

Werner Gross

Was Sie schon immer über **Sucht** wissen wollten



 Springer

Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten

Werner Gross

Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten

Mit 3 Abbildungen und 9 Tabellen

Werner Gross
Psychologisches Forum Offenbach
Offenbach
Deutschland

ISBN 978-3-662-48326-8 ISBN 978-3-662-48327-5 (ebook)
DOI 10.1007/978-3-662-48327-5

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

Springer

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags.

Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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 dürfen.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © Marco_Piunti / istockphoto.com

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg

Vorwort

Jeder hat sein eigenes Bild von der Sucht: der tote Fixer in der Bahnhofstoilette, der Kollege mit der Alkoholfahne, der immer mit dem Flachmann in die Pause geht, das „koksende“ Model oder die Medikamentenabhängige, die sich ohne ihre „Rosa Pillen“ nicht mehr auf die Straße traut. Dabei hat sich das Bild von Abhängigkeit und Sucht in den letzten Jahren radikal verändert.

Als ich Mitte der 80er Jahre mein erstes Buch zum Thema Sucht veröffentlichte („Hinter jeder Sucht ist eine Sehnsucht“), verstand man unter Sucht vor allem stoffgebundene Suchtformen. Heute versteht man unter Sucht längst nicht mehr nur Alkoholismus, Medikamenten-, Kokain- oder Heroinabhängigkeit, sondern bezieht stoffungebundene Suchtformen wie Spielen, Arbeiten, Essen, Lieben, Kaufen, surfen im Internet, etc. mit ein.

Denn Sucht wird heute verstanden als eine krankhafte Abhängigkeit von Stoffen und/oder von Verhaltensweisen wie zum Beispiel Spiel-, Kauf-, Sex- oder Computersucht. Neudeutsch nennt man diese Abhängigkeiten „Verhaltenssucht“ oder eben „stoffgebundene Sucht“.

Aber was genau ist eigentlich Sucht? Was für Auswirkungen hat sie auf die Betroffenen? Wie und in welchen (Lebens-)Bereichen zeigt sie sich? Was sind die wichtigsten Suchtkriterien? Wie entwickelt sich Sucht – und wo sind die Übergänge vom normalen zum süchtigen Verhalten? Ab wann spricht man von Missbrauch? Wo beginnt die Abhängigkeit, die Sucht? Was ist die Gemeinsamkeit zwischen den verschiedenen Formen der Sucht – und wo sind die Unterschiede?

Dabei geht es nicht nur um die Darstellung der verschiedenen Suchtarten – genauso wichtig sind Fragen wie diese: Wo finde ich (oder mein süchtiger Angehöriger) Hilfe? Welche Hilfssysteme gibt es überhaupt? Welche Berufsgruppen beschäftigen sich mit dem Thema Sucht? Wie steht es um die Selbsthilfe und welche Selbsthilfegruppen im Bereich Sucht gibt es? Um diese Fragen soll es im vorliegenden Buch gehen.

Bei der Erstellung des Buches standen mir mit Rat und Tat zur Seite: Dipl. Psych. Julia Boser, Annika Höneise (Linguistik-Studentin), Sigrid Bertenbreiter (B.Sc., M.Sc.), Saskia Hennecke (stud. Psych.), Laurence Heyes, (stud. Psych.). Vielen Dank dafür. Für die professionelle Begleitung des Buches danke ich ferner Monika Radecki, Sigrid Janke und Martina Kahl-Scholz (Lektorat).

Und noch etwas: Gerade bei einem so lebendig-turbulentaen Gebiet wie dem Thema Abhängigkeit/Sucht ist so ein Buch immer auch „work-in-progress“ und sicher veränderungsfähig und verbessерungswürdig. Wenn Sie also Anregungen, Ergänzungswünsche und Rückmeldungen – auch kritischer Art – haben, bin ich dafür dankbar.

Werner Gross
 Psychologisches Forum
 im Winter 2015/2016

Der Autor

Werner Gross ist niedergelassener Psychotherapeut und Coach. Er beschäftigt sich seit fast 30 Jahren mit dem Thema Sucht, hat viele Suchtpatienten und deren Angehörige behandelt und gibt in mehreren Ausbildungsinstituten Seminare zu dem Thema. Es sind mehrere Bücher von ihm zum Thema Sucht erschienen, (z. B. „Sucht ohne Drogen“, „Hinter jeder Sucht ist eine Sehnsucht“), aber auch zu anderen Themenbereichen („Erfolgreich selbständig“, Springer-Verlag).

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung: Suchtprobleme in unserer Gesellschaft	1
2	Was ist Sucht: Definition	5
2.1	Ebenen der Sucht	6
2.2	Faktoren der Suchtentstehung	7
2.3	Suchtziele und Wirkrichtungen	8
2.4	Rausch und Sucht	10
2.5	Definition: Drogen/Suchtmittel	12
3	Übergänge: Wo beginnt Sucht?	15
3.1	Gebrauch	16
3.2	Genuss	16
3.3	Missbrauch	17
3.4	Ausweichendes Verhalten	17
3.5	Abweichendes Verhalten	17
3.6	Gewöhnung	18
3.7	Süchtiges Verhalten	18
3.8	Sucht/Suchterkrankung	19
3.9	Andere Betrachtungsweise	20
4	Suchtkriterien	21
4.1	Toleranzentwicklung	22
4.2	Kontrollverlust	22
4.3	Entzugserscheinungen	23
4.4	Abstinenzunfähigkeit/Wiederholungszwang/„Craving“	23
4.5	Dosissteigerung („more effect“)	23
4.6	Interessenabsorption und Zentrierung	24
4.7	Gesellschaftlicher Abstieg	24
4.8	Psychischer und körperlicher Zerfall	24
4.9	Rückfall	25
4.10	Die Bedeutung des Suchtverhaltens	25
4.11	Süchtige Grundhaltung: „Versüchtigung“	26
5	Stoffgebundene Suchtformen	27
5.1	Illegalen Drogen	29
5.1.1	Die illegale Drogenszene: Aktuelle Zahlen und Fakten	29
5.1.2	Sedierende Euphorica/Sedativa und Hypnotika	30
5.1.3	Halluzinogene	39
5.1.4	Stimulierende Euphorica/Stimulanzien	40
5.1.5	Synthetische Drogen/ „Designer-Drogen“	44
5.1.6	Die rechtliche Situation in der illegalen Drogenszene: „Das Hase- und Igel-Spiel“	49
5.2	Legale Drogen	50
5.2.1	Alkoholismus	50

5.2.2	Medikamentenabhängigkeit	59
5.2.3	Anabolika	71
5.2.4	Schnüffelstoffe/Inebriantia	73
5.2.5	Polytoxikomanie	73
5.2.6	Nikotin	74
5.2.7	Koffein/Teein/Energy Drinks	76
5.2.8	Essen	77
6	Stoffungebundene Suchtformen: Sucht ohne Drogen	79
6.1	Endorphine: Neue Forschungsergebnisse der Neurobiologie – Die Biochemie der Ekstase.	81
6.2	Spialsucht	84
6.3	Essstörungen	88
6.3.1	Esssucht (Binge Eating Disorder/Adipositas)	88
6.3.2	Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	89
6.3.3	Magersucht (Anorexie)	90
6.4	Arbeitssucht	92
6.5	Liebes- und Sex-Sucht	95
6.5.1	Liebessucht	95
6.5.2	Sex-Sucht	97
6.6	Missbrauch von Medien: Fernsehen, Computer, Internet, Handy, Smartphone	99
6.6.1	Fernsehsucht	101
6.6.2	Internet-/Online-Sucht	102
6.6.3	Handysucht: Das grosse Quasseln	109
6.6.4	„Infoholics“ oder: Leben im Zeitraffer	111
6.7	Kaufsucht	112
6.8	Kleptomanie	113
6.9	Sportsucht	115
6.10	Der Körper als Überdruckventil: Skin Picking, Trichotillomanie, Tattoos und anderes selbstverletzendes Verhalten	116
6.10.1	Skin Picking („Dermatillomanie“)	116
6.10.2	„Trichotillomanie“	117
6.10.3	Schmerzvolle Erlösung: Selbstverletzendes Verhalten	118
6.10.4	Tattoo- und Piercing-„Sucht“?	118
6.10.5	Amputations-Sucht (Body Integrity Identity Disorder, BIID): Das Fremde im eigenen Körper	119
6.10.6	Münchhausen- und Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom	119
6.11	Extremsituationen	120
6.12	Ist das wirklich Sucht?	121
6.12.1	Sucht oder Zwang?	121
7	Sucht: Ein unabänderliches Schicksal? Zur Frage der Suchtpersönlichkeit	123
7.1	Genetische und konstitutionelle Faktoren	124
7.2	Die frühkindliche Situation	125
7.3	Familientraditionen	126
7.4	Adoleszenz/Pubertät: Die Bedeutung der „Peer-Group“	126
7.5	Schule/Universität/berufliche Situation	126
7.6	Lebensstile	127
7.7	Kulturelles Umfeld	127

8	Der Suchtkranke und sein Umfeld: Co-Abhängigkeit	129
8.1	Partner und Angehörige von Süchtigen	130
8.2	Kinder suchtkranker Eltern	131
8.3	Freundeskreis	133
8.4	Arbeitskollegen	134
8.5	Gesellschaft.....	134
8.6	Kriterien für Co-Abhängigkeit	134
9	Die Helfer I: Berufsgruppen	137
9.1	Psychologen	138
9.2	Ärzte	138
9.3	Sozialarbeiter	138
9.4	Pädagogen/ Sozialpädagogen	138
9.5	Suchtkrankenhelfer/Suchtkrankentherapeuten	139
9.6	Weitere Berufsgruppen.....	139
10	Die Helfer II: Beratungs- und Behandlungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen	141
10.1	Ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote	142
10.1.1	Beratungs- und Behandlungsstellen	142
10.1.2	„Streetwork“: Aufsuchende Drogenhilfe	142
10.1.3	Kontaktläden und „Sleep-Ins“	143
10.1.4	Nottelefone für Süchtige.....	143
10.1.5	Methadonprogramme und diamorphingestützte Behandlung	143
10.2	Stationäre Therapieeinrichtungen.....	143
10.2.1	Kliniken und Fachkrankenhuser für Suchtkranke	143
10.2.2	Psychiatrische Krankenhäuser.....	144
10.2.3	Drogenlangzeitprogramme	144
10.3	Teilstationre Einrichtungen	144
10.3.1	Nachsorgeeinrichtungen	144
10.3.2	Tageskliniken	144
10.3.3	Betreute Wohngruppen.....	144
10.4	Selbsthilfegruppen und -organisationen, Abstinenzgruppen, Eltern- und Angehörigen-Kreise	145
11	Sucht und Wissenschaft	147
12	Gesellschaftliche Kosten der Sucht	149
12.1	Fakten.....	150
12.2	Kostenträger	151
12.3	Krankenkassen/Krankenversicherungen	151
12.3.1	Rentenversicherungen	152
12.3.2	Andere (z. B. Firmenfonds, Stiftungen, etc.).....	152
	Serviceteil	153
	Anhang.....	154
	Literatur	158
	Stichwortverzeichnis	160

Einleitung: Suchtprobleme in unserer Gesellschaft

- 1
- » Wir sind eine Gesellschaft von Süchtigen, denn wir bedienen uns nicht mehr der Dinge, sondern die Dinge haben uns in der Hand. (Konstantin Wecker, „Ketzerbriefe eines Süchtigen“)

Fast täglich kippen uns die Medien neue Horror-Meldungen ins Wohnzimmer:

„Crystal Meth weiter auf dem Vormarsch“, „Zahl der Drogentoten wieder gestiegen“, „Koma-Saufen bei jungen Leuten“, „Alkohol weiterhin Drogen Nr. 1“ heißen wiederkehrende Schlagzeilen - Belege dafür, dass Sucht schon lange kein Randproblem der Gesellschaft mehr ist.

Sucht hat inzwischen große Teile der Gesellschaft erreicht, das zeigte der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) 2012, der – vom Bundesgesundheitsministerium gefördert – ca. alle 3 Jahre veröffentlicht wird. Nach dieser bevölkerungsrepräsentativen Studie, die mehr als 9.000 Personen im Alter von 18–64 Jahren befragt, hatten in den letzten 30 Tagen 14 % der Befragten einen riskanten Alkoholkonsum und 30 % rauchten. In den letzten 12 Monaten haben 4,5 % Haschisch/Marihuana, 0,8 % Kokain und 0,7 % Amphetamine (Aufputschmittel) konsumiert. Nach den Diagnosekriterien sind in Deutschland ca. 3 % alkoholabhängig, knapp 11 % nikotinabhängig und 0,5 % cannabisabhängig.

Hier die konkreten Zahlen:

- Fast **1,8 Mio. Alkoholabhängige** gibt es in Deutschland (+ ca. 1,6 Mio., die Alkohol missbräuchlich einsetzen).
- Ferner gibt es ca. **1,5–1,9 Mio. Medikamentenabhängige** (zumeist Frauen).
- Beinahe jeder **3. Mann und jede 4. Frau raucht** (5,6 Mio. Deutsche sind abhängige Raucher).
- Schätzungsweise **250.000 Abhängige von illegalen Drogen** (Heroin, Kokain, Cannabis, synthetische Drogen) gibt es in Deutschland.
- An den **Folgen des Rauchens** sterben jährlich **100.000 bis 120.000 Deutsche**.
- An den **direkten und indirekten Folgen von Alkoholkonsum** sterben jährlich ca. **74.000 Menschen**.
- Es gibt mehr als **1000 Drogentote** durch den Konsum illegaler Drogen pro Jahr (2015) (Zahlen aus Jahrbuch Sucht 2015 und diversen Veröffentlichungen)

Weitere Zahlen siehe: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: <http://www.dhs.de/datenfakten.html> (abgerufen am 30.09.2015)

Dabei sind diese Zahlen nur eine Auswahl und sie geben einen Hinweis darauf, wie sehr wir in einer „suchtstabilisierten Gesellschaft“ leben. Vor allem, wenn man bedenkt, dass bisher nur die Rede von „stoffgebundenen Suchtformen“ war.

Denn auch Themen wie „Spielsucht“, „Internetsucht“ und „Kaufsucht“ und deren zunehmende Ausbreitung überfluten die Medien in regelmäßigen Abständen. Schließlich gewinnen besonders die „stoffungebundenen Suchtformen“ (sog. Verhaltenssüchte) wie Internetsucht, Arbeitssucht, Kaufsucht oder Liebe und Sexualität als Sucht immer mehr an Bedeutung. Quasi von selbst drängen sich daher folgende Fragen auf:

- Leben wir wirklich in einer Gesellschaft, in der man sich mehr und mehr betäuben muss?
- Sind wir eine „versüchtelte Gesellschaft“?
- Und wenn ja, woher kommt und wie entsteht diese massenhafte Verbreitung süchtiger Verhaltensweisen?
- Kann man der Reizüberflutung und Hektik des Alltags, der Sinnlosigkeit und Leere, die viele Menschen empfinden, nur noch durch den Rausch entfliehen?
- Steht unsere technologisierte Leistungsgesellschaft den wahren Bedürfnissen des Einzelnen so gnadenlos gegenüber?
- Kommen viele mit dem Gefühl, kleine Rädchen im Getriebe der Welt zu sein, nur zurecht, wenn sie sich „zusaufen“, „zukiffen“ oder in den Weiten des Internet abtauchen?

Obwohl in der Fachwelt inzwischen lieber von Abhängigkeiten als von Sucht gesprochen wird, ist im alltäglichen Sprachgebrauch immer noch eher von Sucht die Rede. Deshalb verwende ich bevorzugt diesen Begriff. Schließlich stellt Sucht immer noch eines der großen gesellschaftlichen Probleme unserer Zeit dar, das mit immensen Folgekosten für das Gesundheitssystem (► Kap. 12, „Gesellschaftliche Kosten der Sucht“) und jährlich einer Vielzahl von Todesopfern einhergeht – ganz abgesehen von dem individuellen und sozialen Leid, das mit dem Schicksal jedes einzelnen Suchtkranken und seiner Angehörigen verknüpft ist.

Fall

Dr. Peter R. (Name und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren), 47 Jahre alt,* ist Biologe in einem großen Pharmaunternehmen. Der große, stattliche Mann ist verheiratet und hat 2 Kinder (eine 24-jährige Tochter und einen 19-jährigen Sohn). Er kommt zu uns ins Psychologische Forum, weil er von seiner Frau geschickt wurde: „Sie meint, ich müsste etwas wegen meines Alkoholkonsums tun. Wenn ich mir nicht jetzt endlich eine Therapie suche, würde sie sich von mir trennen“, sagt er und schaut mich hilfesuchend an.

Ich frage ihn, wie viel er in welchen Situationen trinke und wie er denn selbst seinen Alkoholkonsum einschätze. „Na ja“, antwortet er, „es gibt schon Zeiten, da ist es ziemlich heftig gewesen. Aber zurzeit ist es wieder weniger.“ Ich merke an, dass das nicht sonderlich konkret ist und frage nach: „Wann haben Sie das letzte Mal Alkohol getrunken?“ „Vorgestern Abend. Weil ich den Termin bei Ihnen hatte, habe ich gestern bewusst nichts getrunken, was mir nicht besonders schwerefallen ist“, sagt er mit einer Mi schung aus Stolz und Beschämung.

Ich bitte ihn zu berichten, wann er denn das letzte Mal – seiner Meinung nach – richtig betrunken gewesen sei. Es dauert eine Zeit bis er antwortet und ich merke, wie er innerlich mit der Frage kämpft wie offen er hier wohl sein kann, darf oder muss: „Das war bei dem Sommerfest in unserer Gemeinde, das

ist jetzt 3–4 Wochen her. Da habe ich mir so richtig die Kante gegeben. Ich hatte Stress in der Firma, der Chef hat mich in die Stiefel gestellt, meine Frau hat ständig an mir rumgenörgelt, die Tochter wollte auch noch was von mir und ich habe mich gefragt: Soll das wirklich alles sein? Habe ich mir mein Leben eigentlich so vorgestellt? Ich wollte einfach den ganzen Mist mal vergessen. Und das habe ich dann auch. Ich konnte mich an nichts mehr erinnern, was am späteren Abend dann noch geschehen war. Meine Frau hat erzählt, dass ich von 2 Bekannten nach Hause gebracht worden sei, wohl torkelnd und singend – sie sagt grölend – und mich dann im Flur übergeben habe.“

„Sie haben daran keinerlei Erinnerung?“ „Das nächste, woran ich mich erinnere, dass ich am nächsten Morgen mit einem heftigen Brummschädel, einem grauslichen Geschmack im Mund und einem schlechten Gewissen aufgewacht bin. Die Familie hat hinter meinem Rücken irgendwelche Absprachen getroffen und ich habe nicht kapiert, worum es da ging.“ Eine peinliche Stille entsteht, wie nach einer Beichte.

„Ist es das erste Mal, dass Ihnen so etwas passiert ist?“ frage ich nach einiger Zeit. Wieder merke ich das Zögern und wieder die unausgesprochene Frage: Wie offen kann ich hier sein?

„Nein, das gab es schon mehrere Male, aber es war nicht immer so heftig.“ (Pause) „Bin ich ein Alkoholiker?“

Was ist Sucht: Definition

- 2.1 Ebenen der Sucht – 6
- 2.2 Faktoren der Suchtentstehung – 7
- 2.3 Suchtziele und Wirkrichtungen – 8
- 2.4 Rausch und Sucht – 10
- 2.5 Definition: Drogen/Suchtmittel – 12

- » In der Sucht findet man selten, was man sucht.
(Redensart)

Es gibt eine Vielzahl von Definitionen von Sucht in den unterschiedlichsten wissenschaftlichen Werken. Am bekanntesten sind der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), der von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegeben wird und das DSM5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), das die American Psychiatric Association (APA) editiert. In akademischer Fachsprache wird dabei für Wissenschaftler, Ärzte und Psychotherapeuten erläutert, was Sucht und Abhängigkeit ist – und was nicht.

Wenn man versucht, das allgemeinverständlich zu formulieren, kann man sagen:

Der Begriff „Sucht“ ist eine verbreitete umgangssprachliche Bezeichnung für die Abhängigkeit von einem bestimmten Stoff oder von bestimmten Verhaltensweisen.

- **Sucht ist gekennzeichnet durch ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Gefühls-, Erlebnis- und Bewusstseinszustand.**

Dieser veränderte Bewusstseinszustand kann (neurophysiologisch repräsentiert durch eine Veränderung der Neurotransmitter im Gehirn; vgl. Kasten ► Kap.5) durch den Konsum chemischer Stoffe (psychotrope Substanzen) oder bestimmte Verhaltensweisen (Glücksspiel, Essen, Arbeiten etc.) herbeigeführt werden.

Strenggenommen macht also nicht das Verhalten oder die Substanz abhängig, sondern das **veränderte Erleben** in Folge des Konsums oder Verhaltens. Weil es in der Hauptsache um diese Veränderung des Erlebens geht, nehmen Abhängige häufig verschiedene Substanzen ein (vgl. Polytoxikomanie, ► Abschn. 5.2.5). Da nicht jeder einmalige Konsum einer Substanz direkt in eine Suchterkrankung führt, ist es an dieser Stelle wichtig, zwischen **Substanzmissbrauch** und **Substanzabhängigkeit** zu unterscheiden (auch wenn das DSM-5 diese Unterscheidung nicht mehr treffen will). Schließlich ist nicht jeder ein Alkoholiker, der sich einmal betrinkt. Allerdings stellt wiederholter Missbrauch einer Substanz häufig den schleichenden Beginn einer Abhängigkeit bzw. Sucht dar (► Kap.3).

Da wir uns an dieser Stelle mit dem Begriff Sucht beschäftigen wollen, sollen die Kriterien dafür hier kurz erläutert werden.

Angelehnt an dieses DSM-5 können bestimmte Kriterien aufgestellt werden, die eine Abhängigkeit bzw. Sucht definieren.

Als wichtiges Kriterium gilt die **Toleranzentwicklung**, also die Steigerung der Substanzdosis bzw. der Häufigkeit des Verhaltens und die Gewöhnung daran. Diese Steigerung liegt meist an einer verminderten Wirkung der Droge bzw. des Verhaltens auf den Bewusstseinszustand bei gleichbleibender Dosis bzw. Häufigkeit. Damit gehen häufig **Entzugserscheinungen** einher (ein weiteres wichtiges Kriterium), die beim Absetzen der Suchtmittel auftreten. Sie können durch die (Wieder-)Einnahme der Substanzen oder das entsprechende Suchtverhalten verhindert (oder zumindest gemildert) werden. Die **Kontrolle** über den Gebrauch des Suchtmittels oder die süchtige Verhaltensweise ist oft herabgesetzt oder **gar nicht mehr vorhanden**. Und die Droge wird auch gegen den eigenen Wunsch und trotz negativer Auswirkungen (psychisch, physisch oder sozial) genommen: „Ich will nicht, aber ich muss. Es ist wie ein innerer Drang.“ Häufig bestimmen das süchtige Verhalten oder die Beschaffung und der Konsum des Suchtmittels daher den Tagesablauf der Betroffenen. Sie wenden erstaunlich viel Zeit und Energie dafür auf und vernachlässigen andere Verpflichtungen (diese Kriterien werden in ► Kap. 4 noch ausführlich erläutert).

2.1 Ebenen der Sucht

- » Sucht ist eine Verwahrlosung des Innenlebens.
(Suchthelfer-Spruch)

Um den Begriff „Sucht“ genauer zu erfassen, kann man **drei Ebenen** der Sucht unterscheiden:

Die drei Ebenen der Sucht

1. Körperliche Abhängigkeit

Körperliche Abhängigkeit von einer Droge oder Verhaltensweise zeigt sich deutlich an Entzugserscheinungen bei Nichtzufuhr des

Suchtmittels oder zu geringer Dosis (► [Abschn. 4.3](#)) und an einer fast immer notwendigen Dosissteigerung (► [Abschn. 4.5](#)).

2. Psychische Abhängigkeit

Oftmals ist die psychische Abhängigkeit von einer Droge das ausschlaggebende Element, da sie meist auch bestehen bleibt, wenn die körperlichen Entzugssymptome bereits (z. B. nach einem Entzug) überwunden sind. Man ist also weniger von der Substanz selbst abhängig als vielmehr von dem Wunsch, durch das Suchtmittel einen veränderten Gefühls- und Bewusstseinszustand herbeizuführen („Craving“; s. dazu ► [Abschn. 4.4](#)).

3. Zunehmende Beeintrachigung der alltäglichen sozialen Lebensfuhnung

Sucht im fortgeschrittenen Stadium ist gekennzeichnet durch eine Zentrierung des gesamten Lebens um Rauschmittel bzw. süchtige Verhaltensweisen (► [Abschn. 4.6](#)). Spätestens ab diesem Zeitpunkt wird eine massive Einschrenkung der alltäglichen sozialen Lebensweise deutlich. Die Süchtigen sind häufig nicht mehr in der Lage, in ihrem Beruf zu arbeiten, die Familie zerfaltt und auch andere Sozialkontakte werden immer weiter vernachlässigt. So ist der soziale Abstieg vorprogrammiert (► [Abschn. 4.7](#)).

