

Kai Wendt



Suchthilfe & Suchttherapie

Leitfaden für die Praxis



Kai Wendt

Suchthilfe & Suchttherapie

This page intentionally left blank

Kai Wendt

Suchthilfe & Suchttherapie

Leitfaden für die Praxis

Mit 7 Abbildungen und 19 Tabellen

 **Schattauer**

Dr. med. Kai Wendt

Oberarzt

MEDIAN Klinik Lübeck – Akutklinik für qualifizierte stationäre Entzugsbehandlung
Weidenweg 9–15, 23562 Lübeck
kai.wendt@median-kliniken.de

Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig! Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter www.schattauer.de/feedback oder direkt über QR-Code.

**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.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2017 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany
E-Mail: info@schattauer.de, Internet: www.schattauer.de
Printed in Germany

Projektleitung: Dipl.-Chem. Claudia Ganter, Stuttgart

Lektorat: Marion Lemnitz, Berlin

Drug Icons auf der Umschlagabbildung: Xerography/Shutterstock.com

Satz: Achim Theiß – Satz & Druck, Grünberg

Druck und Einband: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten/Allgäu

Auch als E-Book erhältlich: ISBN 978-3-7945-9096-4

ISBN 978-3-7945-3262-9

Vorwort

Dieses Buch war ursprünglich als kleines, dünnes Büchlein für die neuen Mitarbeiter meiner Entzugsstation gedacht – um ihnen den Einstieg in ihr neues Tätigkeitsfeld zu erleichtern. Im Laufe der Zeit sind dann jedoch immer mehr Abschnitte und neue Kapitel hinzugekommen, die ich für wichtig, interessant oder auch einfach spannend erachtet habe, und so ist im Laufe der Zeit aus dem kleinen dünnen Heftchen ein »richtiges« Buch geworden.

Die Idee dahinter ist aber immer noch die gleiche – nämlich Mitarbeitern, die in der Suchthilfe oder Suchttherapie tätig sind, einen kurzen, knappen, aber vor allem leicht verständlichen Einblick in die Behandlung suchtkranker Menschen zu geben. Dabei soll der Schwerpunkt ganz klar auf der praktischen Arbeit liegen, daher habe ich weitgehend auf theoretisch-akademische Ausführungen verzichtet. An der einen oder anderen Stelle ist es jedoch sinnvoll – wenn auch nicht notwendig –, etwas weiter auszuholen, um das grundsätzliche Verständnis zu erleichtern. Ich habe aber immer versucht, diese theoretischen Teile so kurz wie möglich zu fassen – ich hoffe, das ist mir gelungen.

Während des Schreibens ist das Buch aber so umfassend geworden, dass sich nicht nur Pflegeberufe, sondern durchaus auch andere in der Suchthilfe tätige Berufsgruppen angesprochen fühlen dürfen. Durch seinen engen Praxisbezug bietet es auch wertvolle und im Arbeitsalltag hilfreiche Informationen für z. B. Sozialarbeiter, Suchtberater, Psychologen (in Ausbildung), medizinische Fachangestellte, Ergotherapeuten, Kunsttherapeuten, Sporttherapeuten, junge Ärzte usw. Ganz besonders richtet es sich an diejenigen Mitarbeiter, die bisher keinen oder nur wenig Kontakt zur Suchtmedizin hatten. Gerade ihnen soll es den Einstieg in dieses spannende, aber auch herausfordernde Gebiet erleichtern. Ich habe bewusst medizinisches Fachchinesisch vermieden, um gerade den medizi-

nischen Laien den Zugang zu ermöglichen; ich hoffe, auch das ist mir gelungen.

Das Buch schlägt einen enormen Bogen über alle Bereiche der Suchthilfe, daher muss es nicht von vorne bis hinten wie ein Roman gelesen werden. Vielmehr bietet es sich an, bestimmte Kapitel, die einen besonders interessieren, zuerst zu lesen und sich dann durch andere nicht weniger interessante Themen durchzuarbeiten – ähnlich wie das klassische Internet-Surfen, bei dem man sich von einem Link zum nächsten interessanten Link weiterhangelt. Die einzelnen Kapitel sind so geschrieben, dass man sie auch gut versteht, ohne die vorhergehenden gelesen zu haben. Dadurch ergeben sich zwangsweise einige Wiederholungen, die ich aber versucht habe, so gering wie möglich zu halten. Durch zahlreiche Querverweise auf andere ergänzende Kapitel soll der Leser gezielt und folgerichtig durch das Buch »geleitet« werden.

Wie auch immer, ich würde empfehlen, das »Grundlagen«-Kapitel zuerst zu lesen, da hier, wie es der Name schon andeutet, die Grundlagen der Sucht, der Suchtdynamik und der Suchttherapie behandelt werden und es auch sinnvoll ist, sich hiermit als erstes auseinanderzusetzen. Ab da überlasse ich es aber der »Abenteuerlust« und dem »Wagemut« des Einzelnen, wie und wo er weiterlesen möchte.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal explizit erwähnen, dass das gesamte Buch im Wesentlichen auf der Grundlage meiner jahrelangen persönlichen Erfahrung in der Arbeit mit suchtkranken Menschen entstanden ist. Ich versuche mich – wenn möglich und sinnvoll – an eventuell vorhandene Leitlinien oder medizinische Standards zu halten, aber insbesondere die Angaben zur Auswahl und Dosierung von Medikamenten geben lediglich meine persönlichen Erfahrungswerte wieder, die im Einzelfall durchaus auch von Leitlinienempfehlungen abweichen können. Letztlich soll dieses Buch aber auch keine exakte Anleitung zur Behandlung Suchtkranker darstellen, sondern vielmehr einen Überblick über die Grundlagen bieten und zum eigenständigen Nach- und Mitdenken anregen.

Auch möchte ich noch einmal festhalten, dass ich im Rahmen dieses Buches prinzipiell nicht zwischen legalen und illegalen (oder illegalisierten) Substanzen unterscheide. Der Ausdruck »Droge« wird durchweg synonym sowohl für Alkohol und Nicotin als auch für illegale Drogen verwendet. Das steht im Gegensatz zur üblichen Alltagssprache, wo mit »Drogen« in der Regel die illegalen Drogen gemeint sind. Aus medizinischer Sicht ist jedoch die Einteilung in legale und illegale Drogen völlig willkürlich; Alkohol ist aus suchtherapeutischer Sicht genauso eine Droge wie Heroin oder Cannabis – trotz des weithin gesellschaftlich akzeptierten Gebrauchs (man denke nur an das Oktoberfest, wo sich auch Politiker mit dem Bierkrug in der Hand voller Stolz fotografieren lassen)!

Gleichwohl habe ich in den allermeisten Fällen den Begriff »Patient« verwendet. In anderem Kontext wird man eher von »Klienten« (z. B. in der Beratungsstelle) oder auch von »Bewohnern« (z. B. in sozialtherapeutischen Einrichtungen) sprechen. Ich habe all diese Begriffe hier synonym verwendet, ohne dass ich dadurch eine Wertung oder Kategorisierung vornehmen möchte. Als Arzt bin ich grundsätzlich eher klinisch geprägt, sodass mir der Begriff »Patient« am geläufigsten ist; außerdem ist hier ja auch von Kranken im Sinne von »Leidenden« die Rede, sodass »Patient« eigentlich auch sehr passend ist.

Danken möchte ich an dieser Stelle vor allem allen Mitarbeitern der Entzugsstation der MEDIAN Klinik Lübeck (vormals AHG Klinik Lübeck), die letztlich (ohne es zu wissen) die Idee für dieses Buch geliefert haben. Ich hoffe sehr, dass es seinen Zweck erfüllt und so manch einem »Neuling« in der Suchthilfe und Suchttherapie in der ersten Zeit ein wertvoller Begleiter ist. Vielleicht findet aber auch der »alte Hase« noch das ein oder andere spannende Kapitel, um seinen Wissensschatz und sein Repertoire zu erweitern. In jedem Fall bin ich dankbar für jedwede konstruktive Rückmeldung!

