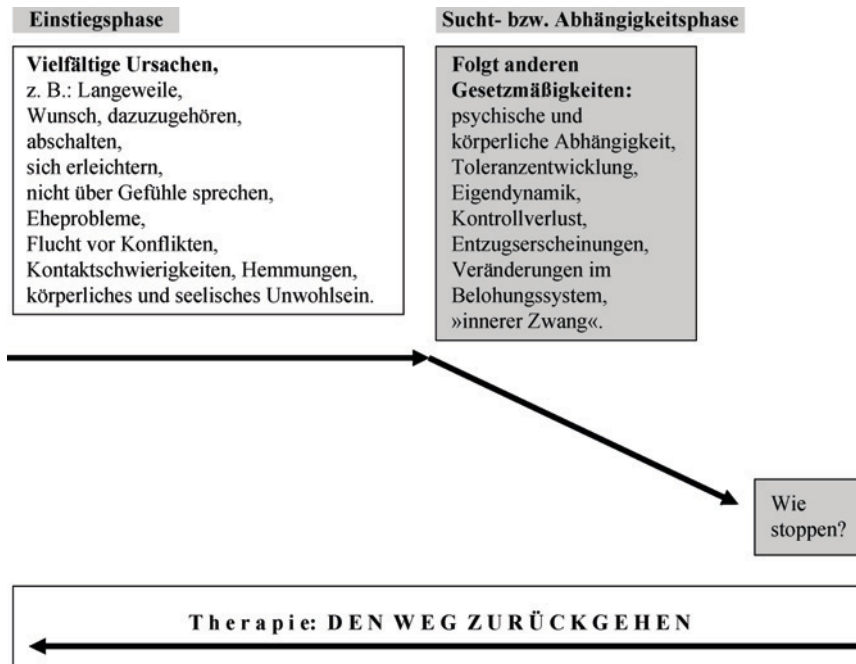
Die unterschiedlichen Institutionen bilden eine Behandlungskette, durch die Entgiftungen, umfassende Entwöhnungstherapien, die notwendige Vorbereitung und Beantragung eines stationären Aufenthalts sowie längerfristige Nachbetreuungen gewährleistet sind. Was für eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit einer stationären Einrichtung spricht, ist in der Übersicht angeführt.

Bedingungen einer frühen Kontaktaufnahme mit einer stationären Einrichtung

- Es ist eine stationäre Entgiftung angezeigt.
- Örtlich sind keine weitergehenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten zur Entwöhnung gegeben.
- Ambulante Therapieversuche sind gescheitert.
- Es ist ein »Schutzraum« notwendig, weil das soziale Umfeld zu schwierig ist.
- Es liegen starke psychische oder soziale Notlagen vor.

1.6 Das Suchtmodell und die therapeutischen Schlussfolgerungen

Nur schwerpunktmäßig unterscheiden sich die Therapieziele und Behandlungsschritte ambulanter und stationärer Einrichtungen. In der ambulanten Behandlung ergibt sich die Schwierigkeit, einen Suchtkranken überhaupt erst an die **Annahme von Hilfe heranzuführen**, dann den Kontakt aufrechtzuerhalten und das Abstinenzziel in der **realen Lebenssituation** zu bewerkstelligen, mit den dort zahlreich vorhandenen Suchtauslösern. Möglichst früh sind die Angehörigen in die Therapie einzubeziehen, was in erheblichem Maße zum Erfolg und Durchhalten der Therapie beiträgt. Durch die therapeutischen Rahmenbedingungen (freiwillige Ausgangsbeschränkungen, Suchtmittelkontrollen etc.) gestaltet sich die Anfangsphase der Abstinenz in stationären Einrichtungen zunächst meist einfacher, wobei die Um-



■ **Abb. 1.2.** Suchtmodell

setzung in der realen Lebenssituation dann allerdings noch bevorsteht und durch eine ambulante Nachsorge sowie einen regelmäßigen Besuch der Selbsthilfegruppe abzusichern ist. Das **Suchtmodell** (■ Abb. 1.2), in dem sich die bisherigen Erklärungsansätze integrieren lassen, unterscheidet zwischen Einstiegs- und Suchtphase. Dabei werden Bedingungen der Entstehung (Einstieg) und Aufrechterhaltung (Suchtphase) sowie therapeutische Schlussfolgerungen einander gegenübergestellt.

Beobachtungen zeigen, dass es vielfältige, d. h. **multi-faktorielle Ursachen** gibt, die zum Einstieg und zu einem verstärkten Gebrauch suchtgefährdender Substanzen führen. Schon in der **Einstiegsphase** können erhebliche Auffälligkeiten im Verhalten sowie psychische und körperliche Schäden auftreten, obwohl noch keine Abhängigkeit zu diagnostizieren ist. Frühzeitig sollte medizinischer und psychotherapeutischer Rat in Anspruch genommen werden. Therapeutische Bemühungen in dieser Phase zielen darauf ab, Ursachen für den erhöhten Gebrauch einzusehen und zu bearbeiten sowie alternative Verhaltensweisen zu entwickeln – wobei der Konsum von so genannten harten Drogen schon in kleinen Dosen und in kürzester Zeit zur Abhängigkeit führt.

Es ist selbstverständlich, dass bei Drogenkonsum insgesamt nur die Abstinenz Zielsetzung sein kann und Medikamenteneinnahme nur in enger Betreuung durch den Arzt erfolgen soll. Außerdem ist bei verstärktem, aber noch nicht abhängigem Alkoholkonsum, der psychische und körperliche Schäden zur Folge hat, ebenfalls

Abstinenz ins Auge zu fassen, um eine Krankheitsvertiefung zu verhindern. Die Einstellung des Konsums dürfte häufig leichter zu verwirklichen sein als ein »kontrollierter« Umgang damit.

In der **Suchtphase** ist das abhängige Verhalten durch einen **Kontrollverlust** bzw. die **Unfähigkeit zur Abstinenz** gekennzeichnet. Der Konsum des Suchtmittels hat eine starke Eigendynamik bekommen, wird durch Entzugserscheinungen aufrechterhalten, was durch die abfallende Linie in der Abbildung 1.2 gekennzeichnet ist. Der Abhängige verspürt einen unwiderstehlichen Drang oder Zwang zum weiteren Konsum. Selbst erhebliche negative gesundheitliche, soziale und psychische Folgeschäden stoppen das Suchtverhalten nicht, verschlimmern es häufig eher noch. Berufliche und häusliche Pflichten, andere Interessen und Verhaltensweisen, die bisher zur Entspannung und zu einem psychischen Ausgleich beigetragen haben, werden stark vernachlässigt. Bei längerem Gebrauch verändern sich die Gehirnprozesse im Belohnungssystem, und das Suchtverhalten übernimmt in starkem Maße die Funktion, für das notwendige positive Befinden zu sorgen.

Unter der Toleranzveränderung wird die Dosis gesteigert. Es entsteht eine psychische und körperliche Abhängigkeit, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sich der Suchtmittelkonsum zum zentralen Lebensinhalt entwickelt. **Suchtspezifische Abwehrhaltungen** führen – aus Scham- und Schuldgefühlen heraus – zur Leugnung und Bagatellisierung der Probleme. Häufig ist es nur durch