2.2 Faktoren der Suchtentstehung

» Sucht ist ein misslungener Konfliktlose- und/oder Selbstheilungsversuch.
(Psychoanalytiker-Weisheit)

In der Regel wirken verschiedene Faktoren zusammen, die zur Suchtentstehung beitragen. Dies gilt für stoffgebundene wie stoffungebundene Suchtformen (► [Kap. 6](#)) gleichermaßen. Der Einfluss der einzelnen Faktoren ist von Suchtigem zu Suchtigem jedoch verschieden.

Diese Faktoren lassen sich oft in **biologische Faktoren** (Genetik, Toleranzentwicklung etc.),

psychologische Faktoren (Persönlichkeitseigenschaften, Selbstwahrnehmung etc.) und **soziale Faktoren** (soziale Bezugsgruppe und Interaktionsformen, gesellschaftliche Normen etc.) unterteilen.

In Anlehnung daran können die Faktoren der Suchtentstehung folgendermaßen identifiziert werden:

Faktoren der Suchtentstehung

1. Person: Der Mensch selbst mit seiner persönlichen Geschichte, seinen Problemen und Schwierigkeiten

Wie bereits beschrieben führt nicht nur die Droge selbst zur Abhängigkeit, sondern der Umgang mit ihr. Geprägt durch Erziehung, Gesellschaft und Lebensstil (► [Kap. 7](#)) ist der eine mehr, der andere weniger dazu veranlagt („prädisponiert“), eine Abhängigkeit oder Sucht zu entwickeln. Eine wichtige Rolle spielen hier also beispielsweise genetische Faktoren, Persönlichkeitsmerkmale (z. B. Impulsivität) und natürlich Entwicklungs faktoren sowie Vorerfahrungen, die das Verhalten eines Menschen beeinflussen können. Die genannten Faktoren können dazu beitragen, dass ein Suchtverhalten wahrscheinlicher wird. Andererseits können sie auch als Schutzfaktoren auftreten, die dem Abrutschen in die Abhängigkeit entgegenwirken.

2. Droge: Das Suchtmittel und das süchtige Verhalten mit seinen Eigenschaften, Nutzen und Gefahren

Selbst eine „prädisponierte Suchtpersönlichkeit“ greift nicht automatisch zum Suchtmittel und bildet nicht von selbst eine Abhängigkeit von beispielsweise „harten“ Drogen aus. Es ist eine Frage der Griffnähe der Droge, ihrer Wirkung, Verträglichkeit, Gefährlichkeit und Dosis. Sucht entwickelt sich erst dann, wenn der Suchtmittelgebrauch zusammen mit der Rauschwirkung bei dem Betreffenden einen Drang zur ständigen Wiederholung hervorruft („Craving“). Drogen bzw. psychotrope Substanzen werden häufig

nach ihrer chemischen Zusammensetzung klassifiziert. Sie lassen sich allerdings auch anhand der psychischen und physischen Auswirkungen des Konsums gruppieren (► Kap. 5).

3. Umfeld und Gesellschaft: Die Umgebung und die Akzeptanz des Suchtmittels bzw. süchtigen Verhaltens

Hierzu werden beispielsweise der Einfluss der Familie und das direkte soziale Umfeld (Freunde, Kollegen etc.) gezählt. Selbst der Einfluss des weiteren gesellschaftlichen Kontexts innerhalb des Staates (Gesetzgebung, etc.) und der Kultur spielt eine Rolle.

Die Gesellschaft und die in ihr vorherrschenden Normen sowie Gesetze beeinflussen weitgehend Art und Menge des konsumierten Suchtmittels oder der süchtigen Verhaltensweise (► Abschn. 7.9): Ist die Droge bzw. das süchtige Verhalten legal und in der entsprechenden sozialen Bezugsgruppe akzeptiert? Wie weit ist sie bzw. es verbreitet? Darf für die Droge bzw. die Verhaltensweise geworben werden? etc. Diese Normen bestimmen darüber hinaus die bereits beschriebene Erreichbarkeit („Griffnähe“) sowie die Einschätzung der Gefährlichkeit von Drogen oder Verhaltensweisen.

Auch gesellschaftliche Probleme und Konflikte (z. B. Unzufriedenheit der Bevölkerung, soziale Konflikte, Verelendung bestimmter Schichten etc.) üben einen Einfluss auf das süchtige Erleben und Verhalten des Einzelnen aus.

Da die Bereiche wechselseitig in Beziehung stehen, können sie in einem Dreieck dargestellt werden (► Abb. 2.1)

2.3 Suchtziele und Wirkrichtungen

» Wer sucht, der findet. Wer süchtelt, verliert (sich). (Anonym)

Natürlich gibt es nicht den Grund oder die Ursache für Drogenabhängigkeit, Alkoholismus oder süchtiges Verhalten. Die Gründe für süchtiges Verhalten sind vielfältig und auch abhängig von den einzelnen süchtigen Verhaltensweisen. Das ist beim Drogenkonsum oder Alkoholtrinken anders als beim Surfen im Internet, bei der Kaufsucht, beim Automatenspiel anders als beim Sex oder dem Arbeiten.

Süchtiges Verhalten kann

- dem **Spannungsabbau** dienen;
- **Rauscherlebnisse** vermitteln, bei denen Entgleisung, Ekstase oder der „Kick“ im Vordergrund stehen;
- manchmal wegen der **Anerkennung durch Andere** entstehen;
- oder zur **Steigerung des Selbstwertgefühls** führen;
- dabei helfen, in „**andere Welten**“ **abzutauchen**;
- helfen, der **Realität zu entfliehen**;
- auch die **Herbeiführung von Angst-Lust** bewirken;
- dem Wunsch nach **Emotionsregulation von negativen Gefühle** dienen.

Gemeinsam ist allerdings allen süchtigen Verhaltensweisen: raus aus dem, wie es jetzt ist. Es soll anders sein. Man kann also sagen:

Das Ziel von süchtigem Verhalten ist eine Veränderung des Bewusstseinszustandes.

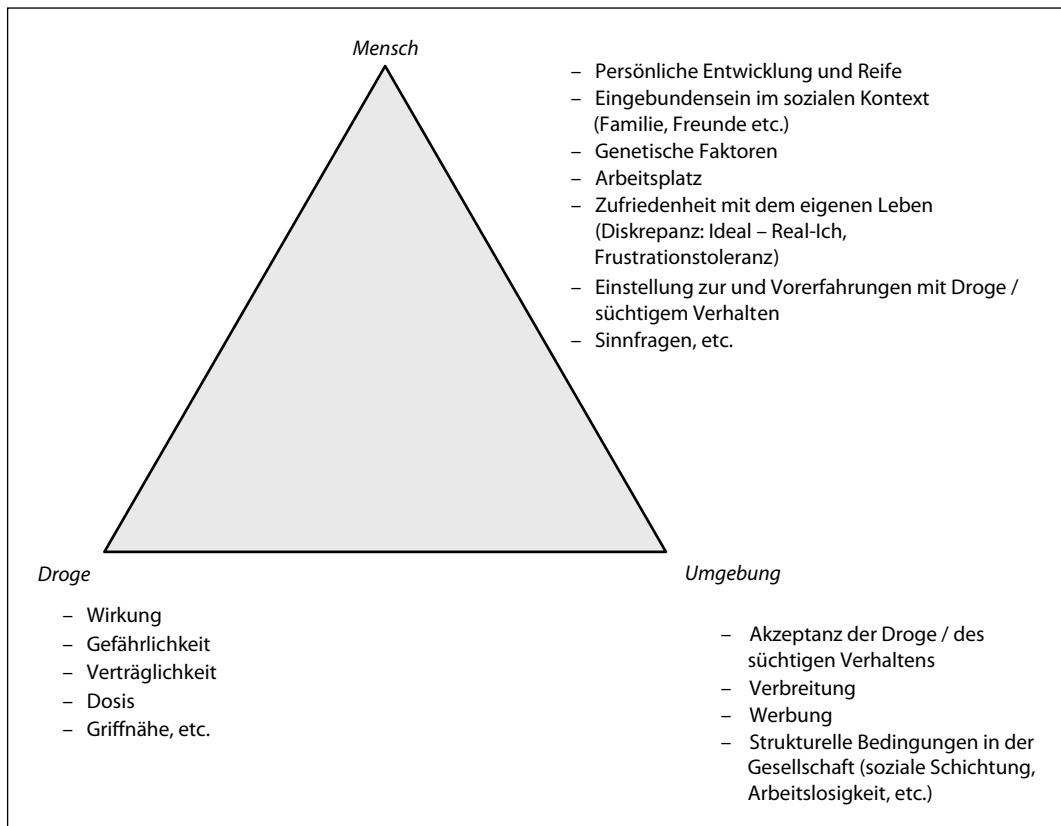
» Es geht darum, entweder

- **Lustgefühle** (Spaß, „kick“, Freude) herbeizuführen
- **und/oder Unlustgefühle** (Unruhe, Trauer, Wut etc.) zu vermeiden.

Vermeidung negativer und Herbeiführen positiver Emotionen ist an und für sich ein völlig sinnvolles und berechtigtes Verhalten, das man nicht nur bei Menschen, sondern auch im Tierreich findet (► Abschn. 6.1). Es zeigen sich drei grundlegende Mechanismen, mit denen Menschen und Tiere auf schwierige Situationen, also innere und äußere Konflikte, reagieren:

1. Kampf/Angriff
2. Flucht/Rückzug
3. Erstarren/Aushalten

2.3 · Suchziele und Wirkrichtungen



■ Abb. 2.1 Beziehungsdreieck

Es kann davon ausgegangen werden, dass die drei genannten Mechanismen angesichts bestimmter Situationen jeweils **angemessene Konfliktlösestrategien** sind. Es gilt also für die jeweilige Situation zielführende Handlungsoptionen auszuwählen. Wird allerdings – unabhängig vom Konflikt, der Situation – stets der selbe Mechanismus aktiviert, kann diese Reaktion eben nicht immer zielführend oder zumindest nicht immer die beste Wahl sein („maladaptiver“ Mechanismus).

Je nach Charaktereigenschaften und Situation hat jeder einen „**Lieblingskonfliktlöse-Mechanismus**“. Der eine neigt z. B. eher dazu, bei Schwierigkeiten wegzulaufen, eine andere sich in sich zurückzuziehen und ein dritter, mit den Problemen so lange zu kämpfen, bis sie gelöst sind. Was hat das mit süchtigem Erleben und Verhalten zu tun? Interessanterweise finden sich genau diese drei unterschiedlichen Mechanismen, mit denen man eine schwierige

Situation löst, bei den stoffgebundenen Suchtformen wieder:

Stimulierende Mittel (► [Abschn. 5.1.4](#)) entsprechen in ihrer Wirkung dem **Kampf/Angriff**-Mechanismus, sie geben „Power“ und mobilisieren, um gegen ein schwieriges Problem zu kämpfen. **Flucht und Rückzug** tritt eine Person an, wenn sie sich dem Einfluss von dämpfenden Mitteln (► [Abschn. 5.1.2](#)) hingibt. Dort steht dann die Entspannung, das Loslassen, das „Sich weg-beamen und nichts mehr mitbekommen wollen“ im Vordergrund.

Halluzinogene Mittel (► [Abschn. 5.1.3](#)) schließlich dienen weitestgehend dem **Erstarren, der inneren Emigration** („wie das Kaninchen vor der Schlange“). Dabei ist der Konsument häufig fixiert und (mehr oder weniger) fasziniert von inneren Bildern. Oft läuft ein innerer Film ab, der mit unterschiedlichen (und z. T. sehr heftigen) Emotionen verbunden sein kann.

Auch die Wirkrichtungen der stoffungebundenen Suchtformen sind diesen drei Mechanismen zuzuordnen, wenn auch nicht ganz so eindeutig, wie bei den stofflichen Suchtformen. So kann man süchtige Verhaltensweisen wie Arbeitssucht, Sex-Sucht, Extremsportarten („Bungee-Jumping“, „Joy-riding“, „Free-Climbing“), Sportsucht etc. eher dem Mechanismus Kampf und Angriff zuordnen; hier wird Energie, die eigentlich zur Lösung des Problems verwendet werden könnte, in süchtiges Verhalten investiert. Verhaltensweisen wie Essen, Lieben und Kaufen – wenn sie süchtig entgleist sind – finden ihre Entsprechung im Flucht/Rückzug-Mechanismus.

Die innere Emigration, das Erstarren zeigen sich am ehesten in süchtigen Verhaltensweisen wie Fernsehen, Internet, Computer- und Automatenspielen.

➤ **Sucht beginnt dort, wo sich eine Person mit Problemen und schwierigen Situationen nicht mehr angemessen auseinandersetzt**
 (► [Abschn. 3.4](#)).

Im Falle einer Abhängigkeit flüchten sich die Betroffenen zunehmend in stoffgebundene oder stoffungebundene Suchtformen. Nachvollziehbarerweise sind viele der im Alltag aufkommenden Konflikte (Beruf, Familie, Partnerschaft etc.) allerdings nicht durch Flucht allein zu lösen, sondern können sich durch ständiges Aufschieben und Ignorieren sogar noch verschlimmern. So entsteht eine Abwärtsspirale aus Problemen und den Scheinlösungen aus Drogen bzw. Suchtverhalten, aus der die Betroffenen oft nur schwer ausbrechen können.

Die Drogen oder das süchtige Verhalten wird Ersatz für alles. Und die Sucht wird mehr und mehr ein ungewollter Schutzwall vor einem erfüllten Leben.

2.4 Rausch und Sucht

» Rausch ist die Erlösung des Bewusstseins, vom Bewusstsein des Bewusstseinsverlustes. (Ernst Jünger)

Rausch wird nach ICD-10 als ein emotionaler Zustand beschrieben, der in übersteigerter Ekstase gipfelt, bzw. als ein intensives Glücksgefühl, durch das der Konsument über seine normale Gefühlslage hinausgehoben wird.

Der Rausch ist (im Gegensatz zur Sucht) ein zeitlich begrenzter Erlebnis- und Bewusstseinszustand, bei dem Körper und Psyche hochgradig über- oder untererregt sind.

Ein solcher Rausch kann unter anderem hervorgerufen werden durch eine Substanz oder ein Verhalten und kann unterschiedlichen Charakter haben (beruhigend, anregend, bewusstseinsverändernd, etc.). Beim Drogenrausch hängen die Art und auch die Intensität des Rausches stark von der Zusammensetzung und Dosis der Droge ab sowie von deren Wirkung auf das zentrale und periphere Nervensystem.

Man kann Rausch auch als einen **außergewöhnlichen Bewusstseinszustand** verstehen, bei dem sich deutlich feststellbare Abweichungen vom normalen Wachbewusstsein, also des subjektiven Erlebens oder des psychischen Funktionierens, entwickeln. Damit verbunden sind oft Veränderungen der Stimmung, der motorischen Aktivität und der Wahrnehmung. Dabei kann es zu ungewöhnlichen Umgebungserfahrungen kommen: Die Zeit dehnt sich, Minuten kommen einem wie Stunden vor oder der Raum wirkt vergrößert oder verkleinert.

Gerade im Zusammenhang mit Drogen hat sich in den letzten Jahren eine einseitige negative Bedeutung des Begriffes „Rausch“ etabliert: Desorientierung, „Ausflippen“, Fehlverhalten z. B. im Verkehr, körperliche und seelische Gefährdung stehen im Vordergrund. Zweifellos: diese Art der „**Bewusstseinsveränderung**“ ist nicht ungefährlich und kann, besonders durch wiederholten Konsum, zu psychischen und physischen Folgen und natürlich zur Sucht führen.

An dieser Stelle sei aber auch gesagt, dass der Rausch per se nicht nur negative Seiten hat: Viele Menschen genießen z. B. intensive ekstaseähnliche und tiefe emotionale Erfahrungen, die *extreme Befriedigung* und das Gefühl von Eins-Sein mit sich, Gott und der Welt hervorrufen können, ohne Schäden davon zu tragen.

Die Bandbreite der Möglichkeiten einen Rauschzustand herbeizuführen, ist dabei breit und keinesfalls nur auf Drogen begrenzt.

Zu den außergewöhnlichen (oder veränderten) Bewusstseinszuständen (altered state of consciousness, ASC) gehören nach Dittrich (1996) die drei Bereiche:

Bewusstseinszustände nach Dittrich

1. Ozeanische Selbstentgrenzung (OSE)

Hiermit ist die positive Seite der Ekstase, der Entgrenzung, gemeint, das Gefühl, mit dem Kosmos (und vielleicht mit Gott) eins zu sein, oft verbunden mit spirituellen Erleuchtungserfahrungen und der Überzeugung, dass das Leben insgesamt gut ist und einen Sinn hat.

2. Angstvolle Ich-Auflösung (AIA)

Darunter versteht man die Gegenposition, den „Horror-Trip“, die Angst, die einen überflutet, den negativen „Flashback“, das Gefühl ausgeliefert zu sein und keine Kontrolle mehr über sich und sein Leben zu haben.

3. Visionäre Umstrukturierung (VUS)

Hiermit wird unterschieden, ob man aus der intensiven Erfahrung der Entgrenzung etwas für sein (alltägliches) Leben gelernt und es umgesetzt hat oder ob es nur ein einmaliges intensives Erlebnis ohne große Folgen war.

Solche veränderten Bewusstseinszustände können einerseits durch pharmakologische Stoffe ausgelöst werden, andererseits gibt es auch psychologische Auslöser.

Zu den **pharmakologischen Auslösern** gehören Halluzinogene (z. B. LSD, Mescalin, Psilocybin, Muscimol, Scopolamin, etc.). Deren Wirkung ist intensiv, schnell und mühelos. Allerdings besteht auch eine hohe Suchtgefahr.

Zu den **psychologischen Auslösern** außergewöhnlicher Bewusstseinszustände gehören z. B.

- die *Reduktion der Umweltstimulation* bzw. des Umweltkontaktes und die Konzentration auf das „Erleben der Innenwelt“ (beispielsweise durch sensorische Deprivation, Meditation, Gebet, Oberstufe im Autogenen Training, Trance, Hypnose, etc.),
- außerdem die *Reizüberflutung* z. B. durch monoton-rhythmische Stimulation (durch Musik, rhythmische Bewegung, Tanz ...),
- die *Überforderung* (körperlich wie psychisch, Angst-Lust-Mobilisierung)

- und auch die *Labilisierung* beispielsweise durch Schlafentzug, Fasten, Hyperventilation etc.

Die Herbeiführung außergewöhnlicher Bewusstseinszustände durch diese psychologischen Auslöser kostet mehr Mühe, dauert länger und ist weniger intensiv als die der pharmakologischen Auslöser. Mehr zu diesen Erfahrungen finden Sie im nachfolgenden Link: <http://www.neuroculturelab.com/portfolio/edelrausch-im-labor/> (abgerufen: 08.10.2015)

In den Religionen werden die Techniken nicht selten eingesetzt, um sogenannte spirituelle Erfahrungen („Konversion“, „Transformation“, „Gott erleben“) zu provozieren. Oft fällt es Erfahrenden schwer, über diese Erfahrungen zu sprechen, weil sie nur unzureichend in Worte zu fassen sind.

- **Rausch ist ein zeitlich eng begrenzter veränderter Erlebnis- und Bewusstseinszustand.**

Körper und Psyche laufen auf Hochtouren und ein ekstatischer Zustand der Verzückung oder der Aktivität füllen das Erleben des Menschen vollständig aus („ozeanisches Gefühl“). Aber dieser Zustand hält immer nur kurzfristig an.

Zwar gab und gibt es – vor allem in Künstlerkreisen und spirituellen Subkulturen – Versuche, ein langfristig oder ständig rauschhaftes Leben zu führen. Bislang ist das allerdings nicht gelungen, sondern stattdessen häufig in eine Suchtkarriere gemündet.

Denn Rausch hat die Eigenschaft, dass er sich umso mehr entzieht, je mehr man versucht, ihn zu erzwingen. Die Begründung hierfür liegt in den Wirkmechanismen des Rausches im Gehirn. Dem Rausch wird dort aktiv entgegengewirkt, sodass das Erreichen des eigentlichen Rauschzustandes (beispielsweise durch Einnahme einer Droge) zunehmend schwieriger wird, je häufiger die Droge konsumiert wird (mehr dazu siehe unter ► Abschn. 4.1. Toleranzentwicklung).

Roland Fischer, ein ungarischer Psychiater und Psychopharmakologe, hat schon in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts eine Kartographie der Stadien des Bewusstseins entwickelt (► Abb. 2.2):

Dieses kann sich laut Fischer auf einem Kontinuum zwischen Übererregung und Ekstase am

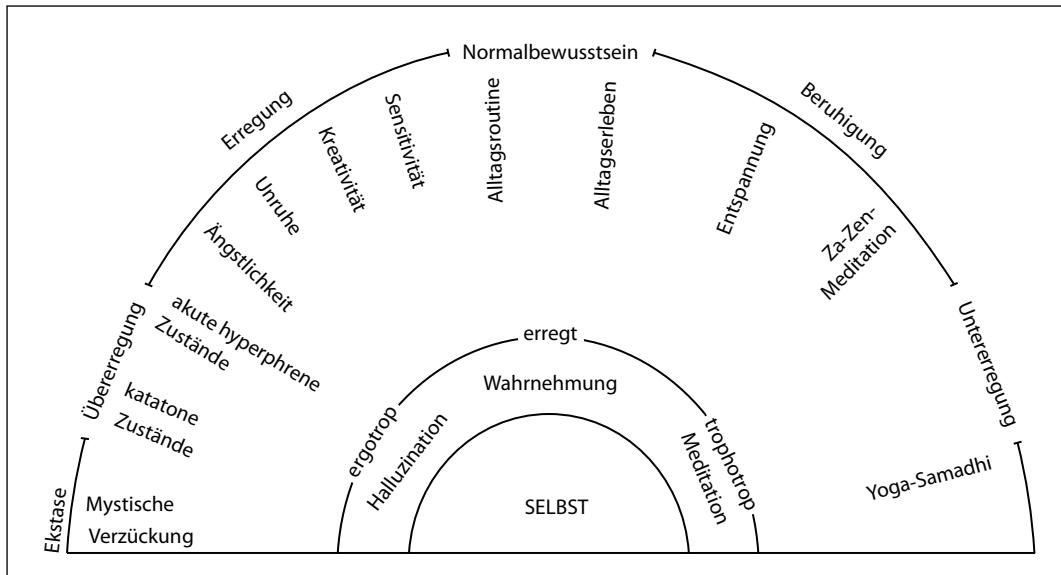


Abb. 2.2 Stadien des Bewusstseins nach Roland Fischer

einen Pol und meditativer Tiefenentspannung bzw. Untererregung am anderen Pol bewegen. Im Alltag ist unser Normalbewusstsein irgendwo in der Mitte zwischen diesen Extremen aktiv, d. h. wir haben ein mittleres Erregungsniveau. Bewegt sich das Bewusstsein von der Mitte eher in Richtung Erregung, ist dieser Zustand von erhöhter Sensitivität und Kreativität geprägt, aber u. U. auch von erhöhter Unruhe und Ängstlichkeit bis hin zu Halluzinationen bei extremeren Formen der Übererregung. Bewegt sich das Bewusstsein eher in Richtung Untererregung, erleben wir verstärkt Beruhigung und Entspannung, die bis zu tiefen Versenkungszuständen reichen können.

➤ **Sucht ist nicht selten der Endzustand der misslungenen Suche nach einem Rausch und/oder der misslungenen Flucht aus der als unangenehm/unerträglich erlebten Realität mit all den bekannten negativen Auswirkungen (s. dazu ▶ Kap. 4.1 bis ▶ Abschn. 4.11).**

■ Weiterführende Literatur

- Jünger E (2013). Annäherungen: Drogen und Rausch. Klett-Cotta

2.5 Definition: Drogen/Suchtmittel

» Realität ist etwas für Leute, die mit Drogen nicht zureckkommen. (Szenen-Spruch)

Wenn man heute von „Drogen“ spricht, denken viele nur an die illegalen Drogen – an Haschisch, Marihuana, LSD, Crystal Meth, Heroin und Kokain. Schon Alkohol, Medikamente und Zigaretten werden oft nicht mehr dazu gezählt. Früher zählten zu dem Begriff Drogen alle Produkte pflanzlichen oder tierischen Ursprungs, die bei der Zubereitung von Arzneimitteln verwendet wurden. Seit den 1970er Jahren wurde der Begriff auch auf chemisch einheitliche Arzneistoffe ausgedehnt. Im engeren Sinn kann man heute unter Drogen eine Substanz verstehen, die die **Funktionen und Strukturen eines Organismus und damit letztlich die Wahrnehmung, das emotionale Empfinden und das Bewusstsein zu beeinflussen vermag** (psychotrope Substanz).

Im weiteren Sinn können darunter auch personale oder apersonale Mittel verstanden werden, mit denen Verhaltens-, Gefühls-, Empfindungs- oder körperliche Veränderungen hervorgerufen werden können, um sich der Realität zu entziehen. Dazu können neben Heroin, Kokain, Alkohol und

Medikamenten auch Essen, Spielen, Rauchen, Sport und Arbeiten gehören.

Bei ständigem, regelmäßigm Konsum bzw. Missbrauch kann sich schließlich eine Abhängigkeit entwickeln.