Lübeck, im August 2017

Kai Wendt

Inhalt

1	Grundlagen	1
1.1	Was ist Sucht?	6
1.2	Suchtentstehung	14
1.3	Suchttherapie	18
1.3.1	Kontakt-, Informations- und Motivationsphase	21
1.3.2	Entgiftungsphase	23
1.3.3	Entwöhnungsphase	31
1.3.4	Nachsorgephase	39
1.4	Das Suchthilfesystem	41
1.5	Abhängigkeit und psychiatrische Komorbidität	45
2	Alkoholabhängigkeit	47
2.1	Grundlagen	47
2.2	Medizinische Fakten	53
2.3	Alkoholfolgeschäden	58
2.3.1	Verdauungstrakt	60
2.3.2	Hormon- und Elektrolythaushalt	61
2.3.3	Herz und Gefäße	62
2.3.4	Neurologie	63
2.3.5	Psychiatrie	64
2.4	Die Entwicklung einer Abhängigkeit	64
2.5	Diagnostik der Alkoholabhängigkeit	67
2.6	Der Alkoholentzug	71
3	Drogenabhängigkeit	73
3.1	Allgemeines	73
3.2	Diagnostik	78

3.3	Opiate, Cannabis, Polytoxikomanie	80
3.3.1	Opiatabhängigkeit	81
3.3.2	Cannabisabhängigkeit	94
3.3.3	Polytoxikomanie	107
4	Medikamentenabhängigkeit	109
4.1	Benzodiazepine	110
4.2	Opiate	115
4.3	Pregabalin (Lyrica®)	116
4.4	Nicht abhängig machende Medikamente	118
5	Psychiatrische Krankheitsbilder	119
5.1	Psychopathologie	120
5.2	Schizophrenie	124
5.3	Affektive Störungen	128
5.3.1	Depression	128
5.3.2	Bipolare Störung	130
5.4	Angststörungen	131
5.4.1	Phobie	133
5.4.2	Panikstörung	133
5.4.3	Generalisierte Angststörung	134
5.5	Persönlichkeitsstörungen	134
5.5.1	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	138
5.6	Traumafolgestörungen	142
5.6.1	Posttraumatische Belastungsstörung	143
5.7	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ...	145
5.8	Psychosomatik	147
5.9	Suizidalität	149

6	Somatische Krankheitsbilder	153
6.1	Hepatitis C	153
6.2	Leberzirrhose	156
6.3	HIV und AIDS	158
6.4	Krampfanfälle und Epilepsie	161
6.5	Thrombose	164
6.6	Polyneuropathie	166
7	Medikamentöse Behandlung	168
7.1	Medikamente im Entzug	169
7.1.1	Mittel zur Behandlung der akuten Entzugssymptomatik	169
7.1.2	Mittel zur Beruhigung im Entzug	173
7.1.3	Mittel zur Behandlung von Schlafproblemen	177
7.1.4	Mittel zur Prophylaxe von Komplikationen	182
7.2	Mittel zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen	183
8	Praxis auf einer Entzugsstation	188
8.1	Urinkontrollen	189
8.2	Komplikationen im Entzug	195
8.2.1	Delir	196
8.2.2	Wernicke-Enzephalopathie	197
8.2.3	Korsakow-Syndrom	198
8.3	Alternative Behandlungsmethoden im Entzug	199
9	Umgang mit Suchtkranken	201
9.1	Motivational Interviewing	204
9.2	Übertragung und Gegenübertragung	208
9.3	Nähe und Distanz	211

10	Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit	215
10.1	Allgemeines	215
10.2	Vorschriften, Regeln und Gesetze	218
10.3	Substitutionsmittel	223
10.3.1	Methadon	224
10.3.2	Levomethadon (L-Polamidon®)	226
10.3.3	Buprenorphin (Subutex®)	227
10.3.4	Buprenorphin/Naloxon (Suboxone®)	230
10.3.5	Retardiertes Morphin (Substitol®)	230
10.3.6	Diacetylmorphin (Diaphin®)	232
10.3.7	Codein und Dihydrocodein	234
10.4	Umstellung	235
11	Juristische Aspekte	238
11.1	Gesetzliche Betreuung	238
11.2	Geschlossene Unterbringung und Zwangsbehandlung	241
11.3	Finanzierung der Suchtbehandlung	245
11.4	Gesetze und Paragraphen	248
11.4.1	Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG)	248
11.4.2	Das Strafgesetzbuch (StGB)	251
11.5	»Legal Highs«	254
12	Spezielle Themen	258
12.1	Schwangerschaft und Sucht	258
12.2	Schmerzen und Sucht	261
12.3	Alter und Sucht	264
12.4	Co-Abhängigkeit	267
12.5	Verhaltenssüchte	269
12.6	Das Abstinenzparadigma	271

13	Suchtmittellexikon	275
13.1	Alkohol	275
13.2	Amphetamine	276
13.3	Cannabis	279
13.4	Cocain	282
13.5	Coffein	284
13.6	LSD	285
13.7	MDMA (»Ecstasy«)	288
13.8	Nicotin	290
13.9	Opiate	291
13.9.1	Heroin	292
13.9.2	Opiathaltige Medikamente	295
13.9.3	Andere Opiate	298
13.10	Schlaf- und Beruhigungsmittel	299
13.10.1	Benzodiazepine	299
13.10.2	»Z-Drugs«	302
13.10.3	Pregabalin	303
13.10.4	Andere Schlaf- und Beruhigungsmittel	303
13.11	Andere Drogen	304
14	Drogensprache	308
	Sehenswerte Filme	319
	Literaturempfehlungen	322
	Literatur	325

Anhang: Medikamententabellen	331
Medikamente zur Behandlung des akuten Entzugssyndroms	332
Medikamente zur Unterstützung im Entzug	335
Medikamente zur Behandlung von Schlafstörungen	338
Medikamente (Opiate bzw. Opioide) zur Substitution	340
Antikonvulsiva (»Krampfschutz«)	342
Anti-Craving-Substanzen	343
Sachverzeichnis	345

This page intentionally left blank

1 Grundlagen

Historisch betrachtet kommt das Wort »**Sucht**« nicht, wie man etwa meinen könnte, von »suchen«, sondern geht auf das altgermanische Wort »siechen« zurück, das lediglich »Leiden an einer Krankheit« bedeutet. Daher erklärt sich auch der Ursprung vieler alter Krankheitsbezeichnungen, wie z. B. Schwindsucht, Wassersucht, Fettsucht oder Gelbsucht. 1964 hat die WHO empfohlen, den Begriff unter anderem auch wegen seiner Mehrdeutigkeit aufzugeben und stattdessen **Abhängigkeit** zu verwenden. Heutzutage hat die Bezeichnung »Sucht« immer noch einen eher negativen Beigeschmack, der Begriff »Abhängigkeitserkrankung« ist eigentlich günstiger, zumal er auch deutlich macht, dass es sich um eine »echte« Krankheit handelt und nicht etwa um eine schlechte Angewohnheit. Das Wort »Sucht« ist aber nach wie vor, vor allem in der Alltagssprache, geläufig und weitverbreitet.