- **Man kann sagen, dass eine Drogen dann zum Suchtmittel wird, wenn sie nach einer (meist kurzen) angenehmen, lusterzeugenden Hauptwirkung, unangenehme Nebenwirkungen erzeugt (meist langfristiger), die man mit der erneuten Einnahme der Drogen reduzieren kann. So entsteht ein Teufelskreis, der sich immer schneller dreht.**

Wichtig ist hier noch die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen. **Legale Drogen** sind die in einer Gesellschaft erlaubten Drogen (in

unserem Kulturkreis z. B. Alkohol). In islamischen Ländern ist Alkohol nicht gern gesehen bzw. mitunter sogar verboten, während in den westlichen Ländern Ganga-rauchen oder Khat-kauen nicht erlaubt ist, was in islamischen Ländern nicht unüblich ist. Jeder Kulturkreis hat also seine erlaubten Drogen.

Illegal Drogen sind bei uns also einerseits Drogen, die kulturfremd sind, andererseits sind sie aber auch deshalb verboten, weil sie ein hohes Suchtpotenzial haben, also sehr schnell abhängig machen können.

Welche Drogen in einer Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit gerade „en vogue“ sind, unterliegt oft dem Zeitgeist und es gibt auch in diesem Bereich bestimmte Moden:

„Die Jugend wird immer anspruchsvoller. Früher waren sie mit Drogen zufrieden – heute müssen es schon 'Designer-Drogen' sein.“

Übergänge: Wo beginnt Sucht?

- 3.1 **Gebrauch** – 16
- 3.2 **Genuss** – 16
- 3.3 **Missbrauch** – 17
- 3.4 **Ausweichendes Verhalten** – 17
- 3.5 **Abweichendes Verhalten** – 17
- 3.6 **Gewöhnung** – 18
- 3.7 **Süchtiges Verhalten** – 18
- 3.8 **Sucht/Suchterkrankung** – 19
- 3.9 **Andere Betrachtungsweise** – 20

» Sucht macht Lust zur Last. (Manfred Hinrich)

Wir alle kennen solche Situationen: Da trinkt man „mal einen über den Durst“, frisst sich so richtig pappssatt (weil's so gut schmeckt) oder hockt den ganzen Abend lethargisch vor der „Glotze“. Wieder ein anderer verbringt Stunden am Computer oder am Spielautomaten. Da „zieht“ man sich ein paar Beruhigungspillen „rein“ – weil man sich danach irgendwie besser fühlt, nicht, weil man sie so unbedingt braucht. Ein Tässchen Kaffee oder eine Zigarette können ähnliche Dienste leisten. Der eine joggt stundenlang für den „Kick“ durch den Park und der nächste arbeitet bis spät in die Nacht.

Niemand käme auf den Gedanken, die aufgezählten Verhaltensweisen etwa als Sucht zu bezeichnen, falls sie nicht tagtäglich oder jede Woche vorkommen und die Betroffenden wirklich Spaß dabei oder einen echten Nutzen davon haben.

Kommen die angesprochenen Verhaltensweisen allerdings regelmäßig vor und werden sie benutzt, um Konflikten ständig auszuweichen oder vor ihnen davon zu laufen, ist die Sache schon nicht mehr ganz so einfach.

Diese Art der „Problemlösung“ kennen viele, aber ist das schon Sucht? Oder nur (eine schlechte) Angewohnheit? Oder ganz normal, weil es doch schließlich alle tun?

Jeder Mensch hat seine Mechanismen entwickelt, um mit dem alltäglichen Stress fertig zu werden, einer echten Konfliktlösung auszuweichen oder sie zumindest kurzfristig aufzuschieben. Die meisten dieser Mechanismen sind gesellschaftlich weit verbreitet und werden als „normale“ Verhaltensweisen akzeptiert, z. B. Alkohol trinken, um sich zu entspannen, Medikamente zu nehmen, um „die Nerven zu beruhigen“, mit dem Auto über die Autobahn zu rasen, um seine Spannungen abzubauen, oder sich zur Belohnung eine Tafel Schokolade zu gönnen.

Doch unabhängig von der gesellschaftlichen Toleranz bleibt die Frage: Wo genau fängt die Abhängigkeit an? Also was ist **Gewohnheit** und was ist bereits **Sucht**?

Die Übergänge vom „normalen“ zum süchtigen Verhalten sind fließend. Man kann verschiedene Stufen auf dem Weg vom Gebrauch eines Mittels oder einer Verhaltensweise bis zur Sucht unterscheiden:

Stufen auf dem Weg zur Sucht

- Gebrauch
- Genuss
- Missbrauch
- Ausweichendes Verhalten
- Abweichendes Verhalten
- Gewöhnung
- Süchtiges Verhalten
- Suchterkrankung

3.1 Gebrauch

» Eine Gewohnheit, der man nicht widersteht, wird bald zur Notwendigkeit. (Augustinus Aurelius)

Der „Gebrauch“ stellt eine sinnvolle und hilfreiche Verwendung von Dingen zur persönlichen, gesellschaftlichen und natürlichen Weiterentwicklung dar. Mittel oder Verhaltensweisen werden also nur eingesetzt, weil sie wirklich notwendig sind. Beispielsweise benutzt man ein Opiat nicht, um sich in einen angenehmen Rauschzustand zu versetzen, sondern um damit die Schmerzen einer Operation zu betäuben. Oder man isst, um satt zu werden und dem Körper notwendige Nährstoffe zuzuführen, aber eben nicht aus reiner „Lust“ am Essen.

3.2 Genuss

» Nicht alles, was Genuss bereitet, ist auch wohltuend. Aber alles, was wohltuend ist, bereitet auch Genuss. (Pythagoras)

Im Unterschied zu Nahrungsmitteln werden unter Genussmitteln Stoffe wie Kaffee, Tee, bestimmte Gewürze, Tabak oder Alkohol verstanden, die nicht der Ernährung des menschlichen Körpers dienen, sondern um ihrer angenehmen oder anregenden Wirkung willen genossen werden.

Zu den nicht-stofflichen Genussmitteln und Verhaltensweisen gehört alles, was Menschen in angehme *Gefühlszustände* versetzt: Spielen, Essen oder Fernsehen genauso wie Sex, Arbeiten oder Sport

treiben. Genuss ist also etwas, was wir nicht unbedingt brauchen, aber gerne haben. Und zwar deshalb, weil es uns aufgrund seiner angenehmen Wirkung eine kurzfristige Befriedigung gibt.

3.3 Missbrauch

» Die Götter sind gerecht: Aus unseren Lüsten erschaffen sie das Werkzeug uns zu geißen.
(Shakespeare, „King Lear“)

Unter Missbrauch von Substanzen oder Verhaltensweisen versteht man eine körperlich, psychisch oder sozial schädliche Verwendungsweise von Dingen oder ein selbstschädigendes Verhalten. Hierbei kommt es vor allem auf die Häufigkeit und Regelmäßigkeit an: **Einmaliger Missbrauch** hat oft kaum Folgen. Der **häufige Missbrauch** bestimmter Mittel oder Verhaltensweisen dagegen kann zur Gewöhnung führen:

Zuerst hat man Drogen für seine Probleme.

Später hat man Probleme wegen seiner Drogen.

Dabei ist der Missbrauch von Substanzen oder Verhaltensweisen fast immer Ausdruck ungelöster Probleme, die durch das entsprechende Verhalten gedämpft, vergessen gemacht oder (zumindest kurzfristig) „gelöst“ werden sollen – wenn man mal von der Langeweile absieht, die auch zum Suchtmittelmissbrauch führen kann. Missbrauch steht hier also in einem engen Zusammenhang mit ausweichendem und ablenkendem Verhalten.

3.4 Ausweichendes Verhalten

» Säufst Du schon am Morgen, hast Du den ganzen Tag frei. (Anonym)

Von ausweichendem Verhalten wird dann gesprochen, wenn Probleme nicht direkt gelöst werden können oder sollen. Wenn etwa die Streitigkeiten in der Partnerschaft im Alkohol ertränkt werden, wenn Unstimmigkeiten mit dem Vorgesetzten mit einer Tafel Schokolade „runtergeschluckt“ werden, wenn der berufliche Misserfolg unter mehreren Einkaufsstüten begraben werden soll, dann liegt ausweichendes Verhalten vor.

Jeder von uns schleppt eine ganze Reihe von Konflikten und Problemen mit sich herum, die im Augenblick nicht lösbar sind, zumindest nicht lösbar zu sein scheinen oder deren Lösung im Moment zu schwierig, zu umfangreich oder zu anstrengend erscheint. Gefühle von Stress und Hilflosigkeit sind die Folge. In einer solchen Situation ist ausweichendes Verhalten oft ein legitimer und auch sinnvoller Mechanismus, um nicht verbissen an einem Problem zu hängen, sondern sich eine Erholungspause zu gönnen und in Distanz zum Problem zu gehen. Das Ausweichen bzw. die Flucht kann (zumindest kurzfristig) beruhigen, dämpfen und ablenken. Durch Ausweichen kann man seine Lage kurzfristig stabilisieren, ohne die bestehenden Schwierigkeiten lösen zu müssen.

Aber ausweichendes Verhalten ist „janusköpfig“. Denn gleichzeitig setzt man sich der Gefahr aus, dass die Probleme anwachsen, überhand nehmen und das Verhalten der Betroffenen teilweise oder ganz zu beherrschen beginnen. An dieser Stelle entscheidet sich, ob man dann bereit ist, das Problem konstruktiv (selbstständig oder mit Unterstützung) zu lösen oder ob weiterhin ausweichende Verhaltensweisen gezeigt werden, sich das Ausweichen sozusagen chronifiziert. Neudeutsch nennt man das chronische Ausweichen inzwischen „Aufschieberitis“ oder wissenschaftlich „Prokrastination“.

3.5 Abweichendes Verhalten

» Jede Gesellschaft hat die Drogen, die sie verdient und (ge)braucht.
(Soziologen-Weisheit)

Ausweichendes Verhalten an sich ist weder positiv noch negativ. Es wird zum abweichenden oder außfälligen Verhalten, wenn es nicht den gesellschaftlichen Normen oder Werten entspricht. Heroin fixen oder Kokain „sniefen“ stellen beispielsweise in unserem Kulturkreis *abweichende* Verhaltensweisen dar (auch deswegen sind sie hier illegal), während andere Formen *ausweichenden* Verhaltens wie z. B. übermäßiges Essen, Rauchen oder Alkohol trinken akzeptiert bzw. toleriert werden.

Im Gegensatz zu ausweichendem Verhalten wird das abweichende Verhalten also immer von äußeren

(meist sozialen) Normen und Werten sowie Gesetzen bestimmt. Die Ansicht der Betroffenen spielt dabei keine Rolle. Wer sich auffällig verhält, gilt in unserer Gesellschaft als abnorm. Wie gesund dabei die Norm, also das „Normale“ ist, steht dabei nicht zur Diskussion, sondern beruht vielmehr auf tradierten Wertvorstellungen und eingeschliffenen Verhaltensweisen (in der Zeit des Nationalsozialismus galt es z. B. als „normal“, Juden für Untermenschen zu halten).

„Normal“ meint also meist das, was die **Mehrheit denkt**, was viele tun und für richtig halten. So kann es in bestimmten sozialen Gruppen die Norm sein, sich ungesund zu ernähren oder zu viel fernzusehen. Und es kann in mehr oder weniger großen Subkulturen als „abnormal“ gelten, keinen Alkohol zu trinken oder nicht zu rauchen. Und diese verschiedenenartigen Subkulturen kämpfen mitunter darum, welche Normen als richtig oder falsch angesehen werden.

Die gesamtgesellschaftliche Einschätzung ausweichender Verhaltensweisen hängt zudem davon ab, inwieweit der Süchtige in seinen gesellschaftlichen Rollen beeinträchtigt ist. Alkohol trinken gilt bei uns z. B. erst dann als abweichendes Verhalten, wenn eine Person so viel und so häufig Alkohol trinkt, dass sie ihrem Beruf nicht mehr nachgehen und soziale Verpflichtungen nicht mehr erfüllen kann.

3.6 Gewöhnung

» Die Sonne geht auf, die Sonne geht unter. Ich bin so hart drauf und komm nicht mehr runter. (Szenen-Spruch)

Wenn sich ausweichende Verhaltensweisen durch ständige Wiederholung einschleifen, kommt es zur Gewöhnung. Die Fähigkeit zur Gewöhnung ist grundsätzlich eine positive Eigenschaft des Menschen. Durch Gewohnheit spart eine Person die Energie für eine große Zahl von Entscheidungsprozessen, verhält sich in vielen Bereichen sozusagen „automatisch“ und stellt sein Gehirn auf „Autopilot“.

Gewöhnung im herkömmlichen Sinne schließt also nicht unbedingt eine antisoziale oder selbstschädigende Verhaltensweise ein.

Doch auch pathologisch ausweichende oder abweichende Verhaltensweisen können zur Gewöhnheit werden. Je nach Art der Verhaltensweise oder des Mittels, an das man sich gewöhnt hat, können Leidensdruck und/oder Gesundheitsstörungen auftreten, es können psychische, interpersonelle und soziale sowie unter Umständen finanzielle Probleme auftauchen.

Während beim ausweichenden Verhalten das Verlangen es auszuüben noch vergleichsweise schwach ist und sofort durch eigene Entscheidung abgestellt werden kann, ist der Bindungsgrad - gerade im psychischen Bereich - bei der Gewöhnung höher.

Trotzdem gehört Gewöhnung noch in den Bereich des „Normalen“. Sie wird häufig bewusst wahrgenommen. Durch starke willentliche Anstrengung ist eine direkte Veränderung der Verhaltensweise möglich - wenn auch nicht mehr ganz so leicht wie in früheren Stadien.

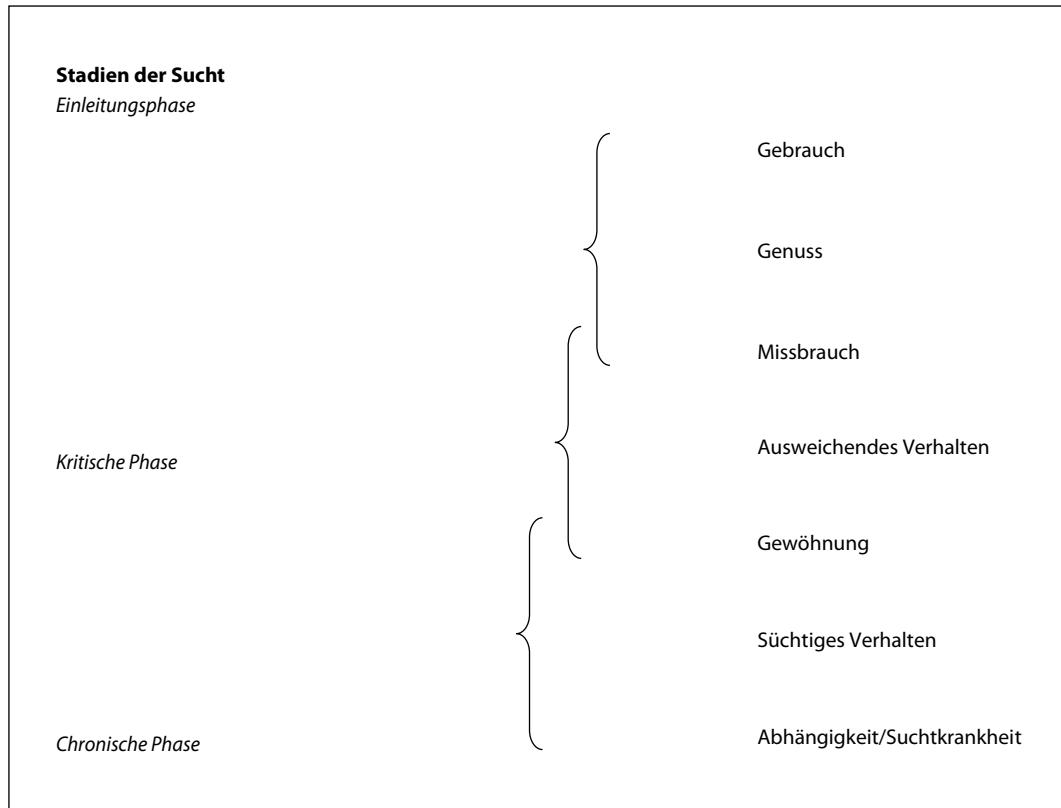
3.7 Süchtiges Verhalten

» In der Sucht ist der Herr dem Sklaven hörig. (Anonym)

Süchtiges Verhalten kann verstanden werden als übersteigerter Einsatz von vertrauten, bewährten und leicht verfügbaren Verhaltensweisen, wenn alternative Verhaltensweisen und Einstellungen versagen.

Verschiedene Autoren verstehen unter Suchtverhalten ein unwiderstehliches Verlangen nach – scheinbarer – Überwindung der dem Individuum in der Realität gesetzten Schranken mithilfe von Mitteln oder Handlungen, die dem Lustgewinn, der Unlustvermeidung, der Verminderung sozialer Distanz und der Leistungssteigerung dienen.

Der Betreffende kann ihm ausweglos erscheinende Situationen nicht mehr auf andere Weise lösen, als zum Suchtmittel bzw. zum süchtigen Verhalten zu greifen. Das süchtige Verhalten wird zum Problemlösemechanismus Nummer Eins. Jedoch kann man noch nicht in jedem Fall von Suchterkrankung sprechen, da der Suchtkrankheit eine Eindynamik innewohnt, bei der fast das gesamte Verhalten und Erleben des Süchtigen ausschließlich auf



■ Abb. 3.1 Stadien der Sucht

das Suchtmittel bzw. süchtige Verhalten ausgerichtet ist. Das ganze Leben dreht sich um die Sucht: Es geht um das Verhindern von Entzugserscheinungen, die Beschaffung des Suchtmittels, um das Lindern körperlicher Schädigungen oder um die Vertuschung der Sucht.

3.8 Sucht/Suchterkrankung

» Das ist das Problem am Trinken, dachte ich, während ich mir einen Drink einschüttete. Wenn etwas Schlechtes passiert, trinkt man, um zu vergessen; wenn etwas Gutes passiert, trinkt man, um zu feiern; und wenn gar nichts passiert, trinkt man, damit etwas passiert.
(Charles Bukowski)

Mit steigendem Grad der psychischen oder körperlichen Gewöhnung und zunehmendem süchtigen Verhalten ist schließlich die Entwicklung einer Abhängigkeit bzw. einer Suchterkrankung die Folge.

Diese Abhängigkeit zeigt sich nicht ausschließlich in der Menge oder der Art des Suchtmittelmissbrauchs, sondern vor allem darin, dass diese Mittel oder Verhaltensweisen zur dauernden Problembewältigung eingesetzt werden. Die zunehmende psychische und physische Bindung an das Suchtmittel schränkt die Handlungsfreiheit der Person ein.

Der süchtige Mensch leidet unter einem inneren Zwang, sich das Suchtmittel in meist steigender Dosis zuführen zu müssen. Durch noch so großen Willensaufwand ist er nicht (oder nur sehr schwer) in der Lage, sich direkt von der Sucht zu

3

befreien. Enthaltsamkeit ruft panische Angst, Aufregung und Vernichtungsgefühle hervor. Zittern, Schlaflosigkeit und Zustände der Verwirrung sowie weitere körperliche Symptome sind die unmittelbaren Folgen versuchter Abstinenz. Diese Entzugserscheinungen drängen den Suchtkranken dann, sich das Suchtmittel um jeden Preis zu beschaffen. Sein Ziel ist oftmals nicht mehr die berauschende Wirkung eines Suchtmittels, sondern die **Verhinderung bzw. Beendigung der Entzugserscheinungen** (► Abschn. 4.3). Drogensucht, Medikamentenabhängigkeit und Alkoholismus sind bisher als Suchterkrankungen anerkannt, ebenso die Spielsucht. Diese Anerkennung aber ist die Voraussetzung dafür, dass die Behandlung der Abhängigkeit – also die Suchttherapie – von den Krankenkassen

bzw. den Rentenversicherungsträgern bezahlt wird.

Stoffungebundene Suchtformen wie Kaufsucht, Sexsucht, Arbeitssucht werden mittlerweile zwar (teils) als psychische Störungen von den Kostenträgern anerkannt, gelten bislang aber (noch) nicht als Suchterkrankungen im engeren Sinne.

3.9 Andere Betrachtungsweise

Im Zusammenhang mit Suchtentwicklung wird in der Fachsprache häufig auch von Einleitungs-, kritischer und chronischer Phase gesprochen. Das folgende Schema soll die Einordnung der Vielzahl der Begriffe erleichtern (► Abb. 3.1).

Suchtkriterien

- 4.1 Toleranzentwicklung – 22
- 4.2 Kontrollverlust – 22
- 4.3 Entzugserscheinungen – 23
- 4.4 Abstinenzunfähigkeit/Wiederholungszwang/„Craving“ – 23
- 4.5 Dosissteigerung („more effect“) – 23
- 4.6 Interessenabsorption und Zentrierung – 24
- 4.7 Gesellschaftlicher Abstieg – 24
- 4.8 Psychischer und körperlicher Zerfall – 24
- 4.9 Rückfall – 25
- 4.10 Die Bedeutung des Suchtverhaltens – 25
- 4.11 Süchtige Grundhaltung: „Versüchtelung“ – 26

- » „Sorgen ertrinken nicht in Alkohol. Sie können schwimmen.“ (Heinz Rühmann)

Die folgenden Kriterien geben Hinweise darauf, ob der Gebrauch eines Suchtmittels oder einer Verhaltensweise bereits als süchtig einzustufen ist oder noch in den Bereich des „normalen Gebrauches“ fällt.

4

4.1 Toleranzentwicklung

- » Hasch macht gleichgültig. „Das ist mir total egal.“ (Anonym)

Toleranzentwicklung heißt, dass die berauschende, dämpfende oder aktivierende Wirkung einer Droge allmählich nachlässt, weil der Körper sich mehr und mehr an das – ja eigentlich giftige – Suchtmittel gewöhnt hat, es also toleriert.

Es gibt deutliche individuelle und interkulturelle Unterschiede in den Wirkungen von bestimmten psychoaktiven Substanzen wie Drogen, Alkohol und Medikamenten. Bekannt ist etwa eine angeborene Alkoholsensibilität bei einem Großteil der Orientalen und Japaner (► Abschn. 7.1).

Ein deutlicher Maßstab für die *Toleranzentwicklung* des Körpers an das jeweilige Suchtmittel ist die Dosissteigerung (► Abschn. 4.5). Der Körper benötigt – durch die Gewöhnung an das Suchtmittel – eine immer stärkere Dosis, um die gewünschte Wirkung zu erzielen.

Ein Suchtkriterium stellt Toleranz auch in dem Sinne dar, dass einige Formen der Sucht in Abhängigkeit von der jeweils umgebenden Kultur toleriert und akzeptiert werden. Z. B. stellt der „Fliegenpilz“ bei sibirischen Völkern, das „Meskalin“ bei den Indianern Mexikos, das „Coca“ in den Anden und eben der Alkohol bei uns ein jeweils toleriertes Suchtmittel dar, d. h. ein Kokainabhängiger würde in unserer Kultur weit eher als ein Suchtkranker bezeichnet werden als ein Alkoholabhängiger – in den Anden wäre es vermutlich andersherum.

4.2 Kontrollverlust

- » Alkohol ist nicht die Antwort, hilft aber die Frage zu vergessen. (Erfahrung aus Selbsthilfegruppen)

Der Kontrollverlust – das Nicht-mehr-aufhören-Können – wird von den meisten Experten als wesentliches Merkmal von Suchtproblemen bezeichnet.

Der nichtabhängige „Normalkonsument“ kann aufhören zu trinken, zu kiffen, zu essen, zu spielen oder Medikamente zu nehmen, wenn er genug hat. Der Abhängige hingegen ist nicht mehr in der Lage, den Konsum des Suchtmittels zu kontrollieren.

Auch für die Typisierung von Alkoholgefährdeten und Alkoholkranken nach Jellinek wird das Kriterium „Kontrollverlust“ herangezogen: Während bei Alpha-, Beta-Alkoholikern (den Vorstufen des Alkoholismus) und bei Delta-Trinkern kein Kontrollverlust angenommen wird, ist er sowohl für Gamma-Trinker (süchtiger Trinker mit psychischer und physischer Abhängigkeit) als auch für den Epsilon-Trinker (episodischer Trinker) charakteristisch (► Abschn. 5.2.1).

„**Rückfall gehört zur Sucht**“, heißt ein Paradigma in der Suchttherapie. Seit Jahren zieht sich eine Kontroverse zum Thema „**kontrolliertes Trinken**“ durch Theorie und Praxis der Alkoholismusbehandlung. Das traditionelle medizinische Modell nimmt an, dass bereits „ein erster Schluck“ beim geheilten Alkoholiker zum Kontrollverlust und erneuter Abhängigkeit führt. Es wird von einem „Alles-oder-nichts-Prinzip“ ausgegangen, das lediglich zwischen absoluter Abstinenz oder Rückfall unterscheidet. Von den Vertretern des „kontrollierten Trinkens“ hört man, dass ein erster Schluck nur dann zum Rückfall führt, wenn der Abhängige sich selbst Beeinflussungs- und Kontrollmechanismen nicht mehr zugesteht. Der Rückfallprozess gewinnt dann die Qualität einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Empirische Ergebnisse weisen tatsächlich in diese Richtung: Erwartungen in die eigenen Kontrollfähigkeiten können einen Einfluss auf das Rückfallrisiko haben (Körkel, 1988; ► Abschn. 4.9).

Mit Kontrollverlust verbindet man zumeist negative Assoziationen. Hierbei bezieht sich der Verlust auf den willentlichen Einfluss auf das Suchtverhalten. Kontrollverlust kann aber für den Suchtmittelkonsumenten auch Ziel seines Verhaltens sein, nämlich im Sinne eines veränderten, für ihn angenehmen rauschartigen Bewusstseinszustandes (siehe Schaubild 2.4. Roland Fischer) oder um über die Diskrepanz zwischen den realen Lebensanforderungen und den

4.5 · Dosissteigerung („more effect“)

eigenen – möglicherweise mangelnden – Problemlösefähigkeiten hinwegzutäuschen.

Weitere Informationen finden Sie unter: <http://www.a-connect.de/sucht.php> (abgerufen am 20.10.2015)

4.3 Entzugserscheinungen

- » Er hatte keine Probleme mit Alkohol – nur ohne. (Säufer-Erfahrung)

Bleibt die Zufuhr des gewohnten Suchtmittels aus, so reagiert der Süchtige mit *physischen* und *psychischen Entzugserscheinungen*. Beim Drogenentzug kommt der Süchtige auf „turkey“ (Szenensprache: auf Entzug), typischerweise verbunden mit einem oder mehreren der folgenden Symptome: Zittern, Krämpfe, Schweißausbrüche oder auch Schüttelfrost, Erbrechen, Durchfall, Magenbeschwerden, Schlaflosigkeit sowie Trauer, Wutausbrüche und Desorientiertheit. Die Heftigkeit und die genaue Symptomatik hängen von der Art der Droge und der Intensität des Gebrauchs ab. Typisch ist auch die Gier des Entziehenden, der Suchtdruck, nach der betreffenden Droge oder einer Ersatzdroge („**Craving**“). Körperlicher Entzug ist eine harte Sache, die nach Meinung vieler Abhängiger nur mit Ersatzdrogen bewältigt werden kann. Einige Therapieeinrichtungen bestehen allerdings auf dem „**cold turkey**“, dem Entzug ohne Ersatzstoffe, auch „kalter Entzug“ genannt. Die „Entgiftung“ (d. h. dem Körper wird etwa 7 bis 10 Tage keinerlei Suchtmittel zugeführt) ist jedoch für Abhängige, die von der Sucht wirklich loskommen wollen, nur ein erster Schritt. Erst wenn die schlimmsten Entzugserscheinungen abgeklungen sind, wird mit der eigentlichen Therapie, der Entwöhnungsbehandlung, begonnen, in der die psychischen und psychosozialen Konflikte, die einer Sucht so gut wie immer zugrunde liegen, aufgearbeitet werden. Die Abhängigen müssen lernen, diese seelischen Probleme nicht – wie bisher – durch die Einnahme von Drogen zu lösen, sondern angemessene Konfliktlösemechanismen ohne chemische Hilfsmittel zu finden. Weitere Informationen finden Sie hier: <http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-e/entzugserscheinung/> (abgerufen am 20.10.2015)

4.4 Abstinenzunfähigkeit/ Wiederholungszwang/„Craving“

- » Saufen, um nicht mitzukriegen, dass man Alkoholiker ist. (Erfahrungen von Alkoholikern)

Wenn der Süchtige nicht mehr in der Lage ist, ohne das Suchtmittel oder das süchtige Verhalten auszukommen, sucht er es immer wieder auf. Man spricht hier von seiner „Abstinenzunfähigkeit“, der Betreffende unterliegt dem „Wiederholungszwang“. Der Hintergrund dazu ist das „**Craving**“, der Suchtdruck. Dabei kann der fortgesetzte Konsum durch den Versuch bedingt sein, die Entzugssymptome (► **Abschn. 4.3**) zu vermeiden oder zu verringern (z. B. bei Opiatabhängigkeit). Bei Kokain hingegen scheint die treibende Kraft für die Fortsetzung des Kokainkonsums vor allem durch das dauernde Verlangen und den inneren Drang nach der Substanz gegeben zu sein und nicht durch den Versuch, die Entzugsymptome zu vermeiden oder abzuschwächen.

4.5 Dosissteigerung („more effect“)

- » Früher habe ich Wasser mit Whisky getrunken, dann Whisky mit Wasser. Später dann nur noch Whisky ohne Wasser. Heute trinke ich Whisky wie Wasser. (Aus der Suchtgeschichte eines Alkoholikers)

Bei Suchtproblemen kommt es häufig im Laufe der Zeit zur *Dosissteigerung*, da der Süchtige eine immer höhere Dosis der betreffenden Substanz oder des süchtigen Verhaltens benötigt, um in den gleichen angenehmen Erlebniszustand zu kommen. Man nennt das auch den „*more effect*“.

Die Dosissteigerung ist also die Folge einer Toleranzentwicklung (► **Abschn. 4.1**). Toleranz in diesem Sinne bedeutet, dass die gewohnte Dosis keine Wirkung mehr zeigt bzw. dass größere Dosen erforderlich sind, um die gleiche Wirkung zu erzeugen. Besonders charakteristisch sind eine fortschreitende Verringerung der angenehmen Wirkungen bei entsprechender Steigerung dysphorischer (also unangenehmer) Wirkungen und die daraus resultierende Dosiserhöhung bei psychotropen Substanzabhängigkeiten. Dabei unterscheiden sich die verschiedenen

Substanzklassen erheblich hinsichtlich des Grades einer Toleranzentwicklung bzw. einer Dosissteigerung: Zum Beispiel konsumieren viele Zigarettenraucher mehr als 20 Zigaretten pro Tag, eine Menge, die zu deutlichen Vergiftungsscheinungen geführt hätte, wenn sie schon zu Beginn ihrer Raucherkarriere so viel geraucht hätten. Auch viele „Kiffer“ (Cannabis-Konsumenten) sind sich keiner Toleranzgrenze bewusst, obwohl diese nachgewiesen werden konnte. Personen mit schwerem Alkoholismus brauchen auf der Höhe ihrer Toleranzentwicklung etwa 50 % mehr Alkohol als sie ursprünglich benötigten. Bis zum Zehnfachen ihrer Anfangsdosis brauchen hingegen Menschen, die schwer opiatabhängig sind. Andererseits gibt es viele Medikamentenabhängige, bei denen die Dosissteigerung sehr gering ist („low-dose-dependency“, Niedrigdosisabhängigkeit).

4.6 Interessenabsorption und Zentrierung

» Verwechslung von Elysium und Delirium ist das Präludium zum ewigen Silentium.
(Manfred Hinrich)

Die Interessenabsorption und Zentrierung meint die Ausschließlichkeit, mit der sich das Leben des Süchtigen um das Suchtmittel bzw. das süchtige Verhalten dreht. Bei stoffgebundenen Suchtformen kann sich in schweren Fällen fast der ganze Tagesablauf des Abhängigen darum bewegen, die Substanz bzw. das Geld dafür zu beschaffen (ggf. durch Diebstahl oder Prostitution), sie zu konsumieren oder sich von ihr zu erholen.

Eine Interessenabsorption gibt es auch bei stoffungebundenen Süchten: So kommt es beispielsweise bei Personen mit Bulimie oder Anorexie zu einer andauernden übertriebenen Beschäftigung mit dem Essen, dem Kalorienzählen und dem eigenen Körper und/oder dem Gewicht. Für den Spieler wird das Spiel zum zentralen Punkt in seinem Leben, für den immer neue Geldquellen erschlossen werden müssen. Der Arbeitssüchtige kann an nichts anderes mehr denken als an die Arbeit, etc.

Bei der Suchttherapie ist zu bedenken, dass gerade diese Zentrierung dem Leben des Süchtigen eine gewisse Strukturierung geben kann, die im Falle

des Entzugs entfällt und im Laufe der Psychotherapie langfristig durch eine gesündere Struktur und einen gesünderen Lebensstil und (Lebens-) Inhalt ersetzt werden muss.

4.7 Gesellschaftlicher Abstieg

» Wir leben alle unter demselben Himmel, aber wir haben nicht alle den gleichen Horizont.
(Konrad Adenauer)

Die Zentrierung des Lebens auf das Suchtmittel und seine Beschaffung lässt dem Suchtkranken keine Zeit mehr, seine Aufgaben in Beruf, Familie und im gesellschaftlichen Leben ausreichend zu erfüllen. Sucht am Arbeitsplatz beginnt oft mit kleinen Nachlässigkeiten und häufigen Fehlzeiten und endet meistens mit dem Verlust des Arbeitsplatzes. Nicht wenige Ehen werden wegen der Suchtkrankheit eines Partners geschieden, Freundschaften gehen in die Brüche (► Kap. 8). Die Suchtkranken geraten in Isolation und werden zu gesellschaftlichen „outlaws“. Und auch diesem Zustand versuchen sie zu entrinnen, indem sie immer häufiger zum Suchtmittel greifen. So dreht sich der Teufelskreis immer schneller.

4.8 Psychischer und körperlicher Zerfall

» Alkohol ist ein hervorragendes Lösungsmittel: Es löst Ehen, Familien, Freundschaften, Arbeitsverhältnisse, Bankkonten, Leber- und Gehirnzellen auf. Nur Probleme löst es nicht.
(Weisheit der Alkoholiker-Selbsthilfegruppen)

Endstation Sucht: der Penner am Kiosk, der morgens zitternd seinen ersten Schluck aus der Pulle braucht, um den Tag überstehen zu können. Nach jahrelangem Drogen-, Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch, nach endlosen Besuchen von Spielhallen, unzähligen durchgearbeiteten Nächten mit chronischem Stress ist ein Suchtkranker – wenn er nicht vorher Hilfe sucht – ein körperliches und seelisches Wrack. Sozial völlig isoliert, körperlich nur noch mit dem Suchtmittel überlebensfähig, meist ohne Wohnung und Arbeit, benötigt der Suchtkranke

4.10 · Die Bedeutung des Suchtverhaltens

dringend Hilfe von außen, um aus seinem Teufelskreis ausbrechen zu können.

4.9 Rückfall

» Es ist schlimm, wenn man hinfällt. Schlimmer ist es, wenn man liegen bleibt. (Anonym)

Ein letztes Kriterium für Sucht ist – so paradox es zunächst klingen mag – der Rückfall. In jeder Selbsthilfegruppe und jeder Therapie als Katastrophe gefürchtet, trifft der Rückfall früher oder später doch fast jeden Suchtkranken, der versucht, aus seiner Abhängigkeit auszusteigen.

Ob bereits ein einmaliger Fehlritt, ein kontrollierter Umgang mit dem Suchtmittel oder erst das erneute vollständige Abgleiten in die Sucht als Rückfall bezeichnet wird, darüber gehen die Meinungen der Experten weit auseinander. Es gibt verschiedene Maßstäbe, nach denen Rückfälligkeit gemessen wird.

Dem **kriterialen Maßstab** liegt ein fester Wert zugrunde: Ein Rückfall liegt dann vor, wenn der Suchtkranke nach bereits erfolgter Abstinenz eine bestimmte Dosis des Suchtmittels zu sich nimmt, die entweder genauso hoch liegt wie vor der Abstinenz oder sogar noch darüber.

Manche Fachleute sind der Meinung, dass ein drogenfreies Leben in unserer Gesellschaft überhaupt nicht möglich ist. Für sie beginnt Rückfall erst dort, wo der Suchtmittelkonsum des Suchtkranken die Norm seiner Bezugsgruppe (z. B. Freundeskreis, Arbeitskollegen) überschreitet (**sozialer Maßstab**).

Wieder andere definieren Rückfall nach dem **individuellen Maßstab**: Rückfall beginnt dort, wo ein Suchtkranker sich selbst das Ziel gesetzt hat, nur eine bestimmte Menge des Suchtmittels zu konsumieren oder ganz darauf zu verzichten, und er diese Menge überschreitet bzw. nicht völlig abstinenz lebt.

Rückfall gehört zur Sucht bzw. dem Entzug. Nach einer älteren Studie an Alkoholkranken lebten 4 Jahre nach einem durchgeführten Entzug etwa 40 % der Suchtkranken wirklich abstinenz, 2 % erlitten wechselweise Rückfälle und trockene Phasen und etwa 58 % der Alkoholiker waren schwer rückfällig.

Nach medizinischer Auffassung führt beim Alkoholiker ein erster Schluck nach erfolgter Abstinenz sofort wieder in die Suchtkrankheit zurück – und

diese Anfälligkeit bleibt lebenslang bestehen. Das kann damit zusammenhängen, dass durch längeren Substanzmissbrauch die Anzahl der Rezeptoren im Gehirn, an denen das Suchtmittel andocken kann, vergrößert wird und sich diese nicht zurückbilden. Dadurch kann aus neuronaler Sicht von einer **lebenslangen Abhängigkeit** gesprochen werden.

Lerntheoretiker bestreiten diese körperliche Komponente heute nicht mehr, legen aber einen anderen Schwerpunkt. Sie gehen davon aus, dass Suchtkranke rückfällig werden, weil sie gar nicht wissen, wie sie ein Leben ohne Suchtmittel gestalten sollen. Außerdem bleibe meist das Umfeld, die Familie des Betroffenen auch nach dem Entzug unverändert und der Suchtkranke fällt nicht selten wieder in seine Sucht zurück, um das gesamte Familiensystem aufrechtzuerhalten (mehr dazu ► Kap. 8. Co-Abhängigkeit)

Auf jeden Fall gibt es so viele verschiedene Gründe für den Rückfall, wie es suchtkranke Menschen gibt. Und auch die Erscheinungsformen des Rückfalls sind sehr unterschiedlich: Einer beginnt direkt nach dem Entzug wieder zu trinken, ein anderer lebt 30 Jahre abstinenz und wird dann rückfällig, einer greift dann wieder zu Drogen, wenn erste Probleme auftauchen, ein anderer lebt kontinuierlich mit abwechselnden süchtigen und abstinenz Phasen. **Den** Rückfall gibt es also nicht, jeder ist individuell und verschieden.

Wichtig ist es, einen Rückfall nicht als unvermeidbare Katastrophe zu betrachten, sondern ihn auch als Chance zu begreifen:

» Jeder Rückfall zeigt an, in welchen Lebensbereichen der Suchtkranke noch lernen muss, sein Leben so zu gestalten, dass er es ohne Suchtmittel bewältigen kann.

4.10 Die Bedeutung des Suchtverhaltens

» Hinter jeder Sucht ist eine Sehnsucht (Buchtitel)

Vor allem psychoanalytische Autoren (z. B. Rost: „Psychoanalyse des Alkoholismus“, Assfalg/Rothbacher: „Diagnose der Suchterkrankung“) betonen

die Bedeutung des süchtigen Verhaltens und die Psychodynamik der Suchterkrankung. Danach ist das süchtige Verhalten sinnvoll, aber der Sinn des Suchtverhaltens ist zunächst verborgen (d. h. unbewusst). Sucht hat nach psychoanalytischer Auffassung seine Ursache in der **frühen Kindheit** und zwar meist in der **oralen Phase**. In dieser Zeit des Säuglingsalters werden Grundstrukturen der Persönlichkeit gelegt:

- Wie wird mit den Bedürfnissen des Säuglings umgegangen?
- Wird er überversorgt oder übermäßig frustriert?
- Lernt er behutsam, eine Frustrationstoleranz aufzubauen?
- Wie ist die Beziehung zur Mutter in dieser Zeit?
- Fühlt er sich geliebt und beachtet?

Wenn in dieser Zeit manches schiefläuft, kann hier nach Ansicht der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten der Grundstein für eine Suchterkrankung gelegt werden.

Sucht wird dann als Ersatzbefriedigung bzw. als misslungener Selbstheilungsversuch angesehen. Das Suchtmittel oder das süchtige Verhalten wird in diesem Fall als „böse Brust“ von dem Süchtigen erlebt, also als eine Wiederbelebung der problematischen oft ambivalenten fröhkindlichen Mutter-Kind-Beziehung. Es ist dann Ersatz für Liebe und Nähe, Geborgenheit und Wärme. Es kann „soziales Schmiermittel“ sein, als „Reizschutz“ vor unterdrückten Gefühlen dienen und/oder als Fluchtborg vor der Realität.

Suchtverhalten steht danach in engem Zusammenhang mit einem gestörten Selbstwertgefühl, mit Kränkungen und Enttäuschungen, letzten Endes mit dem, was man gern mit dem Etikett „**Narzissmus**“ versieht. Es geht dem Süchtigen bei seinem süchtigen Verhalten also häufig darum, wahrgenommen, bemerkt und anerkannt zu werden.

Lerntheoretisch und sozialpsychologisch orientierte Psychologen betonen dagegen stärker die aktuelle Situation des Süchtigen, die Bedeutung und die kurzfristigen und langfristigen Folgen des Suchtverhaltens, also den Nutzen, den er/sie daraus zieht

(z. B. den primären und den sekundären Krankheitsgewinn des Süchtigen).

Manche Verhaltensbiologen interpretieren deshalb Sucht auch als Folge von Verwöhnung, die sich einstellt, wenn angeborene Triebe und Sehnsüchte ohne eigene Anstrengungen befriedigt werden.

■ Weiterführende Literatur

- Teischel O (2014) Krankheit und Sehnsucht – Zur Psychosomatik der Sucht: Hintergründe-Symptome-Heilungswege. Springer-Verlag

4.11 Süchtige Grundhaltung: „Versüchtelung“

- » Die beste Drogen ist ein klarer Kopf. (Harald Juhnke)

In immer größeren Teilen der Bevölkerung scheinen sich süchtige Verhaltensweisen in Schwachformen auszubreiten. Und das ist dann das Reservoir, aus dem sich die manifesten Suchterkrankheiten rekrutieren.

Diese „Versüchtelung“ kann sich z. B. darin zeigen, dass wir nicht angemessen mit Problemen umgehen, indem wir ihnen ausweichen und uns stattdessen mit Alkohol oder einem großen Essen „zudröhnen“, indem wir uns am Spielautomaten oder mit einer Kopfschmerztablette entspannen. Das hat mit Sucht im engeren Sinne noch nichts zu tun, aber es ist eine unangemessene (weil ausweichende) Konfliktlösung (► Kap. 3: „Übergänge: Wo beginnt Sucht?“).

Das wäre alles nicht so schlimm, wenn wir diese Form der „versüchtelten“ Problemlösungen nicht über das Modellernen an unsere Kinder weitergeben würden. Ein arbeitssüchtiger Vater oder eine esssüchtige Mutter sind meistens das wichtigste Modell für Kinder, an dem sie lernen, mit Konflikten auf eine süchtige Art und Weise umzugehen. Und nicht selten greifen der Sohn oder die Tochter dann später zu Suchtmitteln, die noch härter sind (z. B. illegalen Drogen).

Stoffgebundene Suchtformen

5.1 **Illegalle Drogen – 29**

5.1.1 Die illegale Drogenszene: Aktuelle Zahlen und Fakten – 29

5.1.2 Sedierende Euphorica/Sedativa und Hypnotika – 30

5.1.3 Halluzinogene – 39

5.1.4 Stimulierende Euphorica/Stimulanzien – 40

5.1.5 Synthetische Drogen/„Designer-Drogen“ – 44

5.1.6 Die rechtliche Situation in der illegalen Drogenszene: „Das Hase- und Igel-Spiel“ – 49

5.2 **Legale Drogen – 50**

5.2.1 Alkoholismus – 50

5.2.2 Medikamentenabhängigkeit – 59

5.2.3 Anabolika – 71

5.2.4 Schnüffelstoffe/Inebriantia – 73

5.2.5 Polytoxikomanie – 73

5.2.6 Nikotin – 74

5.2.7 Koffein/Teein/Energy Drinks – 76

5.2.8 Essen – 77

- » Es sitzen drei Drogenabhängige im Gefängnis.
 Der eine ist auf Heroin, der zweite auf Kokain,
 der dritte ein Haschischkiffer.
 Sie wollen abhauen.
 Der Heroin-Junkie sagt: „Lass uns durch die
 Mauern gehen“.
 Der Kokainist: „Komm' wir fliegen raus!“
 Der Kiffer gähnt: „Hey, Jungs – lasst es uns auf
 morgen verschieben.“
 (Witz aus der Drogenszene)

5

Bei stoffgebundenen Suchtformen werden dem Körper eine oder mehrere chemische Substanzen von außen zugeführt, die den Wahrnehmungs-, Bewusstseins- und/oder Gefühlszustand sowie das Verhalten des „Users“ verändern. Diese Veränderung kann schwächer (wie z. B. bei Nikotin) oder stärker sein (wie z. B. bei Heroin oder Alkohol). Allerdings kann sich auch bei schwachen Zustandsveränderungen eine süchtige Karriere entwickeln („Niedrig-Dosis-Abhängigkeit“), beispielsweise bei Medikamentenabhängigen (► Abschn. 5.2.2) aber auch bei Nikotinikern.

Der Grund hierfür liegt in der Wirkung sogenannter **psychoaktiver Substanzen**. Diese führen durch die Einnahme zu Veränderungen im Transmittergleichgewicht des Gehirns (► Abb./Kasten: Neurotransmitter). Werden diese Substanzen wiederholt eingenommen, kommt es zu einer Anpassung des Körpers an diese Veränderungen, sodass der Stoff gleichsam „gebraucht wird“, um den „Normalzustand“ (wieder) herzustellen. Hier ein kleiner Ausflug in die Biochemie des Gehirns:

Neurotransmitter

Informationen werden innerhalb der Gehirnzellen (Neuronen) in Form von elektrischen Signalen weitergegeben und verarbeitet. Die Übertragung zwischen zwei Neuronen erfordert ein chemisches Signal in Form bestimmter Moleküle, den sogenannten Neurotransmittern. Diese werden im synaptischen Spalt zwischen den beiden Neuronen vom vorangehenden Neuron freigesetzt. Anschließend binden sich diese Neurotransmitter an Rezeptoren des folgenden Neurons, wo sie (in entsprechender Menge) ein erneutes elektrisches Signal auslösen.

Psychoaktive Substanzen können diese Informationsübertragung auf verschiedene Weisen verändern oder stören. Sie können die Freisetzung von bestimmten Neurotransmittern hemmen oder verstärken oder überhaupt erst hervorrufen. Sie können außerdem die Rezeptoren, an denen die Neurotransmitter normalerweise andocken würden, „besetzen“. Dort können sie entweder wiederholt ein elektrisches Signal auslösen, obwohl keine Neurotransmitter freigesetzt wurden, oder das Gegenteil bewirken. Sie können nämlich auch verhindern, dass freigesetzte Neurotransmitter am Rezeptor des folgenden Neurons andocken und können damit die Signalweiterleitung blockieren.

Insgesamt sind biochemische Eingriffe durch Drogen in das empfindliche Gleichgewicht, das für die Informationsverarbeitung unseres Gehirns verantwortlich ist, grundsätzlich mit Vorsicht zu genießen. Die beschriebenen massiven, je nach Substanz unterschiedlich gearteten, Auswirkungen psychoaktiver Substanzen auf den Transmitterhaushalt können zu langfristigen Schädigungen der Gehirnfunktionen führen.

Gemeinsam ist allen stoffgebundenen Suchtmitteln, dass sie anfangs eine **angenehme Hauptwirkung** haben, die meist **nur kurzfristig** anhält. Im Nachgang haben sie alle eine **unangenehme Nebenwirkung**, die meist längerfristig erhalten bleibt. Deshalb spricht man auch von der **Janusköpfigkeit der Sucht**. Das Fatale ist, dass durch die weitere Einnahme der Drogen die unangenehme Nebenwirkung wieder kurzzeitig verschwindet. So entsteht durch die weitere Nutzung der Drogen der **Teufelskreis der Sucht** von Entzugserscheinungen über Abstinenzunfähigkeit und Wiederholungszwang, bis hin zu Dosissteigerung und Zentrierung. Parallel entstehen im Gehirn durch den mehrfach wiederholten Mechanismus bestimmte, sich selbst verstärkende neurologische Bahnungen. Je länger ein Suchtprozess andauert, umso schwerer ist es, aus diesen eingefahrenen neurologischen Bahnungen und Verhaltensmustern wieder auszusteigen.

5.1 • Illegale Drogen

Stoffgebundene Suchtformen beziehen sich auf Drogen unterschiedlicher Art. Sie können unterschieden werden nach **Art und Stärke ihrer Wirkung**, aber auch nach ihrer **Akzeptanz in der Gesellschaft**. Hierbei muss man zwischen verschiedenen Kulturen unterscheiden, denn eine Droge, die in unserer Kultur als illegal gilt, kann in anderen Kulturen durchaus gesellschaftlich akzeptiert sein. Diese gesellschaftliche Diskussion wollen wir an anderer Stelle genauer beleuchten (z. B. ► [Abschn. 5.1.2](#), Haschisch). Im Folgenden wollen wir uns an der Einteilung nach legalen und illegalen Drogen bzw. Stoffen entsprechend der aktuellen Gesetzeslage in Deutschland orientieren.

Link zu Informationen über Sucht und Suchtmittel des Vereins „Suchtmittel e. V.“: <http://www.suchtmittel.de/> (abgerufen am 02.11.2015)

5.1 Illegale Drogen

» Wenn Du an der Nadel hängst, hast Du nur eine Sorge: Wo kriegst Du Stoff her? Und wenn Du runter bist, musst Du Dir plötzlich über allen möglichen Scheiß Gedanken machen.
(Aus dem Film: „Trainspotting“)

Der Konsum und/oder Besitz und/oder (Ver-)Kauf bestimmter Stoffe wurde von Seiten des Staates im Rahmen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) unter Strafe gestellt, weil ihre Wirkung als (potentiell) besonders schädlich angesehen wird oder ihr Konsum in Deutschland traditionell nicht verbreitet ist.