Ganz ähnlich verhält es sich auch mit den Definitionen von Sucht bzw. Abhängigkeit. In der Alltagssprache wird oft behauptet: »Der ist doch süchtig«, wenn der Betreffende irgendetwas so häufig tut, dass es die Umstehenden als »nicht mehr normal« empfinden. Das kann die exzessive Nutzung des Smartphones (»Handysucht«) oder der regelmäßige Verzehr von Schokolade (»ich bin Süßigkeiten-Junkie!«) oder auch die, zumindest für andere, übermäßige sportliche Betätigung (»Laufsucht«) sein. Darüber hinaus begegnet uns das Wort Sucht auch bei anderen Erkrankungen, die auf den ersten Blick gar nichts mit dem Thema zu tun haben, z. B. bei der Magersucht. Noch viel schwammiger ist der Begriff »Missbrauch«, ein Wort, das grundsätzlich negativ behaftet ist, man denke nur an »Kindesmissbrauch« oder »sexuellen Missbrauch«. Betreibt jemand, der Heroin nur am Wochenende spritzt, einen »Heroinmissbrauch« oder ist der schon süchtig? Wenn ich jeden Abend mein »Feierabendbier« trinke, bin ich dann schon süchtig oder ist das »Alkoholmissbrauch«?

Es stellt sich also die Frage, was genau denn eigentlich »Sucht« ist. Die Maßstäbe, die in der Allgemeinsprache, oder oftmals auch in den Medien, angelegt werden, scheinen nicht eindeutig festgelegt, sondern variieren sehr stark – je nachdem, mit wem ich mich unterhalte und um welche Substanz oder Tätigkeit es geht. Daher lautet der nächste Abschnitt auch nicht »Diagnose«, sondern »Was ist Sucht?«, denn wir werden im Folgenden feststellen, dass es auch in der Fachwelt durchaus unterschiedliche Ansichten gibt.

Zuvor sollten wir aber noch einmal kurz über das Wesen der Sucht an sich nachdenken. Im Grunde handelt es sich nämlich um eine sehr menschliche Eigenschaft, eben »nur« in ihrem extremsten Ausmaß. Es geht letztlich um einen Wunsch, ein Verlangen, das bei allen Säugetieren vorhanden ist, und zwar etwas Lustvolles tun zu wollen: Wenn wir ein leckeres Essen, z. B. einen echt bayerischen Schweinsbraten mit Knödeln und Blaukraut, zu uns nehmen oder an einem heißen Sommertag eine eisgekühlte Cola genießen oder auch bei sexueller Aktivität – immer sind die gleichen Gehirnstrukturen, das »Belohnungssystem«, am Lusterleben beteiligt. Gerade weil das Erleben von Lust so – nun ja – lustvoll ist, möchten wir dieses Gefühl am liebsten immer wieder und so oft wie möglich spüren.

Und genau hier liegt der Ansatzpunkt zum Verständnis der Abhängigkeitserkrankungen: Das Verlangen nach Lust, der Wunsch nach Rausch – und zwar so oft wie möglich – ist eine ureigene menschliche Eigenschaft und sowohl Triebfeder als auch Motivation für viele unserer alltäglichen Handlungen. Allerdings gelingt es uns (Gesunden) zumeist, dieses Verlangen gewissen sozialen Normen und gesellschaftlichen Regeln unterzuordnen und auch aufzuschieben, bis sich eine entsprechende Möglichkeit bietet. Jeden Tag eine Tafel Schokolade würde uns sicherlich nicht guttun, die sexuellen Aktivitäten leben wir, zumindest die meisten von uns, nicht öffentlich aus, sondern wir warten, bis wir zu Hause sind. Ebenso wissen wir, dass eine ausgelassene Feier am Wochenende am nächs-

ten Tag einen schlimmen »Kater« nach sich zieht, sodass wir versuchen, den Punkt abzapfen, wann wir mit dem Trinken aufhören sollten.

All diese Dinge weiß der Suchtkranke freilich auch, jedoch hat er die Kontrolle über seinen Suchtmittelkonsum verloren. Es gelingt ihm nicht mehr, rechtzeitig aufzuhören, wenn sich schädliche Folgen einstellen. Er trinkt weiter – obwohl er weiß, dass sich die Leberwerte ständig verschlechtern und sein Hausarzt ihm schon gesagt hat, er würde sich »zu Tode saufen«, wenn er so weitermache, obwohl er schon den Führerschein verloren hat, weil er betrunken angehalten wurde, und obwohl seine Frau ihn schon mit den Kindern verlassen hat. Das wirkt auf Außenstehende oftmals »verrückt«, sie verstehen nicht, wieso derjenige nicht einfach mit dem Trinken aufhört, und unterstellen schnell einen »schwachen Willen« oder »Dummheit«. Mit beidem hat die Sucht, von der hier die Rede ist, nichts zu tun: Denn wenn dem so wäre, könnte der Betroffene ja tatsächlich einfach aufhören zu trinken, wir könnten unsere Entzugsstation schließen und ich müsste mir einen neuen Job suchen. Genau dieser Punkt ist es, der für viele Nichtbetroffene, und auch für einige Betroffene, am schwersten verständlich, ja geradezu »verrückt« ist; bei welcher anderen psychischen Erkrankung kann der Kranke denn schon selbst über seine Symptomatik entscheiden? Der Schizophrene kann sich nicht einfach überlegen, ab morgen einfach mal keine Stimmen mehr zu hören ... Aber der Süchtige braucht doch einfach nur »Nein« zu sagen. Nun, so einfach ist es natürlich nicht, das ist die Crux an der ganzen Sache. Wir wissen inzwischen, dass es im Gehirn des Suchtkranken tatsächlich messbare und beobachtbare Veränderungen auf Zellebene gibt, die beweisen, dass es sich durchaus um eine »echte« Krankheit handelt. Der Suchtkranke kann eben gerade nicht einfach mal so »Nein« sagen und mit dem Trinken oder dem Drogenkonsum aufhören, wie wir uns das vorstellen. Es ist keine Frage der Willenskraft, sondern eine schwere psychische Krankheit.

Dieses Verhalten wird etwas nachvollziehbarer, wenn wir uns, wie oben ausgeführt, vor Augen halten, dass die Motivation dahinter eigentlich ein ganz normaler menschlicher Wunsch – nämlich danach, etwas Lustvolles zu erfahren – ist, den jeder von uns kennt. Und so ein Rausch ist einfach ein großartiges, fantastisches Gefühl – das darf man bei all den negativen Folgen des Drogenkonsums nicht vergessen. Stellen Sie sich vor, all Ihre Alltagsprobleme (Miete zahlen, Ärger mit dem Nachbar, Hausaufgaben der Kinder, Nachzahlung ans Finanzamt usw.) wären mit einem Schlag verschwunden! Es gibt keine Sorgen mehr, keine Probleme, keine Ängste, keine Befürchtungen – Sie fühlen sich wohligh warm, glücklich, zufrieden, entspannt und total ausgeruht. Niemand kann diese Ruhe stören, es gibt einfach nichts, was sie aus der Ruhe bringen kann! Genau so beschreiben viele Heroinabhängige den »Kick«, wenn das Heroin im Gehirn anflutet. Und mal losgelöst vom Heroin: Wer von uns will das nicht, dieses wunderbare Gefühl, einmal kurz alle Alltagsorgen verschwinden zu lassen und einfach nur glücklich und zufrieden sein ...? Rausch ist geil! So gesehen hat der Drogenkonsum also auch etwas sehr Positives – sonst würde es doch auch keiner machen, oder?