Generell kann man sagen: Konsumiert werden illegale Drogen (nicht nur in Deutschland) überwiegend von **14–30-Jährigen**, wobei der Anteil an Männern deutlich überwiegt. Aber was ist eigentlich so gefährlich an den illegalen Drogen?

Potentielle Gefahren (illegaler) Drogen

- **Die direkte Wirkung** (Bewusstseins-, Wahrnehmungs- und Gefühlsveränderung) ist besonders stark.
- **Die Schädigung durch (wiederholten) Konsum** kann besonders massiv sein (Vergiftung bis hin zur Bewusstlosigkeit

oder gar zum Tod; Langzeitfolgen sind sehr wahrscheinlich).

- Das **Suchtpotential der Droge** ist besonders hoch (d. h. schnelle Toleranzentwicklung, Dosissteigerung zum Erhalt des „Kicks“ oder zur Bekämpfung der Entzugserscheinungen).

5.1.1 Die illegale Drogenszene: Aktuelle Zahlen und Fakten

» Alle Tage sind gleich lang, aber unterschiedlich breit. (Szenen-Slang)

Unter Drogensucht versteht man hierzulande vor allem die Abhängigkeit von illegalen Drogen, d. h. von Drogen, die dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterliegen.

Nach dem Epidemiologischen Gesundheitssurvey (ESA) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) sind in Deutschland derzeit ca. 319.000 Erwachsene im Alter von 18–64 Jahren abhängig von illegalen Drogen. Weitere 283.000 missbrauchen sie, sind aber (noch) nicht abhängig; das ist ein knappes Prozent dieser Altersgruppe, wobei den **größten Teil die Haschisch- und Marihuanakonsumenten** ausmachen.

Schon 2009 hatte jeder 4. Erwachsene (26,5%) im Alter von 18–64 Jahren schon einmal eine illegale Droge konsumiert, überwiegend handelte es sich um Cannabisprodukte (Haschisch/ Marihuana). 7,4% hatten aber auch bereits „härtere“ illegale Substanzen probiert, also z. B. Heroin, Kokain oder Amphetamine (ESA 2009).

Sogar 7,2% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12–17 Jahren haben Erfahrungen mit illegalen Drogen (Drogenaffinitätsstudie 2011). 0,9% dieser Altersgruppe hat in den letzten 12 Monaten eine illegale Droge mehr als 10-mal konsumiert. Das ist das Reservoir, aus dem sich dann die späteren Süchtigen rekrutieren. 2012 wurden vom Bundeskriminalamt 19.559 Erstkonsumenten harter Drogen registriert.

2012 sank die Zahl der **Drogentoten** (Vergiftungen, Unfälle und Suizide unter Drogenintoxikation,

Langzeitschäden etc.) in Deutschland mit 944 erfreulicherweise auf den niedrigsten Stand seit 1988. Der Altersdurchschnitt lag bei 37 Jahren. 81% dieser Todesfälle waren Männer. 2015 stieg die Zahl der Drogentoten allerdings bereits wieder auf 1226. Es ist damit zu rechnen, dass weitaus mehr Menschen an gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch den Konsum von illegalen Drogen leiden und schließlich auch an dessen direkten und/oder indirekten Folgen versterben.

Die Dunkelziffer dürfte hier weit höher liegen, da in kaum einer Statistik unterschieden wird, welche „unspektakulären Todesfälle“ (z. B. Versterben an Herzinfarkt) auf die Langzeitfolgen von Drogenkonsum rückzuführen sind. Dabei ist Deutschland, was die illegalen Drogen angeht, nicht allein. Die Weltgesundheitsbehörde (WHO) schätzt den weltweiten Anteil der illegalen Drogen an der Gesamtmortalität auf 0,4%, was einer Gesamtzahl von weltweit 2,5 Mio. Drogentoten jährlich entspräche.

Der Trend in der Drogenszene geht aktuell in Richtung synthetischer oder Designer-Drogen, die in ► [Abschn. 5.1.5](#) detaillierter beleuchtet werden.

Die illegalen stoffgebundenen Suchtformen können nach verschiedenen Kriterien unterteilt werden, beispielsweise nach Stoffgruppen oder auch nach ihren Wirkrichtungen. Da die chemische Struktur im Folgenden von geringer praktischer Relevanz sein wird, wollen wir uns vornehmlich mit der Einteilung nach der **Wirkung** auseinandersetzen und abschließend die synthetischen Drogen als „neueres“ Phänomen bzw. sich fortsetzenden Trend in der Drogenszene gesondert betrachten.

Übersicht einzelner Stoffe nach Wirkung

- **Euphorica:** Opium, Morphin, Heroin, Cannabis ...
- **Halluzinogene/Phantastica:** LSD, Pilze, Mescalin, etc.
- **Stimulierende Euphorica:** Kokain, „Crack“, „Speed“, usw.

Daneben gibt es eine Vielzahl von synthetischen sog. „Designer-Drogen“, die in den verschiedensten Kombinationen alle möglichen Wirkrichtungen verbinden.

5.1.2 Sedierende Euphorica/Sedativa und Hypnotika

» Nimm' den besten Orgasmus, den Du jemals hastest. Multipliziere ihn mal tausend und Du bist noch nicht mal nah' dran. (Aus dem Film „Trainspotting“)

„Sedierend“ meint beruhigend und dementsprechend ist die Wirkung von Drogen dieser Kategorie. Die Unterscheidung zwischen Sedativa und Hypnotika bezieht sich dabei nicht auf die Qualität der Wirkung, sondern auf deren Intensität.

In der Medizin werden einige Stoffe mit sedierender Wirkung zur Narkotisierung, also Betäubung während einer Operation verwendet. Bei Missbrauch als Rauschmittel führen Sedativa zu einer allgemeinen Beruhigung des Körpers, rascher Schmerzstillung, zu wohliger Wärme und einem ausgesprochenen Glücksempfinden („Flush“), kurz zu einem Zustand der Euphorie. Es kann außerdem zu Symptomen wie leichter Benommenheit, schwankendem, unsicherem Gang, schleppender Sprache und allgemeiner Reaktionsträgheit kommen. Manche Konsumenten zeigen auch eine paradoxe Aktivierung. D. h. sie werden durch die Drogen nicht ruhiger, sondern aktiviert, was bis hin zu heftigen Aggressionen, Panikattacken oder gar Verfolgungswahn führen kann. Bei Abhängigen finden sich häufig sichtbare Auffälligkeiten wie Gewichtsverlust, fahlgraue Haut sowie Zittern der Hände.

Der Schriftsteller Hans Fallada, selbst morphiumunabhängig, schrieb nach einer Morphininjektion: „Das Leben ist schön. Es ist so sanft, ein glücklicher Strom wallt durch meine Glieder dahin, in ihm bewegen sich alle kleinen Nerven zart und sacht wie Wasserpflanzen in einem klaren See... Diese Geliebte (das Morphin) ist wahrhaft in mir. Sie füllt meinen Sinn mit einem hellen, klaren Licht.“

Die potentielle Gefahr dieser Opiate liegt darin, dass sie als Drogen mit einem **sehr hohen Abhängigkeitspotential** gelten. Dieses Abhängigkeitspotential bezieht sich sowohl auf psychische als auch auf physische Abhängigkeit. Der Körper zeigt innerhalb weniger Anwendungen eine **hohe Gewöhnungstoleranz** (► [Abschn. 4.1](#)) für sedierende Stoffe, d. h., dass nach kurzer Zeit regelmäßiger Einnahme die Dosis gesteigert werden muss (► [Abschn. 4.5](#)),

um dieselbe Wirkung zu erzielen. Es kommt zur physischen Abhängigkeit, die sich bei Nichteinnahme des Suchtmittels in Entzugserscheinungen (► Abschn. 4.3) äußert. Diese zeigen sich neben dem typischen „**Craving**“, also dem Verlangen, die Droge zu sich zu nehmen, in Nervosität, Depressionen, Glieder- und Leibscherzen, hohem Flüssigkeitsverlust (Tränen- und Speichelbluss, Schweißbildung), Frieren, Gähnen, Schlaflosigkeit sowie Krämpfen, Durchfall und Erbrechen. Im Hochstadium des Entzugs können auch lebensgefährliche Zustände (z. B. Kollaps oder Delir) eintreten. Diese Entzugserscheinungen treten zumeist 6 bis 12 Stunden nach der letzten Drogeneinnahme ein und klingen innerhalb von 10 Tagen wieder ab. Wichtigste Vertreter der Sedativa und Hypnotika sind **Opium**, **Morphin**, **Heroin** und zwei umstrittene Substanzen, **Codein** und **Methadon**, die auch zur Suchttherapie verwendet werden (► Exkurs: Aids, Methadon und Codein). Darüber hinaus ist Cannabis ein bedeutender Vertreter, vor allem, weil es als Haschisch und Marihuana am meisten benutzt wird.

Opium

» Gibst Du Opi Opium, haut Opium den Opi um.
(Szenen-Weisheit)

Opium, dessen Abkömmling Heroin ist, wurde schon von den alten Ägyptern als Schmerz- und Beruhigungsmittel benutzt. Es wird aus dem Saft der Mohnkapsel gewonnen und ist in jeder nur denkbaren Form einnehmbar: man kann Opium rauchen, spritzen oder essen. Die am weitesten verbreitete Art ist jedoch das Rauchen (in asiatischen Ländern sogar im Rahmen einer feierlichen Handlung, die nach genauen rituellen Regeln durchgeführt wird).

Der Konsum von Opium sowie Heroin gibt zunächst ein **euphorisierendes Gefühl** („Kick“, „Flush“), wirkt anregend und verhilft zu scheinbar geistiger Klarheit. Schöne Träume verschmelzen mit der Wirklichkeit, ohne dass der Konsument dabei das Bewusstsein verliert. Doch der Konsum kann innerhalb von sehr kurzer Zeit zur Abhängigkeit führen.

Die Einnahme von Schlafmohn lässt sich bei den Ägyptern bis ca. 1800 v. Chr. zurückverfolgen. Damals wurde die Pflanze wohl auf Zypern angebaut und zunächst von dort importiert. Und auch

im antiken Griechenland wurde bereits Opium konsumiert.

Im 19. Jahrhundert war Opium hierzulande in den Apotheken noch **frei verkäuflich** und avancierte zur regelrechten Volksdroge. Arbeiter versuchten, im Opiumrausch ihren harten Alltag zu vergessen, Schriftsteller wie Edgar Allan Poe und Charles Baudelaire benutzten seine Wirkung, um sich für ihre Arbeit zu inspirieren. Als bekannt wurde, dass Opium zur Sucht führt, wurde der freie Handel damit verboten. Es wurde versucht, den Gebrauch des Opiums auf medizinische Zwecke zu beschränken, bis es in Deutschland schließlich 1929 per Opiumgesetz als **verschreibungspflichtig** deklariert wurde.

Heute spielt Opium im europäischen Suchtbereich keine allzu große Rolle mehr, da viele Drogen – besonders Morphin und Heroin – daraus extrahiert bzw. entwickelt wurden, deren Wirkung wesentlich stärker ist als die des Opiums.

Morphin

» Als ich an jenem Morgen erwachte, wusste ich, ich musste Morphin bekommen, um jeden Preis. Mein ganzer Körper war von einer peinigenden Unruhe erfüllt, meine Hände zitterten, ein toller Durst quälte mich, ein Durst, der nicht nur in den Mundhöhlen, sondern in jeder einzelnen Zelle meines Körpers lokalisiert schien. (Hans Fallada)

Morphin (auch: Morphinum, morf, M) wurde als das erste Extrakt des Opiums Anfang des 19. Jahrhunderts gewonnen und erwies sich als ein wesentlich effektiveres Schmerz- und Beruhigungsmittel, als es bis dahin das Opium gewesen war. Doch bereits nach kurzer Zeit brachte der Einsatz des Mittels eine Vielzahl von „Morphinisten“ hervor, Menschen also, die von Morphin abhängig waren. Von den 20er bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts war das Morphin, vor allem für Berufsgruppen, die in Kliniken damit zu tun hatten (Ärzte, Krankenschwestern), das stärkste sedierende Suchtmittel. Bis in die 60er Jahre war ein Großteil der **Morphinisten Ärzte**.

Morphin wird meist injiziert, kann jedoch auch geraucht werden. Die Wirkung ist ähnlich wie die des Opiums, nur eben viel stärker. Entsprechend verhält

es sich mit den Entzugserscheinungen, die bei einem hochgradig Süchtigen bereits wenige Stunden nach der letzten Injektion auftreten können.

Heroin (Diamorphin)

» König Heroin ist mein Hirte, er wird mich immer mangeln. Er bringt mich hinab in den Schmutz. Er führt mich zum sorgenvollen Wasser. Er zerstört meine Seele. Er führt mich auf bösen Straßen. Ja, ich werde wandeln durch das Tal der Armut und das Böse fürchten, denn Du, Heroin, bist bei mir. Deine Spritzen und Kapseln versuchen mich zu trösten ... Und ich werde leben in dem Haus der Verdammten, für immer. (Harry Pepelnar, Pastor FEG: Psalm 23)

Heroin (auch: speedball, dust, scag, smack, H) ist eine weltweit verbreitete illegale, „harte“ Drogen. Weltweit wurden laut Weltdrogenbericht bis 2010 jährlich wachsende Mengen an Heroin beschlagnahmt (2010 über 80 Tonnen). Und es gibt immer wieder spektakuläre Einzelfunde: Im Sommer 2014 wurde eine ganze Tonne in Griechenland konfisziert. Im Herbst 2014 waren es im Ruhrgebiet auf einen Schlag 330 kg – das sind 1,3 Mio. Konsumeinheiten mit einem Straßenverkaufswert von 50 Mio. Euro; und das ist nur die gefundene und beschlagnahmte Menge. Der nicht entdeckte Teil ist um ein Vielfaches höher. Man kann davon ausgehen, dass gerade mal die Spitze des Eisberges gefunden wird.

Die Hauptkonsumgebiete sind – neben den Erzeugerländern („goldenes Dreieck“: Burma, Thailand, Laos, „goldener Halbmond“: Afghanistan, Pakistan, z. T. Südamerika) – die USA (Schlagzeile: „Heroin feiert in den USA ein grausames Comeback“) und Europa.

Weltweit wird die Anzahl der Konsumenten auf 16,5 Mio. geschätzt.

In Deutschland wurden 2012 weniger erstaufällige Heroin Konsumenten verzeichnet, als noch 2011. Zudem zeigen sich 2012 insgesamt rückläufige Fallzahlen, was allerdings nicht bedeutet, dass die Gefahr gebannt ist. Heroin wird halbsynthetisch aus dem Rohstoff Morphin gewonnen. Es wurde erstmals Ende des 19. Jahrhunderts von der deutschen Chemiefirma Bayer hergestellt und wirkt hochgradig schmerzstillend.

Seine Wirkung ist dabei mehrfach stärker als die von Morphin. Auch Heroin wurde zunächst weltweit bis in die 20er Jahre des 20. Jahrhunderts als Beruhigungsmittel (sogar für Säuglinge) angeboten, da man die stark suchterzeugende Wirkung dieser Droge noch nicht erkannt hatte bzw. nicht erkennen wollte.

Die pulvrig weiße („china white“), bis braune Substanz („brown sugar“) wird meist mit einer Säure (Vitamin C oder Zitronensaft) in Wasser gelöst und erhitzt. Sie wird fast immer gespritzt (man nennt das „fixen“, „ballern“, „drücken“), kann aber auch geschnupft („sniefen“) oder geraucht („blowen“, „den Drachen jagen“) werden. Die psychische und physische Abhängigkeit von Heroin ist extrem stark und zeichnet sich sehr rasch ab (► [Abschn. 4.3](#)).

Massiv abhängige „Fixer“ benötigen eine solche Menge Heroin, dass bis zu sieben nicht abhängige Menschen von der gleichen Dosis sofort getötet würden. Die Substanz wirkt **schwer schädigend auf Leber und Gehirn**.

Das Leben eines Heroin-Abhängigen ist meist völlig um die Drogen und deren Beschaffung zentriert, sodass sich bei den Fixern in vielen Fällen ein beachtliches kriminelles Potential entwickelt, um den nächsten „Schuss“ finanzieren zu können. Kaum eine andere Droge (außer vielleicht Kokain) ist so stark mit **Beschaffungskriminalität** und **Prostitution** gekoppelt, zumal die Droge meist nicht sehr preiswert ist. Gleichzeitig ist ein normales Leben bzw. eine geregelte Erwerbstätigkeit in den meisten Fällen undenkbar, da die Droge sich als Lebensmittelpunkt der Konsumenten etabliert. Die immer wieder notwendige **Dosissteigerung** (► [Abschn. 4.5](#)) zwingt den Konsumenten zu (sich steigernden) kriminellen Handlungen oder zur Prostitution, um die Drogen auf dem Schwarzmarkt erwerben zu können. Der aktuelle Weltdrogenbericht zeigt, dass die Preise für reines Heroin nach einem stetigen Absinken zwischen 2003 und 2010 (unter 200 € pro Gramm) 2011 wieder stark gestiegen sind (auf fast 300 € pro Gramm). Die daher zu beschaffende Summe ist umso erstaunlicher, wenn man sich vor Augen hält, dass ein langjähriger „Junkie“ meist leider zu einem körperlichen und seelischen Wrack geworden ist. (► [Abschn. 4.6](#)).

Eine häufige Todesursache bei Heroin Süchtigen ist der unfreiwillige „goldene Schuss“, also eine ungewollt zu hohe Dosierung der Droge. Da Heroin

durch Schiebergeschäfte meist vielfach „gestreckt“ (beispielsweise mit Backpulver, Milchpulver, aber auch mit pulverisiertem Mörtel oder einer Mischung aus Paracetamol und Koffein etc. vermischt) wird, können Drogenkonsumenten nur schwer abschätzen, wie „rein“ der Stoff ist, den sie gerade konsumieren und wie stark die Wirkung dementsprechend sein wird. Eine solche Überdosierung führt dann durch Atemlähmung zum Herztod.

Link zu Informationen über Heroin der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: <http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/illegale-drogen/heroin.html> (abgerufen am 02.11.2015)

■ Exkurs: AIDS, Methadon, Codein und Heroinvergabe

Heroin und AIDS – diese beiden Begriffe werden häufig in einem Atemzug genannt.

Wie viele Heroinabhängige tatsächlich HIV-infiziert sind, lässt sich kaum feststellen (außerdem ist HIV neben Hepatitis C etc. nicht die einzige Bedrohung, die von verunreinigten Spritzbestecken ausgeht).

AIDS – das steht für „acquired immune deficiency syndrome“, zu deutsch etwa „Erworbenes Immunschwäche-Syndrom“. Es handelt sich dabei also um eine schwerwiegende Störung im Abwehrsystem des Körpers. Als Folge kann der Körper Infektionen nicht mehr ausreichend bekämpfen.

Dieser Zustand wird zunehmend lebensbedrohlich und führt im Laufe der Zeit zum Tod.

Weltweit waren Ende 2013 nach Schätzungen von UNAIDS etwa 35 Mio. Menschen HIV-infiziert, wobei im selben Jahr etwa 1,5 Mio. Menschen an den Folgen der Infektion verstarben. Die Zahl der AIDS-Todesfälle sinkt leicht, weil immer mehr Menschen Zugang zu HIV-Medikamenten haben (von den 35 Mio. Infizierten immerhin 13 Mio.).

Oft wird AIDS mit HIV verwechselt – HIV ist die Abkürzung für „Humanes Immundefizit Virus“ und bedeutet, dass eine unbehandelte HIV-Infektion nach einer langen Latenzphase zu AIDS führen kann (eine genauere Erklärung finden Sie im folgenden Text).

In Deutschland lebten Ende 2013 laut Robert-Koch-Institut ca. 80.000 Menschen mit einer HIV-Infektion. Die Zahl der **Neuinfektionen** für 2013 wurde auf etwa 3.200 geschätzt. Damit ist die

Zahl der Neuinfektionen nach einem Rückgang in den 1990er Jahren und dem folgenden erneuten Anstieg zwischen 2000 und 2005 wieder einigermaßen konstant, aber weiterhin vergleichsweise hoch. Im europäischen Wirtschaftsraum (EWR) rechnete man Ende 2014 mit ca. 30.000 Erstinfektionen, wie die AIDS-Hilfe mitteilte. Dabei geht man von ca. 6% HIV-Neuinfektionen durch intravenösen Drogenkonsum aus. Die Zahl der Todesfälle in Deutschland und weltweit ist seit einigen Jahren rückläufig, was vermutlich mit einem verbesserten Zugang zur antiretroviroalen Therapie zu erklären ist. Allerdings ist auch eine Zahl von ca. **550 Todesfällen** aufgrund von HIV bzw. AIDS im Jahr 2013 in Deutschland noch immer zu erschreckend hoch, um die Erkrankung und die damit verbundene Ansteckungsgefahr zu verharmlosen.

Übertragen wird die Krankheit durch das HI-Virus, das entweder durch eine Injektion, Bluttransfusion o. ä. direkt in die Blutbahn gelangt, oder beim Geschlechtsverkehr durch verletzte Schleimhäute.

Aufgrund dieser Übertragungswege hielt man AIDS Anfang der 1980er Jahre auch für die Krankheit der Schwulen und Fixer, der Prostituierten und Freier.

Inzwischen aber hat AIDS sich auch in anderen Schichten der Bevölkerung breitgemacht: Infizierte Blutkonserven, HIV-infizierte Bisexuelle und gar nicht so selten der Besuch eines ansonsten ganz konservativ lebenden Familienvaters bei einer Prostituierten haben zur Verbreitung der oft als „Seuche“ bezeichneten Krankheit geführt. Nichtsdestotrotz sind Heroinabhängige auch weiterhin gleich mehrfach bedroht: Erste Gefahrenquellen bilden natürlich Spritzbestecke, die untereinander ausgetauscht werden. Weiterhin müssen viele Heroinsüchtige wie bereits beschrieben ihr „täglich Dope“ auch durch Prostitution verdienen und sind auf diesem Weg einer weiteren Infektionsgefahr ausgesetzt. Ist es dann tatsächlich zu einer Infektion gekommen, so sind gerade Heroinsüchtige körperlich bereits geschwächt, und meiden häufig den Zugang zu medizinischer Versorgung.

Die Krankheit verläuft dabei in **4 Phasen**:

1. **Akute Phase:** Hier können während zwei bis sechs Wochen grippeähnliche Symptome wie Fieber, Nachtschweiß, geschwollene Lymphknoten etc. auftreten.

- 5
2. **Latenzphase:** Während dieser Phase treten oft keine körperlichen Symptome auf. Sie kann neun bis elf Jahre dauern. Allerdings sind auch Fälle bekannt, in denen die Latenzphase nur wenige Wochen anhielt, während sie in anderen Fällen über Jahrzehnte andauert.
 3. **AIDS Related Complex (ARC):** In diesem Stadium treten klinische Symptome auf, die allerdings nicht zu den AIDS-definierenden Symptomen zählen. Erfolgt in diesem Stadium keine Behandlung, wird die Krankheitsphase ausgebildet.
 4. **Krankheitsphase:** Es treten bestimmte Infektionen oder bösartige Tumore auf, die als AIDS-definierende Symptome gelten, da sie durch das gestörte Immunsystem des Erkrankten erst ausbrechen und schließlich zum Tod führen können.

Mittlerweile wurden (und werden auch weiterhin) verschiedene Medikamente entwickelt, die bisher die HIV-Infektion zwar nicht heilen, aber das Leben der Infizierten deutlich verlängern können (und deren Lebensqualität zu verbessern vermögen). Im Rahmen dieser modernen **Kombinationstherapien** (antiretrovirale Therapie) müssen kombinierte Medikamente dauerhaft eingenommen werden, die jeweils an verschiedenen Stellen des Vermehrungsprozesses des Virus ansetzen. Auch können die kombiniert gegebenen Medikamente eine starke Variations- bzw. Mutationsbreite des Virus abdecken, sodass sich nicht eine Virusvariante durchsetzen kann, gegen die ein einziges Medikament unwirksam wäre.

Da die erfolgreiche Therapie der HIV-Infektion die Konzentration von HI-Viren im Blut verringert, kann durch die Medikation auch die Ansteckungsgefahr gesenkt werden.

Anfang 2014 wurde eine weitere Studie veröffentlicht, die eine möglicherweise wegweisende Methode vorstellt, mit der (zunächst jedoch nur bei infizierten Mäusen) HIV-infizierte Zellen, die trotz erfolgreicher antiretroviraler Therapie im Körper zu finden sind, entdeckt und gezielt zerstört werden konnten. Allerdings wird aktuell nicht nur an weiteren potentiellen Behandlungsmethoden mit dem Ziel der endgültigen Heilung der Infektion geforscht. Auch werden weiterhin potenzielle Impfstoffe entwickelt und erprobt.

Problematisch ist hier die gefährliche Wandelbarkeit des Virus. Die Mutationsrate des HI-Virus übersteigt die des Grippevirus um ein Vielfaches, sodass es immer wieder in neuen Variationen auftritt.

Mittels einer sogenannten **Postexpositionsprophylaxe** kann direkt nach einem Kontakt, der möglicherweise zur Ansteckung mit HI-Viren geführt hat, eine medikamentöse Behandlung eingeleitet werden. Diese sollte möglichst innerhalb von 24 Stunden begonnen werden (wird aber mitunter auch noch bis zu 72 Stunden nach dem Kontakt empfohlen). Leider bietet diese Postexpositionsprophylaxe keinen vollständigen Schutz, kann aber das Infektionsrisiko durchaus stark senken, was in Anbetracht der Auswirkungen einer potentiellen Ansteckung einen wichtigen Fortschritt darstellt.