Diese Herangehensweise erleichtert es oftmals, mit Suchtkranken in Kontakt zu kommen, und eröffnet auch einen Zugang zur Motivation hinter dem süchtigen Verhalten. Und eine weitere Suchttherapie-Binsenweisheit kommt hier ans Tageslicht: »Sucht kann jeden treffen!« Dieser Ausspruch ist so trivial wie er wahr ist. In der täglichen Arbeit mit Suchtkranken treffen wir sämtliche Bevölkerungsgruppen und -schichten: vom Maurer über Krankenpfleger, Lehrer, Hausfrauen, Polizisten, Ärzte bis hin zu Richtern und Hochschulprofessoren. Freilich hat jeder – auch abhängig vom Bildungsstatus und von hundert anderen Faktoren – einen unterschiedlichen Umgang mit seiner Sucht; das dahinterstehende süchtige Verhalten ist aber bei allen gleich (oder zumindest ähnlich). Und auf dieser ganz basalen Ebene unterscheidet sich der Alkoholiker

auch nicht vom Heroinabhängigen, lediglich die Substanz ist eine andere.



Sucht beruht auf dem uns allen bekannten Verlangen danach, etwas Lustvolles so oft wie möglich erleben zu wollen. Der Rausch ist ein außergewöhnlich positives Gefühl, sonst würde doch niemand Drogen konsumieren! Und: Sucht kann jeden treffen!

Letztlich ist das auch der Grund, warum der Mensch immer Drogen konsumiert hat und auch immer konsumieren wird. Die Vorstellung einer drogenfreien Gesellschaft ist völlig utopisch und absolut unrealistisch. Es wird immer Menschen geben, die sich ihren Rausch über den Konsum gewisser Substanzen zuführen, sei es auf legalem oder illegalem Wege. Und wie sich auch in unserer Gesellschaft zeigt, hindert es die Menschen nicht daran, ein Rauschmittel zu konsumieren, selbst wenn es für illegal erklärt wird sowie Besitz und Handel mit hohen Strafen belegt sind. Andersherum hat sich allerdings auch gezeigt, dass sich das Konsumverhalten nicht wesentlich verändert, wenn eine bislang illegale Substanz, wie z. B. Cannabis, legalisiert wird oder die Strafen erleichtert werden.



Der Mensch hat immer Drogen konsumiert und wird dies auch in Zukunft tun. Daran werden auch Verbote, Strafen und politische Diskussionen nichts ändern.

1.1 Was ist Sucht?

Das Spektrum von gelegentlichem über regelmäßigen Konsum bis hin zur Gewohnheit und schließlich bis zur Abhängigkeit ist sehr breit und die Übergänge sind fließend. Die Frage, was noch »normal« und was »zu viel« ist, wird immer wieder, und nicht nur im professionellen Kontext, gestellt und ist tatsächlich auch nicht einfach zu beantworten. Daher gibt es – wie für alle anderen Erkrankungen auch – klare diagnostische Kriterien, die die Einordnung oder Zuordnung zu einzelnen Krankheitskategorien ermöglichen. Für Deutschland gilt der **ICD-Katalog** (»International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems« = internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) (Dilling et al. 2013). Dieser wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Derzeit liegt die ICD in der 1992 veröffentlichten zehnten Version (**ICD-10**) vor; eine aktualisierte Version, die voraussichtlich 2018 erscheinen wird, ist in Arbeit.

Die ICD trennt traditionell die **Abhängigkeitserkrankung** vom »schädlichen Gebrauch«. Der weitverbreitete, aber etwas unglückliche Ausdruck »Missbrauch« sollte vermieden werden, da der Begriff zum einen insgesamt eher negativ behaftet ist; man denke nur an den »Kindesmissbrauch«. Zum anderen impliziert das Wort »Missbrauch«, dass es demgegenüber einen »normalen« Gebrauch gibt, was bei Medikamenten ja noch vorstellbar, aber bezüglich der illegalen Drogen dann eine doch eher befremdliche Vorstellung ist.

In der ICD-10 wird die Diagnose »**schädlicher Gebrauch**« beschränkt auf eine »Gesundheitsschädigung durch psychotrope Substanzen«, also z. B. eine Hepatitis durch »Spritzentausch« bei i. v. Drogenkonsum oder eine depressive Störung im Rahmen von massivem Alkoholkonsum. Im Allgemeinen, und aus meiner Sicht auch wesentlich sinnvoller, fasst man die Definition aber weiter, sodass man auch von einem »schädlichen Gebrauch« spricht, wenn der

Substanzkonsum ganz allgemein einen negativen Einfluss auf das Leben des Betroffenen hat. Neben den körperlichen oder psychischen Folgeschäden gibt es z. B. Probleme im beruflichen Bereich oder im privaten Umfeld mit den Angehörigen oder Freunden, es gibt Konflikte mit dem Gesetz durch Straftaten (»Beschaffungskriminalität«) oder anderweitige Probleme (z. B. Führerscheinverlust).

Demgegenüber steht das klar definierte und abgrenzbare Konstrukt des »**Abhängigkeitssyndroms**«, für welches in der ICD-10 eindeutige Kriterien festgelegt sind. So darf die Diagnose »Abhängigkeit« nur gestellt werden, wenn innerhalb der letzten zwölf Monate drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. ein starkes, oft unüberwindbares Verlangen, die Substanz einzunehmen (der Fachausdruck hierfür ist »Craving« oder etwas griffiger »Suchtdruck«)
2. Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren, was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft (»Kontrollverlust«)
3. Benötigen immer größerer Mengen, damit die gewünschte Wirkung eintritt (»Toleranzentwicklung«)
4. körperliche Entzugssymptome
5. fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, Aktivitäten, Vergnügen oder Interessen (das Verlangen nach der Droge wird zum Lebensmittelpunkt)
6. fortdauernder Gebrauch der Substanz(en) wider besseres Wissen und trotz eintretender schädlicher Folgen

An die Grenzen dieser Definition werden wir im Verlauf des Buches immer wieder stoßen, sodass es sich durchaus lohnt, einmal über den Tellerrand – oder genauer gesagt: über den atlantischen Ozean – hinauszuschauen.

In den USA ist bekanntlich immer alles ein wenig anders, somit ist es eigentlich nicht verwunderlich, dass die Amerikaner ihr eigenes

Klassifikationssystem, das **DSM** (»Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« = diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen), haben. Dieses liegt aktuell in der fünften Version (**DSM-5[®]**) (APA 2015) vor, die im Mai 2013 veröffentlicht wurde. Interessant ist dabei, dass sich die Klassifikation der Abhängigkeitserkrankungen zwischen der ICD-10 und dem DSM-5[®] grundsätzlich unterscheidet, wobei die Amerikaner einen sehr innovativen Weg eingeschlagen haben.

So wird die seit Jahrzehnten bestehende Abgrenzung zwischen Abhängigkeit, Missbrauch, schädlichem Gebrauch usw. zugunsten einer einzigen Diagnose mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden aufgehoben. Man spricht dann nur noch von einer »**Substanzgebrauchsstörung**« (»substance use disorder«), die entweder mittelgradig (»moderate«) oder schwer (»severe«) ausgeprägt sein kann. Das soll durch explizite Vermeidung von Wörtern wie »Sucht« oder »Abhängigkeit« zur Entstigmatisierung der Betroffenen beitragen. Und eigentlich zeigt ja auch die Alltagserfahrung, dass es sich bei den Konstrukten »Sucht« und »schädlicher Gebrauch« (oder Missbrauch) nicht um zwei völlig getrennte Krankheiten handelt, sondern eher um zwei unterschiedlich ausgeprägte Abstufungen auf dem gleichen Kontinuum. Nach diesem Verständnis handelt es sich also lediglich um verschiedene Aspekte innerhalb des gleichen Störungsspektrums. Und in der Tat ist es ja auch gelegentlich sehr schwer, einen schädlichen Gebrauch von einer manifesten Abhängigkeit zu trennen. Für den therapeutischen Ansatz ist es ohnehin gleich, welche Diagnose der Betroffene hat, geht es doch eigentlich darum, wie ich dem Betreffenden am besten helfen kann.

Insgesamt werden für die **Substanzgebrauchsstörung** elf Kriterien benannt, von denen mindestens zwei über einen Zeitraum von zwölf Monaten erfüllt sein müssen. Bei zwei bis drei erfüllten Kriterien handelt es sich um eine moderate Störung, ab vier Kriterien liegt eine schwere Ausprägung vor. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Kriterien (nach Rumpf und Kiefer 2011), von

denen uns einige bereits aus der ICD-10-Definition bekannt vorkommen:

1. wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
2. wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
5. Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum
6. Konsum länger oder in größerer Menge als geplant (Kontrollverlust)
7. anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle
8. hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholung von der Wirkung
9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums
10. fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis körperlicher oder psychischer Probleme
11. Craving, starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren

Nun mag der Ausdruck »Substanzgebrauchsstörung« vielleicht etwas sperrig und dadurch wenig alltagstauglich erscheinen, aber das dahinterstehende Konzept bildet die Realität eigentlich viel genauer ab und langfristig wird es sich wahrscheinlich auch außerhalb der USA durchsetzen. Aber keine Sorge: Bis die Wörter »Sucht« oder »Abhängigkeit« aus dem Alltags-Sprachgebrauch verschwunden sind – wir alle wissen, wie das mit den »alten Gewohnheiten« so ist ... –, werden schon noch einige Jahrzehnte vergehen, und zumin-

dest für den Rahmen dieses Buches werde auch ich die »alten« Begriffe noch beibehalten.

Nun muss man von den sogenannten »substanzgebunden« Süchten die »substanzungebundenen« Süchte abgrenzen, vereinfacht spricht man hier von **Verhaltenssüchten**. Zwar lassen sich einige Aspekte der ICD-10-Definition von (Substanz-)Abhängigkeit (► oben) auch auf einige Verhaltenssüchte übertragen, dennoch scheint es, auch aus anderen Gründen, sinnvoll, diese zu trennen. Außerdem ist sich die Fachwelt in der grundsätzlichen Kategorisierung der Verhaltenssüchte nicht einig; so gibt es z. B. zahlreiche Experten, die das pathologische Glücksspiel (»Spielsucht«) als »Impulskontrollstörung« einordnen und nicht als Sucht. Wie dem auch sei, dieses Buch fokussiert auf die substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen; die Verhaltenssüchte werden in einem eigenen Kapitel besprochen (► Kap. 12.5), eine ausführliche Darstellung würde jedoch den Rahmen sprengen.

Grundsätzlich aber kann man jedes menschliche Verhalten »süchtig« betreiben, dabei ist die Grenze zu »normalem« oder »noch gesundem« Verhalten oftmals fließend. Im Allgemeinen wird auch hier die Grenze dort gezogen, wo durch das Verhalten andere wichtige Lebensbereiche, z. B. Schule, Beruf, Familie, Finanzen, Gesundheit, beeinträchtigt werden. Anhand dieser eigentlich ganz einfachen Definition gelingt es überraschend oft, zumindest auf den ersten Blick grob einzuschätzen, ob es sich noch um »normales« Verhalten handelt oder ob es schon »problematisches Verhalten« ist. Erschwert wird dies jedoch oftmals durch eine stark ausgeprägte Bagatellisierungstendenz der Betroffenen, die gar nicht immer in einer bösen Absicht begründet liegt, sondern manchmal auch einfach als Selbstschutzmechanismus fungiert. Wir kommen im Kapitel »Umgang mit Suchtkranken« (► Kap. 9) noch etwas ausführlicher auf dieses Thema zu sprechen.



Die Grenze zwischen »normal« und »problematisch« kann man im Alltag oftmals relativ leicht ziehen, wenn man die anderen Lebensbereiche (Schule, Beruf, Familie, Finanzen, Gesundheit usw.) des Betroffenen abfragt und gemeinsam betrachtet, ob und wie weit diese durch das Verhalten bereits beeinträchtigt werden.

Die früher übliche Unterscheidung zwischen »körperlicher« und »psychischer« Abhängigkeit ist heutzutage eher nicht mehr gebräuchlich, u. a. weil der Begriff »psychische Abhängigkeit« eine »schlechte Gewohnheit« suggeriert, die einfach und mit entsprechender Willenskraft abzustellen wäre. Aber gerade die eingeschränkte willentliche Steuerung des Konsums ist ein Kernkriterium der Abhängigkeitserkrankungen, sodass man eine psychische Abhängigkeit eigentlich bei allen Suchterkrankungen feststellen kann. Ob und inwiefern eine tatsächliche körperliche Abhängigkeit besteht, kann von Mensch zu Mensch ebenfalls sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Auch wenn im praktischen Alltag diese Unterscheidung sowieso unwichtig ist, kann es im Gespräch doch manchmal hilfreich sein, dem Betroffenen anhand seiner »psychischen« oder »körperlichen« Entzugserscheinungen das Ausmaß seiner Abhängigkeit bewusst zu machen.

An dieser Stelle soll das Phänomen des »**Craving**«, also das Verlangen nach dem Suchtmittel, etwas genauer betrachtet werden. Viele Suchtkranke beschreiben Craving als ein unglaublich starkes, alles andere überdeckendes Gefühl, das die ganze Umwelt um den Betroffenen herum in den Hintergrund treten lässt. In diesem Moment gibt es nur noch die Droge und sonst nichts mehr. Von einigen wird das Gefühl auch als eine Art Zwang geschildert: »Ich muss jetzt konsumieren und kann nichts dagegen tun.« Dieses Gefühl wird immer stärker, bis tatsächlich alle Bedenken und Vorbehalte völlig verschwunden sind. Der Therapiewunsch, der vor fünf Minuten

noch ganz stark war, wird ebenso unwichtig wie die Sorge um Spritzenabszesse, heftige Entzugsbeschwerden oder eine anstehende Haftstrafe.

Die in Bezug auf das Craving einsetzenden Handlungen, wie etwa die Droge zu besorgen und zu konsumieren, erleben viele Suchtkranke als automatisch ablaufend und außerhalb ihres Einflussbereichs. Dabei handelt es sich tatsächlich um Handlungen, die tief in den Hirnstrukturen (subkortikal) abgespeichert sind und unwillkürlich nach einem fest programmierten Schema ablaufen. Dass der Suchtkranke in diesen Ablauf nicht eingreifen kann, stimmt zwar nicht ganz, denn das ist einer der Ansätze in der Therapie, wird aber subjektiv von dem Betroffenen so erlebt und verstärkt das Gefühl, »der Droge ausgeliefert zu sein«.

Der äußerst sehenswerte Film **»Trainspotting«** (Großbritannien, 1996; ► Sehenswerte Filme, S. 321) stellt dieses Craving in einer wunderbaren Szene, die als »Tauchgang im Klo« bekannt wurde, ganz hervorragend filmisch dar.

Der heroinabhängige Protagonist Renton war gerade bei seinem Drogendealer, der aber statt Heroin nur zwei Morphinzäpfchen für ihn hatte. In Ermangelung von etwas besserem verabreicht er sich diese gleich und geht anschließend eine verlassene Straße in Edinburgh entlang, als so langsam die Wirkung der letzten Heroindosis nachlässt. Aus dem Off kommentiert er trocken: »Heroin macht Verstopfung ... Jetzt habe ich keine Verstopfung mehr ...« Auf der Suche nach einer öffentlichen Toilette landet er an einem Ort, den er selbst als »Schottlands schlimmste Toilette« betitelt. Mir fehlen an dieser Stelle die Worte, um den Zustand der Toilette zu beschreiben, der geneigte Leser, der den Film nicht kennt, mag sich seine eigenen Gedanken dazu machen ... Jedenfalls kann unser Protagonist endlich seinen Darm erleichtern, merkt jedoch zu spät, dass zusammen mit dem »Geschäft« auch

die zwei Morphinumzäpfchen in der Kloschüssel gelandet sind (weil sie sich ja noch nicht aufgelöst haben!).