■ Substitutionstherapie bei Heroinabhängigkeit

Der Kampf gegen die weitere Verbreitung der Erkrankungen findet beispielsweise in sogenannten „Fixer-Stuben“ bzw. „Fixer-Cafés“ häufig in räumlicher Nähe zur Drogenszene statt, wo die Betroffenen sauberes Spritzbesteck zur Verfügung gestellt bekommen und sich in Ruhe „ihren Druck setzen“ können.

Der Kampf gegen Infektionskrankheiten wie AIDS ist außerdem ein Argument, das für die Anwendung sogenannter Substitutionsstoffe wie Methadon (früher auch Codein) unter ärztlicher Betreuung spricht. Sowohl die Stoffe als auch das Konzept der Substitutionstherapie sollen hier kurz beschrieben werden.

Methadon ist ein synthetisches Opiat, das eine ähnliche Wirkung hervorruft wie Heroin. In der Medizin wird es als sehr starkes Schmerzmittel verwendet. Es führt in die Abhängigkeit, ebenso wie Heroin, hat allerdings im Gegensatz dazu eine wesentlich längere Wirkdauer und schwächere Toleranzentwicklung. Außerdem verursacht es keinen euphorischen „Kick“ wie das Heroin.

Codein ist ein ähnlicher Stoff, der jedoch nicht so lange im Körper wirksam ist wie Methadon. Es wird beispielsweise als Schmerzmittel oder Hustensteller eingesetzt. Bis Ende der 1990er Jahre war Codein ein gängiges Substitutionsmittel bei Heroinabhängigkeit, wurde dann aber von Methadon aufgrund der längeren Wirkdauer zunehmend verdrängt.

Beide Substanzen unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz und sind verschreibungspflichtig.

Mit Hilfe von Methadon wird Drogensüchtigen ein alternatives Therapiekonzept angeboten, in dem die Suchtkranken besagtes Medikament täglich in einer Drogeneinrichtung bekommen oder beim Arzt abholen können (**Substitutionstherapie**).

Ziel dieser Substitutionstherapie ist es, dem Patienten die dauerhafte Abstinenz (also Substanzfreiheit) zu ermöglichen. Sollte das nicht umsetzbar sein, kann durch eine Dauersubstitution zumindest versucht werden,

- die körperliche Schädigungen des Patienten zu minimieren,
- seine soziale Reintegration (abseits vom Drogenmilieu) zu ermöglichen
- und damit auch den Schaden für die Gesellschaft (beispielsweise durch Delinquenz) zu verringern.

Meist findet die Substitutionstherapie unter **psychosozialer Begleitung** statt – zumindest sollte sie das. Das Risiko, durch intravenösen Drogenkonsum an HIV oder Hepatitis C zu erkranken, kann damit (weil Spritzen unter den Fixern seltener getauscht werden) gesenkt werden. Die bereits erwähnten Probleme von Beschaffungskriminalität und Prostitution können eingedämmt und ein geregelter Tagesablauf mit sozialen Kontakten außerhalb der „Drogenszene“ kann stattfinden. Es kann mitunter eine Erwerbstätigkeit aufgenommen werden, da das Substitut zwar die quälenden Entzugserscheinungen verhindert, dabei aber das Bewusstsein nicht „vernebelt“.

Wenn auch das hohe Ziel eines komplett drogenfreien Lebens für viele Heroinabhängige bereits unrealistisch ist oder scheint, so bieten diese und ähnliche Programme ihnen doch die Möglichkeit, ein geregeltes Leben in einem sozialen Umfeld außerhalb des schädlichen „Bermuda Dreiecks“ von Kriminalität, Prostitution und Drogenszene zu führen. Wobei bei weitem nicht alle Drogenabhängige die völlige Abstinenz erreichen. Es gibt keine realistischen Untersuchungen darüber, wie viele Drogenabhängige wirklich durch Methadon drogenmittelfrei werden und langfristig auch „clean“ (abstinent) bleiben. Manchmal wird Methadon auch lebenslang gegeben.

Um in ein Substitutionsprogramm mit Methadon aufgenommen zu werden müssen, allerdings

gewisse **Kriterien** erfüllt sein, sodass die „Ersatzdroge“ nicht einfach an alle verteilt wird:

- **Substitution nur als Teil eines umfassenden Therapiekonzepts** (zur schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz, zur Unterstützung bei schwerer Erkrankung, zur Verringerung der Risiken bei und nach Schwangerschaft)
- **Abhängigkeit muss seit längerer Zeit bestehen** (erfolglose Abstinentzversuche, drogenfreie Therapie derzeit nicht möglich, substitutionsgestützte Therapie verspricht derzeit die größten Erfolgsschancen)
- Heroin wurde seit mindestens **fünf Jahren überwiegend intravenös** konsumiert.
- Mindestens **zwei erfolglose Therapieversuche** der Heroinabhängigkeit (eine mindestens sechsmonatige Behandlung mit psychosozialer Betreuung)
- **Das 23. Lebensjahr** muss vollendet sein.

(Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen von 2002)

Gegner des Substitution-Programmes führen ins Feld, dass durch die Abgabe von Methadon für den Süchtigen kein Grund mehr besteht, ein suchtfreies Leben zu führen, da er die Sucht ja auf Kosten der Krankenkasse und ohne eigene Anstrengung finanziert bekommt. Außerdem sei ein Leben mit Methadon auch weiterhin ein Leben mit Drogen und das eigentliche und tieferliegende Problem der Suchtkrankheit bleibe bestehen. Viele Methadon-Patienten greifen nämlich außerdem zu Alkohol und Tabletten, um sich das „high“, das ihnen früher das Heroin verschafft hat und das durch Methadon nicht hervorgerufen wird, auf andere Weise zu holen. Doch Methadongegner und -befürworter sind sich einig, dass das Methadonprogramm nicht die einzige Hilfe für Süchtige sein darf, sondern nur als begleitende Maßnahme genutzt werden kann. Weitere Informationen dazu siehe: <http://www.suchtmittel.de/info/methadon/> (abgerufen am 02.11.2015)

Bereits zwischen 2002 und 2006 wurde in verschiedenen deutschen Städten ein **Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung** von Heroinabhängigen durchgeführt. Heroingestützt bedeutet, dass die Abhängigen in speziell eingerichteten Ambulanzen

„sauberer“ Heroin und natürlich saubere Spritzbestecke zur Verfügung gestellt bekommen. Dabei findet der Konsum unter ärztlicher Aufsicht statt.

Ein Qualitätssicherungsprojekt dazu (besonders zur langfristigen Wirkung der fortgeführten Behandlung) wurde zwischen 2007 und 2011 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Nachdem aufgrund der positiven Ergebnisse beider Projekte das Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung beschlossen wurde, veröffentlichte der gemeinsame Bundesausschuss 2010 Richtlinien zur Indikation dieser Behandlungsform. Die Voraussetzungen (bzgl. vorrangiger Therapieversuche etc.) stellen sich dabei ähnlich dar wie die zur Substitution mit Methadon. Allerdings beinhaltet der Beschluss hohe Anforderungen an die Ambulanzen, die Diamorphin an Patienten ausgeben dürfen, was sowohl von den am Modellprojekt beteiligten Städten als auch von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung bemängelt wurde.

Argument für eine solche **diamorphingestützte Behandlung** kann die Verringerung des „Beigebrauchs“ anderer Drogen neben den üblichen Substituten sein. Durch den fehlenden „Kick“ bei der Einnahme von Methadon beispielsweise suchen Patienten häufig nach anderweitigen Stoffen, die ihnen diese Euphorie bringen können. Besonders für die Zielgruppe der schwerst Heroinabhängigen verspricht diese Behandlung anhand der bisherigen Ergebnisse erfolgreich zu sein.

2013 befanden sich laut Drogen- und Suchtbericht ca. 500 Personen in diamorphingestützter Behandlung – im Vergleich zu ca. 75.000 Patienten in Substitutionsbehandlung mit Methadon. Hier der Link zu der Erklärung des Gemeinsamen Bundesausschusses: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53075/Gemeinsamer-Bundesausschuss-will-Diamorphin-Behandlung vereinfachen> (abgerufen am 02.11.2015)

Cannabis: Haschisch, Marihuana

» Ein Joint am Morgen, bannt Kummer und Sorgen. (Kiffer-Spruch)

Cannabis (in der Szenensprache: pot, shit, dope), der „Indische Hanf“, ist die Pflanze, aus der die

Wirkstoffe der Cannabinoide in verschiedener Form gewonnen werden. **Haschisch** (das Harz der Hanfblüten) und **Marihuana** (getrocknete Hanfblüten und -blätter) werden damit aus dieser Pflanze hergestellt. Dazu werden die harzhaltigen Triebspitzen der weiblichen Hanfpflanze getrocknet oder zu einer festen Masse geknetet und – je nach Form – geraucht, gegessen oder getrunken. Bereits im 19. Jahrhundert war Cannabis in Europa ein verbreitetes Arzneimittel, wobei die Anwendung im 20. Jahrhundert aufgrund von Dosierungsschwierigkeiten und verdrängt durch neue synthetische Medikamente zurückging, bis es Mitte des 20. Jahrhunderts dann verboten wurde.

Die Wirkung von Cannabis führt zu euphorischen, von jeglicher realen Ursache losgelösten Glücksgefühlen und zu ausgesprochener Zufriedenheit. Da die Droge dämpft und entspannt, sinkt gleichzeitig das Interesse des Konsumenten an seiner Umwelt. Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit bzw. Konzentrationsvermögen sind herabgesetzt, es kommt zur psychomotorischen Verlangsamung. Bei Dauerkonsum kann das zu einem Abwenden von Umwelt, Gesellschaft und Bezugspersonen führen. Dem Cannabis-Konsumenten ist „alles egal“, sodass das Verhalten der Konsumenten (nach längerem Haschisch-Gebrauch) durch Lethargie und Teilnahmslosigkeit geprägt ist (**amotivionales Syndrom**).

Da Cannabis neben der entspannenden Wirkung auch einen halluzinogenen (Neben-) Effekt hat, zählen manche Experten sie eher zu den Halluzinogenen.

Wenn es auch inzwischen bei bestimmten schweren Erkrankungen als medizinisches Schmerzmittel eingesetzt werden darf, zählt Cannabis zu den am häufigsten konsumierten illegalen Drogen in Deutschland. Der Weltdrogenbericht geht von über 180 Mio. Konsumenten weltweit aus, was damit die am häufigsten konsumierte illegale Droge sein dürfte. In regelmäßigen Abständen taucht damit verbunden die Diskussion über eine mögliche Legalisierung des Konsums von Cannabis auf (► [Abschn. 5.1.6](#)), auf deren unterschiedliche Argumente hier nicht näher eingegangen wird.

Fall

Tim S.*, ein 22-jähriger Student, wird von seinen Eltern (Vater Architekt, Mutter Kindergärtnerin), bei

5.1 • Illegale Drogen

denen er noch lebt, zu uns ins Psychologische Forum geschickt, weil er zu viel „kiffe“ (Cannabis konsumiere) und ständig am Computer hänge, anstatt sich auf sein Pädagogik-Studium zu konzentrieren. Er sei schon im dritten Semester und habe noch nicht eine Klausur geschrieben oder einen Schein gemacht. Der schlaksige junge Mann (178 cm, 58 kg) klagt im Erstgespräch sehr über seine Passivität bzw. darüber, dass er nichts „auf die Reihe bekomme“. Er fühle sich antriebslos und könne sich einfach nicht konzentrieren: „Anstatt mich ernsthaft mit meinen Problemen zu beschäftigen, lasse ich mich immer wieder hängen und schiebe alles auf ... Die Hoffnung, dass es morgen besser wird, habe ich inzwischen aufgegeben.“ Besonders schwierig für ihn sei, dass er wenig Beziehungen zu Frauen habe: „Bisher hatte ich noch nie eine richtige feste Freundin, immer nur oberflächliche Beziehungen“. Mit dem Zigarettenrauchen und Kiffen habe Tim S. angefangen, nachdem vor etwa 5 Jahren das zweite Mal eine „Beziehung“ in die Brüche gegangen sei. Mit beiden Mädchen sei der Patient über „Küsse nicht hinausgekommen“, er sei mit ihnen jeweils auch nur einige Wochen zusammen gewesen. Trotzdem sei Tim hochgradig gekränkt gewesen, als sich die Frauen von ihm getrennt hätten. Er habe das Gefühl gehabt, seine Freundinnen hätten sich vor ihm „geekelt“.

Er sehe inzwischen ein, dass er ein Problem mit Haschisch habe und auch das Computerspielen sei „nicht mehr astrein“. Herr S. raucht oft schon nachmittags, wenn er von der Uni komme, einen Joint und dann nochmal abends, wenn die Eltern im Bett seien. „An manchen Tagen werden es aber auch mal drei oder vier Joints.“ Außerdem spiele er häufig bis 2, manchmal auch bis 4 Uhr morgens am Computer.

Über seine Kifferei spricht der Patient offen. Allerdings scheint das Bewusstsein dafür, dass seine Ziellosigkeit damit zusammenhängen könnte, anfangs nur gering ausgeprägt zu sein. Er habe selbst mittlerweile das Gefühl, dass er sich über seine süchtigen Verhaltensweisen belüge. Außerdem würden ihn die Eltern („vor allem mein nervender Vater“) unter Druck setzen. Sie hätten Herrn S. schon mit Rauswurf gedroht, wenn er nicht endlich sein Leben auf die Reihe kriege und „auf die eigenen Füße komme“. Als ich Herrn S. damit konfrontiere, dass er es sich zu Hause in seinem „gemütlichen Elend“

bequem eingerichtet habe, reagiert er zunächst verstört, später verarbeitet er diese Provokation, indem er mehr aus sich herausgeht, der therapeutische Kontakt wird intensiver und er kann sich allmählich auf Absprachen einlassen.

*Name und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren

■ Cannabis – eine Einstiegsdroge?

- » Bier macht dick und Schnaps macht krank. Ich bin ein Kiffer – Gott sei Dank. (Szenenweisheit)

Die in diesem Zusammenhang häufig gestellte Frage, ob Cannabis eine Einstiegsdroge ist, lässt sich nur schwer eindeutig klären. Zwar finden sich Untersuchungen, die zeigen, dass Jugendliche, die Cannabis konsumieren, häufiger mit anderen Drogen experimentieren, als solche, die lediglich legale Drogen konsumieren. Andererseits kann dieses Ergebnis nicht bestätigen, dass die Experimente durch den Cannabiskonsum verstärkt werden.

Eine mögliche Alternativerklärung kann sein, dass es Jugendliche gibt, die auf der Suche nach neuen Erfahrungen neugierig und besonders unbeteckt sind. Psychologen nennen diese Personengruppe „Sensation Seeker“ (Sensations-Sucher), die immer auf der Suche nach neuen Empfindungen und Aufregung sind, und dabei auch gesundheitliche Risiken in Kauf nehmen. Diese Gruppe versucht alles Mögliche auszuprobieren, während vorsichtiger Jugendliche sich – wenn überhaupt – auf legale Drogen beschränken.

Auch das **tatsächliche Abhängigkeitspotential** der Droge Cannabis ist noch **nicht abschließend geklärt**. Einige Quellen geben an, eine körperliche Abhängigkeit von Cannabis sei überhaupt nicht möglich. Andere berichten von Entzugssymptomen, die auf eine körperliche Abhängigkeit hindeuten, darunter z. B. übermäßige Schmerzempfindlichkeit, Schlafstörungen, Aggressivität. Damit seien die Kennzeichen einer Abhängigkeit (Kontrollverlust, Toleranzsteigerung, Entzugssymptome) bei ca. 10% der Cannabiskonsumenten zu finden. Zu vermuten ist, dass das Abhängigkeitspotential geringer ausgeprägt ist als beispielsweise bei den Opiumen (Heroin; ► [Abschn. 5.1.2](#)). Außerdem kann

5

Cannabis inzwischen auch in Deutschland wieder als Schmerzmittel bei bestimmten Erkrankungen (Neuralgie, Migräne, Gicht, etc.) eingesetzt werden. Im Juli 2014 hat ein Gericht in Köln unter bestimmten Bedingungen Schmerzpatienten sogar erlaubt Cannabis für den Eigenbedarf selbst anzubauen. Der Grünen Bundestagsabgeordnete Ströbele forderte darauf zum wiederholten Mal die generelle Freigabe von Cannabis – ähnlich wie in den Niederlanden, wo es schon seit Jahren so genannte „Coffee-Shops“ gibt oder in diversen US-Bundesstaaten, wo seit Januar 2014 der Verkauf für über 21-jährige in Grenzen freigegeben wurde. Seit 2015 erlauben 20 US-Bundesstaaten den Konsum für medizinische Zwecke, in vier Staaten ist auch privater Besitz erlaubt.

(Quelle: <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/nahaufnahme-schick-mal-cannabis-rueber-1.2436154> abgerufen am 02.11.2015)

Auf Youtube finden sich inzwischen eine ganze Reihe von Hitlisten, auf denen Marihuana in vielen Geruchs- und Geschmacksvariationen angeboten wird („super lemon haze“, „super silver haze“). Auch mit dem THC-Gehalt (und damit der Potenz der Drogen) und exotischen Namen wie „great white“, „train wreck“ oder „aurora indica“ wird versucht die Drogen unter die Leute zu bringen.

Dass der Konsum der Drogen dennoch nicht zu leichtfertig zu betrachten ist, zeigt die Wirkung der Substanz bei höherer Dosierung: Cannabis kann unter akuter Substanzeinwirkung und hoher Dosierung zu einer sogenannten **Intoxikationspsychose** führen, die mit beispielsweise paranoiden Ängsten einhergeht, wobei sich dieser Zustand meist auf einige Stunden nach der Einnahme beschränkt. Bei chronischem und starkem Konsum allerdings kann unter Umständen eine sogenannte **Cannabis-Psychose** auftreten, die fortbesteht, und ähnlich einer schizophrenen Psychose behandelt werden muss. Auch sogenannte „**Flashbacks**“ können auftreten, also Rückfälle in den Rauschzustand, ohne dass aktuell Drogen konsumiert wurden.

■ Haschisch

» Has'te Haschisch in der Tasche, has'te immer was zu nasche. (Kiffer-Spruch)

Haschisch (auch: Hasch, shit, pot ...) wird aus dem Harz der Cannabispflanze gewonnen.

Im Jahr 2013 wurden in Deutschland gerade mal 770 Kilo Haschisch und 4,8 Tonnen Marihuana beschlagnahmt. Aber das war nur die Spitze des Eisberges: Allein im biederem Siegerland wurden im Frühjahr 2014 insgesamt 3,5 Tonnen Marihuana sichergestellt. Und der Gipfel: im Juni 2014 wurden auf einem Schiff im Mittelmeer 42 Tonnen Cannabis konfisziert.

Die Wirkung von Haschisch ist individuell sehr verschieden – von Entspannung, Fröhlichkeit und Intensivierung der Sinneseindrücke bis hin zu optischen und akustischen Halluzinationen und zur Veränderung des Raum-Zeit-Rasters reicht die Palette. Dabei ist die Drogen in anderen Kulturen durchaus legal und spielt etwa die gleiche Rolle wie der Alkohol in Europa. Gewöhnlich wird Haschisch geraucht, kann aber auch gegessen (z. B. in Kuchen, sogenannter „Space Cake“, „Hasch-Brownies“, Eis etc. oder – in einer Flüssigkeit (z. B. Tee) aufgelöst – getrunken werden. Zu Beginn des 18. Jahrhunderts wurde Haschisch erstmalig aus afrikanischen Ländern nach Europa importiert und hier zunächst zu einer Drogen in Künstlerkreisen. Bekannte Schriftsteller wie Victor Hugo oder Honoré de Balzac gehörten z. B. dem „Club der Haschischgenießer“ an. Auch in der Hippie-Bewegung der 60er Jahre spielte Haschisch eine große Rolle und führte zu einer weiten Verbreitung der Drogen.

■ Marihuana

» Am Morgen ein Joint und der Tag ist Dein Freund. (Kiffer-Weisheit)

Marihuana (auch: Mari, ganga, jive ...) ist in seiner Wirkung weniger potent als Haschisch. Seit einiger Zeit wird allerdings von dem super-potenten „Hollandgras“ gesprochen, das um ein Vielfaches stärker sein soll als das traditionelle Marihuana.

Die Drogen wird ebenfalls geraucht, zu Tee oder als Pulver zu Gebäck verarbeitet. Die Bedeutung dieser Darreichungsform in Europa wuchs ebenfalls erst nach dem Zweiten Weltkrieg, als Jugendliche sich zu Bewegungen zusammenschlossen, die gegen die Konsumgesellschaft der älteren Generation protestierten.

■ Weiterführende Literatur

— Kuntz H (2012) Haschisch. Konsum-Wirkung-Abhängigkeit-Selbsthilfe-Therapie. Beltz

5.1.3 Halluzinogene

» Wie das Kaninchen vor der Schlange. (anonym)

Halluzinogene (auch: Hallus) sind chemische Substanzen (natürlich vorkommend oder synthetisch), deren Einnahme vor allem Veränderungen der Sinneswahrnehmungen und des Denkens zur Folge haben. Bekannt sind diese Substanzen auch als psychedelische Drogen. Es kann zu optischen, akustischen und/oder taktilen Halluzinationen kommen. Seltener sind Geruchs- und Geschmackshalluzinationen. Dabei geschieht das, was man gerne eine **Bewusstseinserweiterung** nennt. D. h. bereits vorhandene äußere Reize, wie Farben, Musik o. ä., werden durch die Einnahme der Drogen wesentlich stärker wahrgenommen. Es kann auch zu Wahrnehmungsverschiebungen (Synästhesien) kommen: Farben werden „geschmeckt“, Töne „gefühlt“, Gerüche „gehört“ etc. Auch die Stimmungen einer Person werden durch die Wirkung von Halluzinogenen verstärkt, eine nur traurige Stimmung kann sich in eine tiefe Depression verwandeln, ein leichtes Glücksgefühl kann im Halluzinogenrausch zur Euphorie führen. Personen, die unter Halluzinogenwirkung stehen, sind unberechenbar, zeigen oft ein verändertes Körper- sowie Raum-Zeit-Empfinden und fühlen sich mitunter allmächtig. Begleitet werden diese Veränderungen von einer erhöhten Herzfrequenz, erhöhtem Blutdruck sowie erhöhter Reflexbereitschaft. Das Rauscherleben kann zu **psychoseähnlichen Zuständen** mit paranoiden Angstzuständen („Horrortrips“) bis zu einem paranoiden Amoklauf führen, in dem der Betreffende aus Angst Menschen angreift. Halluzinogene führen selten zur physischen, sondern meist zur **psychischen Abhängigkeit**. Gefährdet sind vor allem Personen, die bereits zur psychischen Labilität („Vulnerabilität“) neigen, denn durch die Einnahme von Halluzinogenen kann eine bis dahin nur latent vorhandene psychische Störung (ähnlich der Cannabis-Psychose; ▶ Abschn. 5.1.2) plötzlich massiv zum Ausbruch kommen und auch langfristig bestehen bleiben.

In unterschiedlichen Zeitabständen zur letzten Einnahme eines Halluzinogens kann es auch hier zu sogenannten „**Flashbacks**“ kommen, die auch als „Nachhallpsychosen“ bezeichnet werden. Dabei tauchen frühere drogeninduzierte Erlebnisse

spontan und ohne erkennbare Zusammenhänge wieder auf, was in verschiedenen Situationen, die Konzentration erfordern (bspw. Autofahren), ein hohes Gefahrenpotential birgt.

Als weitere Gefahr gerade dieser Substanzen ist die **erhöhte Unfallgefahr** während der Konsumwirkung zu nennen. Im Rauschzustand sind die Konsumen häufi nicht in der Lage adäquat auf die Umwelt zu reagieren und geraten häufig innerhalb der von ihnen wahrgenommenen und missinterpretierten Umgebung in plötzliche panische und irrationale Ängste oder – weil sie sich angegriffen fühlen – in unangemessene Aggressionsschübe. Wichtige Vertreter der Halluzinogene sind **LSD, Mescalin** oder andere natürliche Wirkstoffe, beispielsweise die verschiedenen sogenannten „**Magic Mushrooms**“.

LSD

» Schwebe wie ein Schmetterling der Sonne entgegen, ohne Angst vor den anderen Sphären und den Gefahren der Dunkelheit – und lausche dem kosmischen Gelächter. (Anonymes Szenengraffiti)

Die große Zeit der Bewusstseinserweiterung durch LSD („Lysergsäurediethylamid“) hatte ihren Höhepunkt Ende der 1960er Jahre, als Timothy Leary der Drogenpapst der Hippies war und LSD (auch: acid) von ihm zur „heiligen Drogen“ erklärt wurde. LSD war damals die psychedelische Drogen Nummer eins.

In den ersten Jahren des neuen Jahrtausends spielte das bereits Ende der 1930er Jahre erstmals entwickelte und bis 1966 legal auf dem Weltmarkt vertriebene LSD in der Drogenszene nur noch eine eingeschränkte Rolle. Es wurde verdrängt durch andere halbsynthetische Drogen wie „Ecstasy“, „Crystal Meth“, „Legal Highs“ (► Abschn. 5.1.5).