Nun bleibt ihm nichts anderes übrig, als in der völlig verdreckten, mit Fäkalien verstopften, schon überlaufenden Kloschüssel nach den beiden Zäpfchen zu fischen ... und an dieser Stelle geht die Szene in eine sehr surreale Darstellung über, indem Renton erst mit dem Kopf und schließlich mit dem ganzen Körper in diese Kloschüssel hinabtaucht. In kristallklarem Wasser taucht er immer tiefer und tiefer und findet schließlich am Grund seine Drogen, um endlich wieder aufzutauchen und aus der Kloschüssel herauszusteigen.

So absurd und surreal diese Szene auf den ersten Blick erscheinen mag, so treffend und überaus realistisch stellt sie das Craving des Suchtkranken dar: Um an sein Suchtmittel zu kommen, überwindet Renton allen Ekel, alle Abscheu und nimmt es wohlwollend in Kauf, in einer mit Fäkalien völlig überschwemmten Kloschüssel nach den Zäpfchen zu fischen. In Erwartung der Drogenwirkung erscheint ihm kein Hindernis zu groß, kein Ekel zu abstoßend, sodass er sogar gleich in diese Fäkalienkübel eintauchen möchte, nur um an sein Rauschmittel zu kommen. Und je tiefer er taucht, desto klarer und reiner wird das Wasser, desto größer und wunderbarer wird die erwartete Drogenwirkung sein. Der in greifbarer Nähe liegende Rausch durch die Droge wird größer sein als alle Unwägbarkeiten und Unannehmlichkeiten auf dem Weg dorthin.

Der Film »Trainspotting« ist einer der Filme, die jeder, der mit suchtkranken – und insbesondere mit heroinabhängigen – Menschen arbeitet, unbedingt kennen sollte.

1.2 Suchtentstehung

Ein Großteil unseres Verhaltens wird durch ein hochkomplexes Belohnungssystem in unserem Gehirn, das mesolimbische System, gesteuert. Dabei handelt es sich nicht um einen speziellen und begrenzten Bereich im Gehirn, sondern vielmehr setzt sich dieses System aus mehreren Hirnstrukturen zusammen. Dessen Funktion beruht im Wesentlichen auf dem Botenstoff Dopamin, es sind aber noch zahlreiche andere Botenstoffe beteiligt, z. B. Serotonin, Noradrenalin, Acetylcholin und GABA (Gamma-Aminobuttersäure). Die Zusammenhänge sind überaus komplex und in ihrer Gesamtheit letztlich auch noch nicht endgültig erforscht. Daher soll an dieser Stelle auf eine ausführliche Darstellung dieses Systems verzichtet und stattdessen auf andere wissenschaftliche Literatur verwiesen werden (► z. B. Tretter 2017). Für den Moment genügt es, zu verstehen, dass dieses System immer aktiviert wird, wenn wir etwas tun, was sehr freudig oder lustvoll ist, so z. B. auch beim Sex, bei der Nahrungsaufnahme oder bei einem intensiven Erfolgserlebnis. Alle Rauschmittel stimulieren dieses Belohnungssystem – dadurch entsteht der meist als sehr angenehm empfundene Rauschzustand –, sodass sich bei regelmäßigem Konsum ein Wiederholungseffekt entwickelt. Der Betroffene verspürt die Lust, bis hin zu einem unwiderstehlichen Verlangen, dieses Gefühl immer und immer wieder zu erleben. Das ist die Grundlage des Craving, umgangssprachlich als »Suchtdruck« bezeichnet, also der Wunsch, dieses angenehme Rauschgefühl so oft wie möglich zu erleben.

Beim Entstehen von Abhängigkeiten spielen unterschiedliche Faktoren eine Rolle, die im Sinne einer »multifaktoriellen Genese« auf sehr komplexe Art und Weise zusammenwirken. Die Frage, warum wird der eine süchtig und der andere nicht, ist sehr schwierig zu beantworten und nicht immer gibt es eine befriedigende Antwort darauf. Bei einem gewissen Teil unserer Suchtpatienten gibt es sicherlich in der Biografie »begünstigende Umstände«, die den Weg

in eine Abhängigkeitserkrankung bahnen können, z. B. abhängigkeitskranke Eltern, Gewalterfahrungen (im Elternhaus), sexueller Missbrauch oder gestörtes Bindungsverhalten. Hier fungiert die Droge oftmals im Sinne einer »Selbstmedikation«, um physische oder psychische Schmerzen erträglich zu machen.

Vielfach kommt es im weiteren Verlauf zu einer Art »Gewöhnung«, dass unangenehme und unerwünschte Gefühlszustände grundsätzlich nicht ausgehalten werden können, sondern mit Drogen betäubt werden müssen. In der Therapie stellt das die Behandler vor eine enorme Herausforderung, da der Patient mühsam erlernen muss, dass unangenehme und negative Gefühle zum Leben dazugehören, »ganz normal« sind und auch ausgehalten werden können. Die Betroffenen jedoch haben in ihrem bisherigen Leben nie erfahren, was das bedeutet, da sie negative Gefühle immer mit der Droge betäubt haben. Aus ihrer Sicht ist es völlig unvorstellbar, solche Stresssituationen »nüchtern« bewältigen zu können.

In der letzten Zeit haben wir es im klinischen Alltag immer mehr mit einem ganz anderen herausfordernden Themenkomplex zu tun bekommen, nämlich Flucht, Vertreibung und Entwurzelung. Nicht selten sind die Menschen auf ihrer Flucht, aus welchem Land auch immer, nach Deutschland schwer traumatisiert worden, wenn sie z. B. mit ansehen mussten, wie Kinder ertrinken, andere Menschen verhungern oder erschossen werden. Oftmals fand die Traumatisierung auch schon in ihrem Heimatland statt, durch Folter, Verfolgung oder andersartige Misshandlungen. Dass diese Menschen das ganze Leid und Elend nur durch den Konsum von Drogen ertragen konnten, erscheint zumindest im Ansatz nachvollziehbar.

In diesem Zusammenhang muss man sich in die Kultur der betreffenden Person hineindenken, um eine Vorstellung von den Ursachen der Abhängigkeitsentwicklung zu bekommen. So ist es in vielen Ländern des nahen Ostens durchaus gesellschaftlich akzeptiert, Opium (oder auch Heroin) als Genussmittel zur Erholung und Entspannung zu konsumieren – ungefähr so, wie einige von uns

Tabak rauchen. Nicht immer entsteht daraus zwangsläufig eine Abhängigkeit, aber gar nicht so selten kommt es vor, dass diese Menschen dann, wenn sie nach Deutschland kommen, den Konsum fortsetzen und so in die Drogenszene rutschen und sich, gewissermaßen sekundär, eine Abhängigkeit entwickelt.

Natürlich gibt es auch Menschen, die ebenfalls eine schreckliche Kindheit oder traumatische Lebensereignisse mitgemacht haben und nicht drogenabhängig werden. Also muss es ganz offensichtlich noch weitere Faktoren geben, die die Entstehung einer Sucht beeinflussen – oder vielleicht auch davor schützen.

Weitverbreitet ist die Darstellung des »Suchtdreiecks« (► Abb. 1-1), welches das Zusammenspiel der drei Faktoren »Droge«, »Person« und »Umwelt« verdeutlichen soll.