LSD gehört zu den potentesten Halluzinogenen. Viele LSD-User erzählen gerne von ihren „kosmischen Erfahrungen“ im LSD-Rausch, von „**Gotterlebnissen**“, der „Einheit mit der Unendlichkeit“, etc. Und sie bekommen dabei mitunter einen sphärischen Glanz in den Augen. Weniger oft wird über die Horrortrips und „**Flashbacks**“ berichtet. Denn gerade Mehrfach-LSD-User entwickeln mit der Zeit ein gebrochenes Verhältnis zur Realität und benutzen dann – um „runterzukommen“ – weitere Drogen.

Hier ist es dann häufig so, dass die Süchtigen nicht mehr mit dem aus dem Unbewussten nach oben gespülten psychischen Material fertig werden oder auch den veränderten Sinneseindrücken und dem veränderten Ich-Erleben nicht standhalten können und deshalb im schlimmsten Fall zur Dämpfung Heroin o. ä. benutzen: So beginnt sich nicht selten ein Drogenkarussell zu drehen.

Auch bei LSD liegt die Gefahr weniger in einer physischen als einer psychischen Abhängigkeit. Allerdings entwickelt sich schnell ein hoher Grad von Toleranz gegenüber der Droge. Der Arzt und Delphinforscher John C. Lilly unternahm aus Forschungsgründen selbst „Reisen“ in den LSD-Rausch. Er berichtet:

„Es fing damit an, dass ich einen Marmortisch anschaute und die Maserung des Marmors lebendig, plastisch, beweglich werden sah. Ich begab mich in die Maserung hinein und wurde ein Teil davon Ich wurde lebendiger Marmor ... Dann schaute ich in den Spiegel und sah unzählige „Projektionen“ auf meinem Gesicht. Ich erschien mir zeitweise als Gott, ein anderes Mal erschien ich mir als Krüppel. Andere (Projektionen) zeigten mir fleckige Bilder mit Purpur und anderen unangenehmen Farben auf meinem Gesicht.“

Es gibt inzwischen eine kleine und verschwiegene LSD-Community, die LSD und andere halluzinogene Drogen (z. B. Magic Mushrooms, Ecstasy = XTC) in quasi-therapeutischen Settings zur spirituellen Selbsterfahrung und zur Intensivierung des Lebens benutzen.

Wohl nicht zuletzt deshalb ist seit etwa 2008 wieder ein Anstieg von Erstkonsumenten zu verzeichnen, die vermehrt LSD zu sich nehmen. Laut Drogen- und Suchtbericht 2013 ist die Menge von sichergestelltem LSD auch von 2011 auf 2012 wieder angestiegen, sodass man LSD nicht einfach als altmodische „Hippie-Droge“ unter den Tisch fallen lassen kann. Weitere Informationen: <http://drugscouts.de/de/lexikon/lsd> (abgerufen am 02.11.2015)

Süd- und Mittelamerika sind es bestimmte Kakteen-, Lianen- und Pilzarten. In unseren Breiten sind seit Jahrhunderten Pflanzen bekannt, deren Namen z. T. schon Hinweise auf Ihre bewusstseinsverändernde Wirkung geben: Tollkirsche, Engelstrompete, Fliegenpilz, Stechapfel, Alraune und Bilsenkraut.

Die kultische Verwendung von Fliegenpilzen und ähnlichen halluzinogenen Pflanzen soll nach verschiedenen Studien in mehreren Teilen der Welt schon vor 7000 Jahren belegt sein. Die alten Griechen kannten wohl schon die psychoaktive Wirkung des Stechapfels und im Mittelalter setzte man dem Bier Bilsenkraut zu, um seine Wirkung zu intensivieren.

Heute sind in der Drogenszene diverse Pilzarten (sogenannte „**Magic Mushrooms**“) am beliebtesten, um halluzinogene Rauschwirkungen hervorzurufen. Vor ein paar Jahren war Mescalin die angesagte Substanz. Sie wird vor allem aus dem Fruchtfleisch des Peyote-Kaktus hergestellt. Daneben sind als psychoaktive Rauschdrogen z. B. aus Südamerika Teonanacatl und Ayahuasca bekannt.

Die Hauptwirkstoffe dieser Drogen sind meist **Psilocybin** oder Psilocin.

All diese psychotropen Drogen (die in der Szene auch Psilos, Shrooms oder Paddo genannt werden) können zu Pulver verarbeitet und gegessen oder als Aufguss bereitet und getrunken werden.

Die Rauschwirkung dieser „natürlichen“ Produkte entspricht weitgehend der des LSD, wobei der „Trip“ meist weniger intensiv und nicht so lang andauernd ist.

Allerdings ist auch bei den vermeintlich weniger wirkungsvollen „Naturprodukten“ große Vorsicht geboten, da gerade hier die Dosis häufig nur schwer oder gar nicht abgeschätzt werden kann, sodass es ebenfalls zu unabsichtlicher Überdosierung, „Horror-Trips“ und drogeninduzierten Psychosen kommen kann. Auch diese diversen Drogen werden seit der Wiederkehr der Naturreligionen in der Esoterik- und Psychoszene in quasi-therapeutischen Settings zur spirituellen Selbsterfahrung eingesetzt.

„Natürliche“ Halluzinogene

» Zauberpilze: Das Fleisch der Götter.
(Szenen-Sichtweise)

Es gibt eine Vielzahl von Pflanzen, die beim Menschen halluzinogene Wirkungen hervorrufen können. In

5.1.4 Stimulierende Euphorica/ Stimulanzen

» Euphorie schadet nicht – solange man seine Grenzen kennt. (Volkmar Frank)

Stimulanzien sind anregend wirkende Drogen, die zur Leistungssteigerung führen. Nach der Einnahme dieser Substanzen nehmen die Sinnesorgane Reize wesentlich stärker wahr und der Körper wird massiv mobilisiert. Ruhe und Gelassenheit sind nach Einnahme dieser Drogen nur sehr schwer möglich.

Viele der im Folgenden noch zu beschreibenden sogenannten „Designer-Drogen“ (beispielsweise Phencyclidin, Amphetamin sowie Metamphetamin), aber auch legale Drogen wie Koffein und Nikotin zählen strenggenommen auch zu dieser Wirkungsgruppe.

Oft findet sich hier kein einheitliches Bild von körperlichen Entzugserscheinungen, sodass häufig von einer starken psychischen, jedoch keiner physischen Abhängigkeit gesprochen wird. Über die verschiedenen Stoffe hinweg wird aber häufig von Entzugsdepressionen berichtet, die mit entsprechender körperlicher und mentaler Müdigkeit einhergehen.

Kokain

» Ein Hoch auf mich, bei mir liegt Koks auf dem Tisch – mit einer Selbstverständlichkeit, als wär's ein Brotaufstrich. (Kollegah, deutscher Rapper)

Weltweit wurde die Zahl der Kokainkonsumenten schon 2010 auf 13 bis 19 Mio. geschätzt. In Deutschland geht man derzeit von 20.–50.000 schwer abhängigen Kokainisten aus. Allerdings – genauere Zahlen kennt man (wegen der vermuteten hohen Dunkelziffern) nicht. Im Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2012 wird davon ausgegangen, dass 0,8% der deutschen Erwachsenen in den letzten 12 Monaten Kokain zum Aufputschen benutzt haben. Laut Drogen- und Suchtbericht in Deutschland war die Anzahl ersttauffälliger Konsumenten von Kokain 2012 im Vergleich zum Vorjahr stabil. Die Menge an beschlagnahmtem Kokain lag 2012 bei ca. 1,3 Tonnen.

Kokain (auch: coke, Koks, charlie, snow, candy, stardust) ist im Gegensatz zum Heroin ein Aufputschmittel (Stimulans). Es wird aus den Blättern der südamerikanischen Coca-Pflanze gewonnen. Während das Kauen von Coca-Blättern bei den Indios schon seit Hunderten von Jahren üblich war und ist (und dazu diente Strapazen durchzustehen

und Hungergefühle zu verdrängen), haben auch hier europäische Chemiker „Entwicklungshilfe“ geleistet und Mitte des 19. Jahrhunderts Kokain als Stoff isoliert, der dann als Narkosemittel verfeinert auf den Markt gebracht wurde. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde Kokain auch in der Behandlung Morphinabhängiger verwendet und war lange Zeit frei verkäuflich. Z. B. hat Sigmund Freud in seinen frühen Jahren selbst lange Zeit mit Kokain experimentiert. Bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts war in „Coca-Cola“ sogar richtiges Kokain enthalten.

Schon in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts war Kokain in Deutschland eine „**Schickeria-Droge**“, die sich nur die reichen Leute leisten konnten. Bis heute gilt Kokain durch seinen relativ hohen Preis als die Droge der „Schicki-Mickies“, der besseren Kreise, der Reichen, Berühmten und Schönen. Vor allem in den beruflichen „Alles-oder-Nichts-Kulturen“ (Musikbranche, Medien, Filmindustrie, Kunstbetrieb, Börse, Werbung ...) wurde und wird sie als „Action-Droge“ missbraucht und zur Leistungssteigerung eingesetzt. Inzwischen kommen die Kokain-Konsumenten allerdings aus allen gesellschaftlichen Schichten:

» Kokain ist Gottes Weg dir zu zeigen, dass du zu viel Geld hast. (Szenen-Spruch)

Kokain wird fast immer geschnupft („gesnieft“), kann aber auch in Wasser aufgelöst und gespritzt oder auch geraucht werden („freebase“). Es handelt sich um eine Leistungsdroge, die stark auf die Psyche wirkt: Ein Gefühl der Euphorie und Leistungsfähigkeit stellt sich ein. Kokain putscht auf, d. h. es führt zu hektischer Aktivität, Euphorie, reduziertem Hunger-, Durst- und Schlafgefühl. Man spricht von „**Kokain-High**“, also der Steigerung des Selbstwertgefühles bis hin zum Größenwahn, bei dem das Selbstvertrauen und die Risikobereitschaft mitunter dramatisch zunehmen. Soziale und sexuelle Hemmungen nehmen dagegen ab. Teils kommt es zu optischen und akustischen Halluzinationen sowie paranoiden Gedanken. Eine Kokain-Überdosierung kann zu tödlichen Atemlähmungen, Überhitzung und epileptischen Anfällen führen. Nach den im Rauschzustand erlebten Halluzinationen sind Schuldgefühle, Angstzustände, Schlaf- und Gedächtnisstörungen nicht selten.

» „Spieglein, Spieglein auf dem Tisch,
ist das Zeug auch wirklich frisch?“
„Frischer kann es gar nicht sein
Nimm Dir'n Schein und zieh's Dir rein.“
(Anonym)

Wer Kokain absetzt, muss mit **starken Entzugsscheinungen** rechnen: Müdigkeit, Erschöpfung, Depressionen, Lustlosigkeit. Auch weit über diesen „Crash“ hinaus bleibt das starke, unkontrollierte Verlangen nach der Droge („Craving“) bestehen. Dementsprechend groß ist die **Rückfallgefahr**. Lässt die aktivierende und euphorisierende Wirkung des Kokains nach, folgt ein Stimmungstief, das durch Angst und Depression geprägt ist. Aus dieser Gegenreaktion im Anschluss an die Substanzeinnahme lässt sich das bereits nach wenigen Einnahmen schon stark ausgeprägte Craving erklären, also das Verlangen, die Droge wieder einzunehmen, um das Tief zu überwinden.

Die körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden sind enorm und reichen von Angststörungen, Persönlichkeitsveränderungen und Depressionen bis hin zu Organschäden.

Bei längerem Gebrauch von Kokain kommt es daher unweigerlich zur psychischen Abhängigkeit, da die Abstinenzunfähigkeit, der Wiederholungszwang und die damit einhergehende Dosis-Steigerung („more-effect“) besonders massiv ist (► [Abschn. 4.5](#)).

Chronischer Kokain-Missbrauch kann dabei unter anderem zu starken Atemstörungen, Herzschwäche, Impotenz und chronisch gereizten oder gar zerstörten Nasenschleimhäuten führen. Nicht selten „snielen“ sich Langzeit-Kokainisten irreversible Löcher in die Nasenscheidenwände. Auch zeigen sich Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit der Konsumenten. Akustische und taktile Halluzinationen sind ebenso mögliche Nebeneffekte wie die Ausbildung paranoider Psychosen (Verfolgungsideen, etc.), die schlimmstenfalls eine Gefährdung für den Konsumenten sowie seine Umgebung darstellen können („Beispiel: Amoklauf“).

Kokain ist damit besonders bei häufiger Einnahme nicht als „Muntermacher“ zu unterschätzen. Es besteht außerdem die Gefahr, die Droge mit anderen zu kombinieren, um beispielsweise

überhaupt noch schlafen zu können bzw. um überhaupt wieder wach zu werden. Solche Drogenmixturen von „uppers“ und „downers“ können wiederum große Risiken bergen.

Fall

Jens F.* 28, ist als freier Journalist für verschiedene Medien tätig. Er arbeitet seit mehreren Jahren sowohl für Zeitschriften und Zeitungen, wie auch für Hörfunk und Online-Medien. Seit inzwischen fast drei Jahren benutzt er Kokain und Speed, um in diesem immer schneller werdenden Geschäft mithalten und besser schreiben zu können: „Ich bin einfach besser drauf, wenn ich was drin habe. Gerade, wenn es darum geht, schneller zu sein – am besten der erste, der die Meldung hat – und das auch noch mit einer spitzenmäßigen Schlagzeile. Das kriege ich z. Zt. nur hin, wenn ich mir eine Linie reinziehe. Da fallen mir einfach die besseren Sachen ein.“

Angefangen habe er mit 20 mg, heute sei er bei 60 mg: „Wobei man schon aufpassen muss, wie rein das Zeug ist. Und das hängt natürlich davon ab, von wem Du Dein Koks beziehst. Hast Du einen ‚Dealer deines Vertrauens‘ oder musst Du es auf der Szene besorgen ... Einmal hat mir jemand so'n Kram angekrempelt, der mich total außer Gefecht gesetzt hat und ich weiß bis heute nicht, was da alles drin war. Seitdem bin ich vorsichtiger geworden.“

Für süchtig hält sich Jens nicht, „Obwohl ich schon manchmal gedacht habe, dass das nicht mehr lange gut gehen kann ... Zurzeit habe ich noch alles unter Kontrolle.“

*Name und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren

Informationen zu Kokain der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: <http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/illegale-drogen/kokain.html> (abgerufen: 03.11.2015)

Crack

» I feel the need ... the need for speed. (Aus dem Film „Top Gun“)

Crack ist ein Kokainabkömmling, bei dem Kokain mit Wasser und Natriumcarbonat (Backpulver) zu

5.1 • Illegale Drogen

Klumpen („rocks“) verbacken und in kleinen Pfeifen geraucht wird.

Ähnliche wie Kokain wirkt auch Crack stark euphorisierend und enthemmend, wobei die Wirkung des Crack-Rausches, der innerhalb von 8–10 Sekunden eintritt, noch intensiver ist. Zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls bis hin zu Allmachtsgedanken, die oft mit Aggressionen und verstärktem Rededrang einhergehen, kommt es dabei zu der subjektiven Selbstüberschätzung, unbegrenzt leistungsfähig zu sein. Es kann während des Konsums zu heftigem Zittern, zu Muskelzuckungen und starken Schwankungen des Herzrhythmus sowie zu massiven Ängsten kommen. Außerdem entwickelt sich nicht selten eine Art drogeninduzierter Verfolgungswahn, wobei auch akustische Halluzinationen möglich sind (**Drogenpsychose**). Crack erzeugt noch schneller eine Abhängigkeit als Kokain, da das Suchtpotential wohl höher ist.

» Höhenflüge sorgen für großartige Aussichten – vor dem Absturz. (Gerrit Donat)

Der „flash“ endet in einem Absturz so abrupt wie er begonnen hat und mündet in heftigen Depressionen. Denn im Anschluss an die Rauschwirkung fühlen sich die Konsumenten oft sehr niedergeschlagen bis gereizt, sodass das Verlangen („Craving“) nach der Drogen extrem schnell ansteigt. Dieses sich durch wiederholten Konsum aufschaukelnde Berg- und Talfahrtkarussell dreht sich immer schneller und hat sowohl massive körperliche wie auch psychische Gesundheitsfolgen. Die Substanz ist in hohem Maße schädlich für Herz und Lungen. Die Ergebnisse des Crack-Konsums sind vielseitig und reichen von Herz-Kreislauf-Problemen über Abmagerung, Zahnausfall bis hin zu einer Vielzahl weiterer körperlicher Beschwerden.

Bei Einnahme einer Überdosis kann Crack zum Herzstillstand und damit zum Tode führen.

Beim Entzug zeigen sich unter anderem heftige Muskelzuckungen, Bluthochdruck, Kreislaufzusammenbrüche, etc.

Die große soziale Gefahr von Crack liegt darin, dass es der billige „**Schnellimbiss der Drogenszene**“ ist, denn pro Konsumeinheit ist die Drogen auf dem Schwarzmarkt nicht allzu teuer. Dennoch müssen Abhängige aufgrund der schnellen Abhängigkeit, des starken „Cravings“ und des wegen der Dosissteigerung einhergehenden steil ansteigenden Konsums

in kurzer Zeit oft hohe Summen für die Substanz aufbringen.

Crack hat sich in der Drogenszene in Deutschland mittlerweile etabliert und ist vor allem in großstädtischen Szenen weit verbreitet. Die Anzahl erstauffälliger Konsumenten von Crack ist allerdings leicht rückläufig.

Amphetamin

» Überheblichkeit ist der sicherste Weg zum Scheitern. (William Butler Yeats)

Amphetamin ist einerseits eine Substanz, die als euphorisierende Droge konsumiert wird und schon Ende des 19. Jahrhunderts erstmals synthetisiert wurde (Drogenszenennamen: „Speed“ und „Pep“). Darüber hinaus bezeichnen Amphetamine aber auch eine Stoffklasse, der verschiedene Substanzen zugerechnet werden können (beispielsweise MDMA besser bekannt als „Ecstasy“ – auch: XTC, adam +eve – oder Mephedron, einer der Hauptbestandteile der sogenannten „Badesalzdrogen“; ► [Abschn. 5.1.5](#)). Einige dieser Stoffe sind strenggenommen (noch) nicht den illegalen Drogen laut Betäubungsmittelgesetz zuzuordnen. Beispielsweise unter der Bezeichnung „Badesalze“ werden immer wieder neue „Cocktails“ und Abwandlungen der Amphetamine hergestellt, die dann jeweils erst noch dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt werden müssen (► [Abschn. 5.1.5](#) und [5.1.6](#)). Einzelne dieser Substanzen werden im Folgenden noch im Kapitel „Designer-Drogen“ dargestellt.

Ursprünglich als Arzneimittel (u. a. zur Gewichtskontrolle) verwendet, findet sich der Wirkstoff Amphetamin heute noch in Präparaten zur Behandlung von Narkolepsie und ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom). Allerdings wird in Deutschland aufgrund der Nebenwirkungen sowie des hohen Suchtpotentials meist zu Alternativen gegriffen.

Amphetamin wird außerdem nicht nur als **Rausch**-, sondern auch als **Dopingmittel** missbraucht.

Bei der Einnahme von Amphetamin werden sowohl Hunger- und Durst- als auch Müdigkeits- und Schmerzempfinden unterdrückt. Mit der euphorisierenden Wirkung gehen ein gehobenes Selbstbewusstsein sowie eine Steigerung der Aggressivität einher.

Ebenso empfinden Konsumenten einen verstärkten Bewegungsdrang sowie ein erhöhtes Konzentrationsvermögen. Es kann unter Amphetamineinwirkung zu erhöhten Herzfrequenzen, Muskelzuckungen und Schwitzen kommen. Die Konsumenten empfinden einen gesteigerten Rededrang und wirken häufig fahrig bzw. nervös.

Chronischer Konsum von Amphetaminen kann schließlich zu Impotenz und Nierenschäden führen. Auch können durch häufigen Amphetamin-Konsum Psychosen hervorgerufen werden, die mitunter mit paranoiden Vorstellungen einhergehen, und schlimmstenfalls eine Bedrohung für den Konsumenten und seine Umgebung darstellen können.

Die Anzahl erstauffälliger Konsumenten von Amphetamin ist zwar 2012 im Vergleich zu 2011 leicht zurückgegangen, sie ist damit aber immer noch fast viermal so hoch wie die Anzahl erstauffälliger Konsumenten von Kokain 2012. Auch die Menge an sichergestelltem Amphetamin ist 2012 im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen, was mit ca. 1,1 Tonnen aber immer noch sehr hoch ist.

5.1.5 Synthetische Drogen/ „Designer-Drogen“

» Wenn Mutti in der Küche based,
Vati auf LSD abspaced,
Opi sich die Pfeife krallt,
kommt Omi mit den Pillen bald.
(Anonym)

In den letzten Jahren und Jahrzehnten geistern Begriffe wie „Designer-Drogen“, „Legal Highs“ und „New Psychoactive Substances“ (Neue Psychoaktive Substanzen, NPS) durch Berichte und Reportagen über die Drogenszene. Der Hintergrund: Immer häufiger gibt es unter verschiedenen Konsumentengruppen riskante Verhaltensweisen und problematische Konsummuster wie den Mischkonsum (mehr dazu ► [Abschn. 5.2.5](#), Polytoxikomanie) und den Konsum von Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS), deren Inhaltsstoffe oft unbekannt sind und deren gesundheitliche Gefahren von den Konsumenten deutlich unterschätzt werden.

Im Weltdrogenbericht 2013 wurden diese Bezeichnungen zur Klärung der Begriffsgrenzen

durch einzelne Definitionen abgegrenzt. Diese Definitionen sollen hier kurz vorgestellt werden:

Designer-Drogen vs. Legal Highs vs. Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)

Designer-Drogen

Substanzen, die entwickelt wurden, um bestehenden Drogenkontrollsystmen zu entgehen,

- und die „designed“ werden, indem kleine Abwandlungen der molekularen Struktur bestehender und kontrollierter Substanzen vorgenommen werden,
- mit dem Ergebnis, dass die Substanzen Effekte zeigen, die denen von kontrollierten Substanzen stark ähneln

Legal Highs („Legale Highmacher“)

Überbegriff für Substanzen, die noch nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen (unkontrolliert), und die mit der Absicht entwickelt wurden, den Effekt bereits kontrollierter Substanzen nachzuahmen.

Der Begriff umfasst eine große Bandbreite synthetischer sowie aus Pflanzen gewonnener Stoffe,

- die unterschiedliche Namen tragen („Legal Highs“, „Research Chemicals“, „Party Pills“, „Herbal Highs“ etc.),
- und teils absichtlich falsch oder unvollständig aufzeigen, welche Stoffe enthalten sind.

Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)

Substanzen, die rein oder in aufbereiteter Form missbraucht werden, und die noch nicht den Betäubungsmittelgesetzen unterstehen (unkontrolliert),

- und die ein Risiko für die öffentliche Gesundheit darstellen.
- „Neu“, bedeutet dabei nicht, dass die Substanzen unlängst entwickelt oder gefunden wurden, sondern, dass sie unlängst auf den Markt gekommen bzw. zur Verfügung gestellt werden.

Über die genaue **Definition** der Designer-Drogen herrscht Uneinigkeit. Teilweise wird davon ausgegangen, dass diese Stoffe mit der Absicht, ein Rauschmittel zu erhalten, „designed“ wurden. Andere zählen zu den Designer-Drogen auch Stoffe, die ursprünglich als Arzneimittel entwickelt wurden, und heute illegal als Rauschmittel produziert werden. An anderen Stellen werden als Designer-Drogen solche Stoffe bezeichnet, die immer wieder geringfügig abgewandelt werden, um neue Substanzen auf den Markt zu bringen, die noch nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen (► Kasten). Wieder andere bezeichnen damit diejenigen Substanzen, deren Struktur chemisch so verändert wird, dass sie die Wirkungsweise anderer, bereits bekannter Drogen imitieren.

An dieser Stelle soll von neueren synthetisch hergestellten Stoffen als Designer-Drogen die Rede sein. Die Begriffe „Legal Highs“ und „New Psychoactive Substances“ umfassen prinzipiell auch pflanzliche Wirkstoffe, die in diesem Kapitel außen vor gelassen werden sollen (► Kasten).

Designer-Drogen wurden und werden noch immer in Form vielfach potenterer Stoffe als *natürliche Drogen* quasi am Reißbrett konstruiert.

Den verschiedenen Definitionen gemein sind die Annahmen, dass Designer-Drogen oder auch synthetische Drogen Substanzen sind, die synthetisch (häufig in sogenannten „**Waschküchen-Labors**“ mit der Absicht, einen neuen psychoaktiven Stoff zu kreieren) hergestellt werden und damit nicht aus Naturprodukten bestehen (wie beispielsweise Cannabis, das aus der Hanfpflanze hergestellt wird; ► [Abschn. 5.1.5](#)). Dementsprechend wollen wir hier von dieser recht breiten Definition ausgehen.