Droge Manche Drogen haben ein größeres Abhängigkeitspotenzial als andere, so macht Crystal Meth sicherlich schneller abhängig als Coffein. Hinzu kommt noch die Verfügbarkeit der Droge: Alkohol ist zu fast jeder Tages- und Nachtzeit und nahezu überall erhältlich. Cannabis ist ebenfalls sehr verbreitet, aber nicht überall verfügbar, und Heroin ist sicherlich nochmal deutlich schwieriger zu beschaffen. Neben der Verfügbarkeit spielt natürlich auch der Preis eine nicht unerhebliche Rolle, weshalb Cocain bei uns deutlich seltener konsumiert wird als die von der Wirkung her ähnlichen, aber deutlich preisgünstigeren Amphetamine (► Kap. 13).

Person Manche Menschen scheinen anfälliger für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung zu sein als andere, das haben wir beim Thema »Biografie« bereits gesehen. Man weiß heute, dass Lern- bzw. Konditionierungsprozesse bei der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen eine große Rolle spielen. So stellt z. B. die Vermittlung angenehmer Gefühle über das o. g. Belohnungssystem durch die Drogeneinnahme einen positiven Verstärker von süchtigem Verhalten dar. Negative Gefühle wie innere Leere, Depressivi-

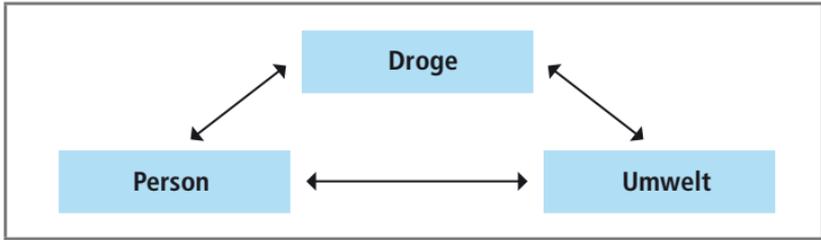


Abb. 1-1 Suchtdreieck

tät oder Angst oder auch konkrete Entzugssymptome werden durch den Konsum des Suchtmittels beseitigt, sodass das Gehirn »lernt«, dass der Konsum etwas Positives ist und möglichst oft erfolgen sollte.

Hinzu kommt, dass Menschen mit einer bereits bestehenden psychischen Störung auch ein erhöhtes persönliches Suchtrisiko haben. Bei einem Großteil der Suchtkranken findet sich eine andere/weitere psychische Erkrankung, wobei Persönlichkeitsstörungen, depressive Störungen und Angststörungen besonders häufig sind. In der Vorgeschichte lassen sich auch häufig Überforderungssituationen, Stressbelastung und Leistungsdruck, chronische Schlafstörungen und Schmerzzustände nachweisen. Dabei benutzen die Betroffenen das Suchtmittel im Sinne einer Selbstmedikation, um die Symptome der Störung zu mildern, woraus sich schließlich die Abhängigkeit entwickelt. Des Weiteren gilt inzwischen als gesichert, dass es auch eine gewisse genetische Komponente gibt. So zeigten zahlreiche Zwillings- und Adoptionsstudien, dass es bei Kindern suchtkranker Eltern eine höhere Rate an Suchterkrankungen gibt, selbst wenn die Kinder in einem nicht oder wenig trinkenden bzw. Drogen konsumierenden Umfeld aufwuchsen. Damit haben Kinder von suchtkranken Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko, selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln.

Umwelt Die persönlichen Lebensumstände bringen auch ein mehr oder weniger ausgeprägtes Suchtrisiko mit sich. Inzwischen ist belegt, dass Suchterkrankungen in allen sozialen Schichten, vom einfachen Lagerarbeiter bis zum Universitätsprofessor, vorkommen, es gibt allerdings gewisse »Risikoberufe«, wie etwa eine Tätigkeit in der Gastronomie, aber auch Krankenschwestern und Ärzte zählen dazu. Und man kann sich leicht vorstellen, dass ein drogenkonsumierendes Umfeld einen ungünstigeren Einfluss auf den Verlauf einer Suchtentwicklung hat als ein komplett »cleaner« Freundeskreis. Ebenfalls eine große Rolle spielen soziale Faktoren wie das Verhalten Gleichaltriger (»Peergroup«), Gesetze sowie soziale Normen und Traditionen.



Die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein sehr komplexes Zusammenspiel zahlreicher Faktoren. Im Wesentlichen sind die drei Aspekte »Droge«, »Person« und »Umwelt« daran beteiligt.

1.3 Suchttherapie

Vor die Therapie gehört eigentlich die Prävention, und tatsächlich wird ziemlich viel Geld in Deutschland in die Präventionsarbeit gesteckt. Besonders die Jugendlichen und jungen Erwachsenen gilt es über Risiken und Gefahren aufzuklären und ihnen einen sinnvollen, bedachten Umgang, vor allem mit den legalen Suchtmitteln wie Alkohol oder Tabak, zu vermitteln. Problematisch sind auch die neuen »Legal Highs«, die relativ problemlos über das Internet bestellt werden können und überwiegend das junge Publikum ansprechen (► Kap. 11.5). Wie auch immer, das Thema Prävention ist ein sehr komplexes Thema für sich und soll nicht Gegenstand dieses

Buches sein; hier geht es eher um die praktischen Aspekte der Suchthilfe und Suchttherapie.

Die Therapie von Abhängigkeitserkrankungen verläuft prinzipiell nach einem Stufenmodell, dessen oberstes Ziel die völlige Abstinenz sein sollte. Es hat sich jedoch gezeigt, dass es eine gewisse Untergruppe der Suchtkranken gibt, für die absolute Abstinenz unrealistisch und unerreichbar ist, sodass für diese Menschen andere Therapieziele erarbeitet werden müssen. Das Suchthilfesystem in Deutschland – und zugegebenermaßen auch in den meisten anderen Ländern der Welt – ist jedoch auf Abstinenz als oberstes Therapieziel bei Suchtkranken ausgelegt. Die Grenzen und sich daraus ergebende Problematiken dieses »Abstinenzparadigmas« werden in Kapitel 12.6 weiter ausgeführt und bleiben hier erst einmal unbeachtet.

Klassischerweise werden die folgenden **vier Phasen in der Suchttherapie** unterschieden:

- Kontakt- oder Motivationsphase (manchmal auch Informationsphase genannt)
- Entgiftungsphase (oder auch Entzugsphase)
- Entwöhnungsphase
- Nachsorgephase

Manchmal wird noch eine fünfte Phase, die Selbsthilfephase, hinzugefügt, um zu verdeutlichen, dass die »institutionelle« Nachsorge irgendwann vorbei ist, die dann folgende Selbsthilfe aber noch weiter den Erfolg festigen kann. Idealerweise ist die Selbsthilfe, z. B. über Selbsthilfegruppen, bereits während der vorherigen Phasen in das Therapiekonzept integriert.

Im Folgenden sollen diese verschiedenen Phasen etwas genauer beschrieben werden. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sie keinesfalls als dogmatisch angesehen werden sollten oder streng chronologisch abgearbeitet werden müssen. Tatsächlich ist es so, dass die Betroffenen immer wieder zwischen den einzelnen Phasen

wechseln. Ein großer Teil der Abhängigkeitskranken benötigt mehr als eine Langzeittherapie, um von der Sucht loszukommen, und viele haben auch mehr als eine Entzugsbehandlung hinter sich. Auf der anderen Seite gibt es selbstverständlich auch Betroffene, die ohne Therapie lange Zeit abstinent leben oder niemals eine stationäre Entzugsbehandlung durchgemacht haben. Aus didaktischen Gründen wollen wir für den Moment aber beim Phasenmodell bleiben.

Zwar ist das deutsche Suchthilfesystem im Vergleich zu den meisten anderen Ländern sehr gut differenziert und ausgebaut, es birgt aber doch eine grundlegende Problematik, die in den kommenden Jahren sicherlich zu einem Umdenken zwingen wird. Und zwar werden die Suchtkranken traditionell getrennt in »Alkoholabhängige« und »Drogenabhängige«, wobei natürlich die illegalen Drogen gemeint sind. Die Medikamentenabhängigen (► Kap. 4) tauchen so gut wie nie im Suchthilfesystem auf und werden meist den Alkoholabhängigen zugeteilt. So gibt es z. B. Beratungsstellen für Alkoholabhängige, die aber dann keine Drogenabhängigen beraten, und umgekehrt, gleichwohl gibt es Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige, die dann wiederum keine Alkoholiker behandeln.

In der klinischen Realität sehen wir jedoch immer mehr »Mischkonsumenten«, die sowohl Alkohol als auch illegale Drogen konsumieren, vor allem die Kombination Alkohol und Amphetamine oder Cannabis ist häufig. Dabei kann man in den meisten Fällen zwar durchaus eine »führende« Substanz feststellen, aber die Trennung in zwei völlig voneinander getrennte Lager wird zunehmend sinnlos und erschwert auch die Versorgung der Betroffenen, wenn sie sich etwa entscheiden »müssen«, ob sie auf eine Alkoholtherapie oder auf eine Drogentherapie gehen. Auf dieses etwas schwierige Thema kommen wir im Abschnitt »Das Suchthilfesystem« (► Abschn. 1.4) noch einmal zu sprechen.



Klassischerweise werden **vier Phasen in der Suchttherapie** unterschieden: die Kontakt-, Informations- und Motivationsphase, die Entgiftungsphase, die Entwöhnungsphase und die Nachsorgephase. Der Ablauf dieser Phasen ist nicht streng chronologisch, die Betroffenen wechseln oft auch wieder zurück in eine der vorherigen Phase.

1.3.1 Kontakt-, Informations- und Motivationsphase

Wie der Name schon andeutet, geht es hier zunächst um den Kontakt zu den Suchtkranken. Das ist aber nicht so einfach, wie es auf den ersten Blick scheint, denn dieses Thema ist meistens mit sehr viel Scham und Abwehr besetzt. Viele Betroffene verleugnen den exzessiven Konsum vor sich selbst (»ich trinke gar nicht so viel«), konsumieren heimlich und bagatellisieren das Ausmaß (»so schlimm ist es doch gar nicht«). Dadurch dauert es oft sehr lange, bis die Betroffenen überhaupt in Kontakt mit dem Suchthilfesystem kommen. Man schätzt, dass eine Abhängigkeitserkrankung durchschnittlich (!) fünf bis zehn Jahre besteht, bevor der Süchtige Hilfe sucht. Daher bemühen sich sowohl die Beratungsstellen als auch die meisten Entzugsstationen, die Inanspruchnahme möglichst niedrigschwellig zu gestalten, sodass es dem Suchtkranken möglichst einfach gemacht wird (ohne viel Bürokratie, ohne Voranmeldung, ohne Papierkram usw.), Kontakt aufzunehmen.

Hier sind in erster Linie die Suchtberatungsstellen gefragt, aber auch die Hausärzte, die einen Weg in weiterführende Hilfsangebote bahnen können. Leider ist jedoch nicht allen Hausärzten die Verantwortung bewusst, die sie übernehmen, wenn sich ein Suchtkranker nach Jahren der Verleugnung endlich entschließt, seinen Suchtmittelkonsum gegenüber dem Hausarzt einzugestehen. Wenn dann noch ein eigener eher undifferenzierter Umgang mit Suchtmitteln betont wird (»ein Rotwein am Abend ist doch gesund, den trink ich

auch«), ist die kleine, schwache Motivationsflamme schnell auch wieder erloschen. Gerade die Alkoholabhängigen, mehr als die Drogenabhängigen, wählen oft ihren Hausarzt als Vertrauensperson, denn der Ratschlag eines Mediziners wiegt meist wesentlich mehr als die Vorwürfe der Ehefrau oder die Vorschläge des besten Freundes. Der klinische Alltag zeigt jedoch, dass bei den niedergelassenen Kollegen immer noch Schulungsbedarf besteht, die dann auch nicht weiterwissen und aus der Ratlosigkeit heraus (und sicherlich auch auf Drängen des Patienten) eher ein Rezept ausstellen als den Patienten an weitere Stellen des Suchthilfesystems zu vermitteln.

Ist der Kontakt, über welche Umwege auch immer, erst einmal hergestellt, geht es als Nächstes um Beratung und Aufklärung und darüber dann um die Vermittlung eines Problembewusstseins und den Aufbau einer Veränderungsmotivation. Der Betroffene muss aufgeklärt werden über das Wesen und die Dynamik einer Suchterkrankung (»Psychoedukation«), über körperliche und psychische Risiken und Folgeschäden sowie auch über Bewältigungsmöglichkeiten. Weiterhin sollten das Suchthilfesystem in all seiner Vielfalt vorgestellt und dem Klienten die verschiedenen Möglichkeiten dargelegt werden (► Abschn. 1.4). Dieser Teil bedarf einer besonderen Vorsicht und Feingefühligkeit, da hier sehr sensible Persönlichkeitsbereiche, wie z. B. die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, berührt werden (► Kap. 9).

Danach können dann zusammen mit dem Betroffenen die nächsten wichtigen Schritte erarbeitet werden wie Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Entgiftung, psychiatrische Weiterbehandlung, Klärung der Kosten für die Therapie usw.

Die Aufrechterhaltung der Veränderungsmotivation ist hier ganz besonders wichtig, da viele Suchtkranke zu diesem Zeitpunkt dann doch wieder ins Grübeln kommen: Ist es bei mir überhaupt so schlimm? Ist es überhaupt notwendig, mit dem Konsum aufzuhören? Wenn der Weg so anstrengend ist, lohnt sich das überhaupt? Werde ich das alles schaffen? Ich kann doch versuchen, einfach

weniger oder nur am Wochenende zu konsumieren usw. Hier gilt es dann, den Klienten sehr feinfühlig und professionell und unter Berücksichtigung seiner Selbstbestimmung immer wieder einzufangen und zurück auf den Weg zu bringen. Selbstbestimmung bedeutet in diesem Fall, dass der Betroffene ja durchaus das Recht hat, alle Hilfe abzulehnen und einfach weiter zu konsumieren. Das muss man als professioneller Berater auch akzeptieren und aushalten können (was manchmal gar nicht so einfach ist!). Auch diesem Thema werden wir uns im Kapitel 9 noch etwas ausführlicher widmen.



Der Suchtkranke entscheidet selbst, ob er den Konsum einstellen oder weiter konsumieren will. Auch wenn wir als professionelle Berater anderer Ansicht sind, müssen wir die Entscheidung des Betroffenen akzeptieren und aushalten!

Dem aufmerksamen Leser wird sicherlich aufgefallen sein, dass das Wort »Motivation« hier immer wieder fällt. Tatsächlich ist »Motivation« der Dreh- und Angelpunkt bei der Therapie der Suchtkranken und verdient eine etwas genauere Betrachtung, was in Kapitel 9 erfolgt.

1.3.2 Entgiftungsphase

Im nächsten Schritt geht es ganz konkret um das Erreichen der (Teil-)Abstinenz, das »Gift« muss aus dem Körper entfernt werden. Das muss nicht zwingend im Krankenhaus erfolgen, unter bestimmten Umständen kann so eine Entgiftung auch ambulant, z. B. mit Unterstützung durch den Hausarzt, durchgeführt werden. Manch einer wird auch den »kalten Entzug« alleine, zu Hause, ohne jegliche professionelle Hilfe, bevorzugen, doch das ist nicht immer