Da sich dieser Designing-Prozess in der unkontrollierten illegalen Szene abspielt und die Produzenten vermutlich nicht gerade zu den verantwortungsvollsten Menschen gezählt werden können, liegen hier große Gefahren. Die Gefahr dieser synthetischen Drogen: Ihre Wirkung ist vielfach unberechenbar, da die Underground-Chemiker immer wieder neue Drogen-Cocktails mixen bzw. immer neue (unerprobte) Abwandlungen bekannter Molekülstrukturen finden, sodass der Effekt meist um ein Vielfaches intensiver ist als die Wirkung der natürlichen Äquivalente. Und was dabei entsteht, sind mitunter regelrechte „**Raketen unter der Schädeldecke**“, deren Wirkungen extreme Schäden hervorrufen

können. So wird der Drogenabhängige zum Versuchskaninchen. Als ein Beispiel hierfür seien synthetische Cannabinoide genannt, die als Ersatzstoffe für Marihuana in immer neuen Zusammensetzungen unter Namen wie „Black Mamba“, „K2“ oder „Spice“ auftauchen, und aufgrund der extremen Wirkung (bis zu 1000-mal stärker als gewöhnliches Marihuana) zu teils schwersten Vergiftungssymptomen führen. Hier soll nun eine kleine Auswahl der am weitesten verbreiteten Designer-Drogen vorgestellt werden.

„Ecstasy“, (MDA/MDMA)

» Wenn die Flüsse aufwärts fließen und die Hasen Jäger schießen und die Mäuse Katzen fressen, dann hast Du zu viel Speed gegessen.
(Anonym)

„Ecstasy“ (auch: XTC, „adam and eve“) ist eine in Deutschland weit verbreitete synthetische Rauschdroge. Auch im Jahr 2012 wurden unter den Erstkonsumen ten harter Drogen ein Anstieg der Ecstasy-Konsumenten im Vergleich zu 2011 verzeichnet. Ecstasy ist chemisch nicht nur ein Stoff, sondern man bezeichnet damit eine ganze Variationsbreite von chemischen Verbindungen mit ganz ähnlicher Wirkung.

Die immense Verbreitung von Ecstasy vor allem bei jungen Leuten ist sicher mitunter durch den geringen Preis im Vergleich zu anderen Drogen bedingt. Es gilt als typische „**Discodroge**“ vor allem für „Techno-Freaks“ und wird hauptsächlich „eingeworfen“, um die künstlichen Reize in der Disco zu intensivieren. Dabei ist das ganz und gar kein harmloser Spaß: Ecstasy ruft die typische euphorische Aktiviertheit von Amphetaminen (► [Abschn. 5.1.4](#) und [5.2.2](#)), gemischt mit Veränderungen der Sinneswahrnehmungen wie bei Halluzinogenen (► [Abschn. 5.1.3](#)) hervor. Wer Ecstasy zu sich nimmt, verspürt meist nach 20 bis 60 min. ein wohliges, inneres Glücksgefühl, da im Hirn **Serotonin** ausgeschüttet wird. Das subjektive Gefühl von Selbstvertrauen wächst, Angst, Hunger und Durst lassen nach.

Durch die bewusstseinsverändernde Wirkung kann es zu Wahrnehmungsverschiebungen (sog. Synästhesien) kommen (Töne werden „gefühlt“,

Farben „geschmeckt“). Die Imaginationsfähigkeit wird gesteigert, Gefühle werden intensiviert. Mit der euphorisierenden Wirkung geht eine erhöhte Kontaktbereitschaft einher. Außer zu Entgrenzungs- und Erleuchtungserfahrungen kann es auch zu massiven „Horrortrips“ (Panik, Depressivität) kommen, die mitunter in einer bleibenden Psychose enden. Außerdem können Kieferkrämpfe, Muskelzittern und Übelkeit auftreten. Auch Depressionen, Kopfschmerzen, Angst, Schlafstörungen, Leberschäden und eine herabgesetzte körperliche Widerstandsfähigkeit sind keine Seltenheit, wodurch eine generelle Krankheitsanfälligkeit begünstigt wird.

Im Ecstasy-typischen Setting in Discos kann die Einnahme von MDMA schnell gefährlich werden. Aufgrund der Einwirkung auf die zentrale Temperaturregulation in Kombination mit einer erhöhten Herzfrequenz kann es zur Überhitzung des Körpers und zu Flüssigkeitsverlust kommen, die bis zum Tod führen können. Besonders bei der Einnahme von MDMA können Konsumenten schnell eine hohe Toleranz und damit einhergehend eine psychische Abhängigkeit entwickeln.

Methamphetamine („Crystal Meth“)

» In der Unruhe lügt die Kraft. (Stefan Schütz)

Methamphetamine (auch: Ice, Crystal, Crystal Meth, Meth) gehört derzeit zu den gefährlichsten Drogen, weil es sehr weit verbreitet ist. Dabei ist es beileibe nicht neu. Es wurde schon Ende des 19. Jahrhunderts erstmals synthetisiert und in Deutschland ab Ende der 30er Jahre des 20. Jahrhunderts verkauft (sogar in Form von Pralinen, der sogenannten „Hausfrauenschokolade“).

Besonders weite Verbreitung fand die Substanz sowohl während des zweiten Weltkrieges (unter Spitznamen wie „Panzerschokolade“ oder „Hermann-Göring-Pillen“) als auch in späteren Kriegen (z. B. in Vietnam). Dabei wurde die Droge unter den Soldaten zum einen zur Angstdämpfung und zum anderen zur Leistungssteigerung verteilt. Auch nach Kriegsende bleibt die Substanz in Deutschland als verschreibungspflichtiges Arzneimittel (Markenname „Pervitin“) bis 1988 im Handel.

In den USA erschien Mitte der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts ein „Kochbuch“, das die Herstellung

von Methamphetamine aus ausschließlich legalen Zutaten beschreibt. Diese Veröffentlichung gab den Start-Schuss für die Entstehung unzähliger illegaler „Meth-Küchen“ in Wohnungen und Garagen, Schuppen und Hotelzimmern. Laut der amerikanischen Drogenfahndungsbehörde wurden allein im Jahr 2010 in den USA ca. 11.000 dieser illegalen **Meth-Labore** aufgedeckt oder gefunden. Immer wieder zeigen Medienberichte dabei eindrücklich, wie gefährlich diese Meth-Küchen sind und wie kleine Unvorsichtigkeiten die Labore in die Luft fliegen lassen können. Laut Welt-Drogen-Bericht 2013 steigen die Menge des beschlagnahmten Methamphetamins sowie die Zahl der Meth-Labore und der Missbrauch weltweit. Besonders in Polen, Tschechien und Russland wurden mittlerweile mehr und mehr solcher „Labore“ entdeckt.

Auch in Deutschland nimmt die Bedeutung der Drogen weiter zu. Während 2011 noch 1693 erstaufällige Konsumenten von kristallinem Methamphetamine zu verzeichnen waren, waren es (laut Drogen- und Suchtbericht 2013 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung) im Jahr 2012 schon 2556. Die sichergestellte Menge Crystal Meth verzehnfachte sich innerhalb von fünf Jahren. Als im Sommer 2014 der Bundestagsabgeordnete Michael Hartmann aufflog, weil er Crystal Meth gekauft hatte, zeigte sich das wahre Ausmaß des Konsums dieser Horrordroge in Deutschland: „Vom Schulhof bis in den Bundestag – Das gefährlichste Rauschgift der Welt erobert Deutschland“, titelte der STERN (32/14).

Methamphetamine wird meist geschnupft, kann aber auch geraucht („Icepipe“) oder injiziert werden. Es setzt **Noradrenalin** frei, gleichzeitig wird der Neurotransmitter **Dopamin** ausgeschüttet. Atmung, Puls und Herzschlag werden schneller. Die Wirkung von Methamphetamine zeigt neben der typischen euphorisierenden Wirkung (ähnlich der Wirkung von Amphetamine, nur noch intensiver, stärker und schneller) und dem damit einhergehenden gesteigerten Selbstwertgefühl ein unterdrücktes Müdigkeits-, Hunger- und Schmerzempfinden: Auf den „Kick“ am Anfang folgt ein langdauerndes „High“: Extreme Euphorie, sexuelles Verlangen und Risikobereitschaft steigen. Oft zeigt sich ein massiver Rededrang („Laberflash“).

Wer Meth nimmt, will seinen Körper zu Höchstleistungen peitschen – egal ob auf Partys, beim Sex

oder bei der Arbeit. Denn der Stoff wirkt kurzfristig leistungssteigernd. Deswegen wird er von vielen Schülern und Studenten dazu benutzt, um Prüfungen zu bestehen. Wie man in einer Studie des Hamburger Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung herausfand, wird Crystal Meth von Berufstätigen vor allem auch gebraucht, um den Arbeitsstress auszuhalten (siehe dazu auch den am Ende des Abschnitts dokumentierten Fall).

Crystal macht schnell süchtig und wirkt stark auszehrend. Häufig ist ein äußerlicher „Verfall“ der chronischen Konsumenten zu beobachten. Aufgrund einer Schwächung des Immunsystems kommt es zu Hautentzündungen („Speedpickel“), Haarausfall, Zahnproblemen („Meth-Mund“), Gewichtsverlust, sogar Hirnblutungen und Schlaganfälle sind möglich. Bei regelmäßigerem Gebrauch zeigen sich oft Aggressionen und Depressionen; Unruhe, massive Schlafprobleme und tagelange Kreislaufstörungen sind nicht selten. Methamphetamine verändert die Persönlichkeit und lässt das Gesicht sehr schnell altern. In höheren Dosierungen kann es auch Halluzinationen auslösen – und die können in paranoiden Psychosen enden. Im Anschluss an den Rausch tritt (ähnlich wie bei Amphetamine) eine Phase der Depression und Ermattung ein, in der der Konsument sehr verletzlich ist, aber auch sehr aggressiv werden kann. Langfristig zeigen Konsumenten von Methamphetamine eine erhöhte emotionale Labilität, sie werden aggressiv und wirken aufgedreht und hektisch.

Fast 9 von 10 Abhängigen, die sich wegen ihrer Crystal Meth-Sucht in Therapie begeben, werden rückfällig. Der Entzug ist deshalb für sie frustrierend. Sie fühlen sich antriebslos und schwach. Oft beginnt dann das schmerzhafte Verlangen nach Crystal Meth. Der Entzug ist dabei von heftigen Depressionen und Suizidgedanken geprägt.

Fall

Petra* ist eine 37-jährige, alleinerziehende Mutter eines 9-jährigen Sohnes. Sie hat keinen Berufsabschluss und hält sich mit diversen Jobs über Wasser – vom Call-Center, über die Sicherheitsfirma bis hin zum Supermarkt. „Ich habe immer die verlangte Leistung geschafft, aber danach bin ich oft zusammen gekracht. Deswegen musste ich oft die Stelle wechseln ... Wenn ich morgens ein paar Rocks

Crystal genommen habe, habe ich für ein paar Stunden funktioniert. Aber ich brauchte mit der Zeit immer mehr. Ich habe mit 1/10 Gramm angefangen. Am Schluss war ich bei drei Gramm gelandet. Die Dosis wurde immer höher und die Abstürze immer schlimmer.“

*Name und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren

Weitere Informationen: <http://de.drugfreeworld.org/drugfacts/crystalmeth.html> (abgerufen am 03.11.2015)

Desomorphin (Krokodil, Krok)

» Lange Qual ist bitterer Tod. (Deutsches Sprichwort)

Desomorphin, besser bekannt als „Krokodil“, ist ein synthetisches, hochpotentes Opiat. Es wurde erstmals in den 1930er Jahren in den USA synthetisiert.

Die Substanz wird meist injiziert und zeigt eine ähnliche Wirkung wie Heroin (► Abschn. 5.1.2) – allerdings auch hier viel intensiver. Der Rausch hält dabei nicht so lange an wie beim Heroin, sodass das synthetische Opiat häufiger injiziert werden muss. Das Abhängigkeitspotential von Desomorphin ist als noch höher einzustufen und die körperlichen Entzugserscheinungen können bis zu einen Monat anhalten. Sie werden als äußerst quälend beschrieben.

„Krokodil“ erfreut sich seit einigen Jahren in Russland größter Beliebtheit, wo es als billiger Ersatz für Heroin benutzt wird. Es ist erst 2011 in Deutschland und 2013 wieder in den USA aufgetaucht.

Ähnlich wie Methamphetamine kann es aus handelsüblichen (wenn auch in Deutschland nur auf Rezept erhältlichen) Zutaten selbst zusammengepanscht werden. Aufgrund der illegalen Synthese des Stoffes ist die Droge stark verunreinigt, sodass die darin enthaltenen giftigen Nebenprodukte bei Injektion das Gewebe und auch die Organe schädigen. Diese Schäden sind häufig schon nach kurzer Zeit sichtbar: die Haut um die Injektionsstelle färbt sich grünlich und wird schuppig, sie erinnert an die Haut eines Krokodils – daher der Name.

Bei längerem Missbrauch beginnen zunächst einzelne Hautpartien, dann die Muskeln ganzer Körperteile zu verfaulen, sodass von den Konsumenten teils

buchstäblich das Fleisch „abfällt“ bis von Teilen der Extremitäten im wahrsten Sinn nur noch Knochen zu sehen sind. Zwangsläufige Folgen der Drogeneinnahme sind daher häufig Amputationen und leider zu oft der Tod.

Im Folgenden sollen weitere Designer-Drogen kurz und knapp vorgestellt werden, die in der Drogenszene z. Zt. eine eher (noch) untergeordnete Rolle spielen.

DOM Dom (auch STP oder „Super LSD“ genannt) gilt als **Megahalluzinogen**, das auch zu den Amphetaminen zählt. Der hektisch-halluzinogene Rausch kann leicht mehrere Tage lang dauern (zum Vergleich: bei Ecstasy dauert der Rausch etwa 4-8 Stunden) und kann zu „Horrortrips“ oder gar Amokläufen führen. Mitunter endet der Trip in einer bleibenden Psychose. Da die Wirkung außerdem ungewöhnlich spät einsetzt, besteht die Gefahr der Überdosierung durch Nach-Dosierung.

5

Designer-Opiate

» Um den folgenden Absturz zu tarnen, führt mancher Weg erst einmal listigerweise nach oben. (Martin Gerhard Reisenberg)

Hier handelt es sich wie beim bereits beschriebenen Desomorphin (► [Abschn. 5.1.5](#)) um synthetische Rauschmittel, die die Wirkung von Opiaten (vor allem von Heroin) imitieren. Allerdings sind auch sie um ein Vielfaches potenter als die ursprünglichen Substanzen. Es existieren z. B. Fentanyl, die die **500-fache Potenz von Morphin** haben. Es ist klar, dass eine Verbrauchseinheit solcher Stoffe schwer zu dosieren ist, da man sie mit bloßem Auge kaum erkennen kann – daher kommt es schnell zu tödlichen Überdosierungen. Außerdem bergen diese Drogen ein extrem hohes Suchtpotential.

Besonders problematisch allerdings ist die Produktion in den illegalen Giftküchen und „Laboren“, wodurch sehr schnell Verunreinigungen entstehen können, die (mitunter schon bei einmaliger Einnahme) eine dem Morbus Parkinson ähnliche Krankheit bewirken. Schon in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts wurden dazu wissenschaftliche Artikel publiziert.

Designer-Halluzinogene und Designer-Stimulanzien

» Glaubst Du fest an Illusionen, hast Du Halluzinationen. (Andreas Tenzer)

Die Unterscheidung zwischen synthetischen Halluzinogenen und synthetischen Stimulanzien ist mitunter sehr schwierig, weil die meisten Designer-Drogen beide Komponenten vereinen – wie z.B. auch bei Ecstasy (► [Abschn. 5.1.5](#)). Häufig sind auch dämpfende Komponenten Bestandteil der Mischdrogen (wie z. B. bei PCP).

PCP PCP (auch „Angel Dust“, „Engelsstaub“, „Dust“, „Hog“) wurde ursprünglich als Tieranästhetikum auf den Markt gebracht und aufgrund seiner Wirkung den Dissoziativa zugeordnet. Es zeigt damit eine **starke psychotische Wirkung**. Der Rauschzustand ähnelt stark einem schizophrenen Schub mit Halluzinationen, Sprach- und Koordinationsstörungen, Aggressivität, Apathie, katatonen Zuständen etc. und birgt dementsprechende Gefahren für den Konsumenten und die Umgebung.

Weitere Informationen über einzelne Drogen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_4_Drogen.pdf (03.11.2015)

Dies ist nur eine kleine Auswahl der existierenden synthetischen Drogen. Täglich werden neue chemische Variationen bekannter Wirkstoffe in illegalen Labors hergestellt und so mit dem Gesetzgeber das „Hase-und-Igel-Spiel“ gespielt (► [Abschn. 5.1.6](#)). Dabei steigt die Anzahl an neuen Drogen, die auf dem Markt auftauchen, mittlerweile so rasch, dass es kaum möglich ist, die verschiedenen Substanzen (die sich häufig in ihrer chemischen Struktur nur minimal unterscheiden) zu überblicken. Quasi alle dieser Substanzen zählen zu den Designer-Drogen und werden dementsprechend synthetisch hergestellt. Bei diesen Raketen unter der Schädeldecke weiß man nie, wann, wie und mit welcher Intensität sie losgehen. Laut Drogen- und Suchtbericht vom Mai 2013 der Drogenbeauftragten der Bundesrepublik hat die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zwischen dem Jahr 2005 und 2011 mehr als 164 neue Rauschmittel bzw. psychoaktive Substanzen verzeichnet. Dass dieses Wachstum der Variabilität an Stoffen stetig steigt, zeigt die Tatsache, dass 73 solcher neuen Substanzen allein 2012 gemeldet wurden. Damit zeichnet sich ein Trend ab, der nicht nur in Deutschland,

sondern weltweit zu erkennen ist, wie der Weltdrogenbericht 2013 bestätigt.

Häufig stammen diese neuen oder abgewandelten Stoffe aus asiatischen Ländern und werden in Europa über Online-Shops vertrieben. Dabei werden die Produkte (sogenannte „**Legal Highs**“; ▶ Kasten oben) oft als Pflanzendünger, Lufterfrischer, Badesalze oder auch Kräutermischungen („Spices“) mit dem Zusatz „nicht zum Verzehr geeignet“ verkauft, wodurch zumindest der Anschein der Legalität gewahrt ist. Jedoch werden die Inhaltsstoffe häufig nicht korrekt aufgeführt, sodass kaum nachzuprüfen ist, was die Konsumenten dort tatsächlich zu sich nehmen.

5.1.6 Die rechtliche Situation in der illegalen Drogenszene: „Das Hase- und Igel-Spiel“

» Neben dem Gesetz der Trägheit gibt es eine Trägheit der Gesetze. (Hans Guradze)

Die Rechtliche Grundlage, mit deren Hilfe der Umgang mit Drogen und Rauschmitteln geregelt wird, ist das **Betäubungsmittelgesetz (BtMG)**. Unter dieses Gesetz fallen unter anderem folgende Suchtmittel: Haschisch, Marihuana, Halluzinogene, Kokain, Opiate, Heroin, Morphinderivate, PCP (Engelsstaub), diverse Aufputschmittel und Beruhigungsmittel ...

Strafbare Handlungen

Strafbare Handlungen nach den BtMG mit einem oder mehreren dieser Stoffe sind:

- ihr Anbau (z. B. von Marihuana) und ihre Herstellung (z. B. von synthetischen Drogen),
- das Handeltreiben, Abgeben, Veräußern oder In-Verkehr-bringen der Betäubungsmittel,
- die Einfuhr von Betäubungsmitteln nach Deutschland
- sowie der Erwerb oder allein der Besitz von ihnen.

Alle diese Handlungen sind auch bereits im Versuch strafbar.

Häufige Straftaten, die mit der Suchtkrankheit in Verbindung zu bringen sind oder sozusagen mit ihr Hand in Hand gehen, sind **Beschaffungskriminalität** (Betrug oder Diebstahl, um sich Geld zu verschaffen sowie der Erwerb von Drogen), **Prostitution** (ebenfalls zur Finanzierung der Drogene) und **Handlungen im Rausch** wie Sachbeschädigung oder Körperverletzung. Trotz rechtlicher Regelungen stehen Politiker und Gesetzgeber weltweit nahezu hilflos vor dem Ausmaß an Straftaten, die im Zusammenhang mit illegalen Drogen verübt werden. Selbst wenn die Polizei jährlich tonnenweise Heroin und Kokain beschlagnahmt, so muss davon ausgegangen werden, dass diese Menge immer nur einen **Bruchteil der gehandelten und transportierten Drogen** darstellt. Die wirklichen Drahtzieher, die Drogen- und „Mafiabosse“, die mit dem Drogenhandel Milliarden verdienen, bleiben dabei fast immer unentdeckt. Sie können über ganz seriöse Banken (auch in Deutschland) die Gewinne aus dem Drogenhandel „waschen“. Daneben hat sich längst ein Trend etabliert, der bereits mehrfach angeklungen ist: in rasantem Tempo werden **neue Substanzen** (mit minimaler Abweichung von bekannten Substanzen) „designed“, die dann wieder für einige Zeit nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen und damit zumindest den Anschein von Legalität erwecken. Dem entstehenden Wettlauf zwischen immer neuen Designer-Drogen und deren Untersuchung und Verbot muss Einhalt geboten werden – besonders im Hinblick darauf, dass die als sogenannte „Legal Highs“ verkauften Stoffe (in sogenannten „Badesalzen“, Pflanzendüngern, Kräutermischungen, etc.) auf unerfahrene Konsumenten recht harmlos wirken können, in ihrer Wirkung den übrigen „harten Drogen“ aber oft in nichts nachstehen.

In Deutschland werden immer noch die juristischen Möglichkeiten geprüft, **ganze Stoffgruppen** dem Betäubungsmittelgesetz zu unterstellen, sodass dieser Strategie minimaler Veränderungen der chemischen Struktur ein Ende gesetzt werden könnte.

Bis diese Möglichkeiten geklärt sind, ist es aber keinesfalls korrekt zu behaupten, dass Designer-Drogen und Legal Highs tatsächlich legal seien. Bereits vor Jahren wurde vom Bundesgerichtshof beschlossen, dass neue psychoaktive Substanzen *bedenkliche Arzneimittel* im Sinne des Arzneimittelgesetzes sein können. Solche Arzneimittel ohne Genehmigung in Verkehr zu bringen (zu verkaufen oder herzustellen),

ist demnach strafbar, worauf auch im Drogen- und Suchtbericht 2015 erneut hingewiesen wird.

Mit der Klärung, dass Legal Highs gar nicht so legal sind, wie die Bezeichnung vermuten lassen würde, ist allerdings im Kampf gegen den Konsum vermutlich kein Hanf- oder Blumentopf zu gewinnen.

Es drängt sich vielmehr die oben bereits geführte Diskussion um die Legalisierung (bestimmter) Drogen auf.

Vertreter der Legalisierung von Drogen („**legalize it!**“) sehen darin eine Möglichkeit, die Drogenkriminalität und den Schwarzmarkt besser zu kontrollieren. Auch wird angenommen, dass die Rehabilitierung von (Ex-)Junkies in der Gesellschaft einfacher wäre und sich ein Rückgang des Drogenmilieus als soziales Umfeld Abhängiger und potenziell Gefährdeter abzeichnen würde.

Dem stehen Befürchtungen entgegen, dass die gesellschaftliche Akzeptanz der Drogen zu einer **Bagatellisierung der Risiken** und damit zu einer **Ausweitung des Konsums** in der breiten Bevölkerung führen könnte, wie es bei Alkohol und Nikotin zum Beispiel bereits der Fall ist. Weiterhin wird mitunter unterstellt, dass die Legalisierung der einen Drogen (beispielsweise Cannabis) zu einem verstärkten Konsum weiterer (weiterhin illegaler) Drogen führen könnte, da einerseits die legale Drogen als „Einstiegsdroge“ fungieren und andererseits der wirkliche „Kick“ in der Illegalität liegen könnte.

Natürlich führen in dieser und verwandten Diskussionen beide Seiten noch weitere Argumente ins Feld, die hier allerdings nicht weiter ausgeführt werden sollen.

Es bleibt zu vermuten, dass (ob nun legal oder illegal) die **Aufklärung über die Wirkung** und besonders die **Nebenwirkungen von Drogen** vielleicht die wichtigste Präventionsmaßnahme darstellt. Auch hier sei nochmals auf die sogenannten „Legal Highs“ verwiesen, deren Konsum insbesondere nicht bagatellisiert werden sollte, da sie (wie alle synthetischen Drogen) besonders bei unerfahrenen Konsumenten immense Wirkung und damit auch immense Nebenwirkungen hervorrufen können, obwohl der Name „Legal Highs“ ihnen aber den Anschein von Harmlosigkeit verleiht.

Informationen zu Legal Highs: <https://legal-high-inhaltsstoffe.de/de> (03.11.2015)

5.2 Legale Drogen

» Es ist so mit Tabak und Rum: Erst ist man froh, dann fällt man um. (Wilhelm Busch)

Viele wollen es vielleicht nicht wahrhaben, aber auch Substanzen wie Alkohol, Medikamente oder Nikotin zählen zu den Drogen. Sie stimulieren oder dämpfen Gefühle, verändern jedenfalls – wenn auch teilweise nur geringfügig – unseren Bewusstseinszustand. Da sie im allgemeinen leicht zugänglich sind, die Griffnähe also groß ist, bergen sie eine große Gefahr der Abhängigkeit und es gilt, gerade im Alltag zu lernen, bewusst mit ihnen umzugehen.

5.2.1 Alkoholismus

» Wo früher meine Leber war, ist heute eine Mini-Bar. (Anonym)

„Alkohol ist dein Sanitäter in der Not, Alkohol ist dein Fallschirm und dein Rettungsboot“, singt Herbert Grönemeyer in seinem Lied „Alkohol“. Und dies scheinen viele Menschen tatsächlich zu glauben: Die Wirkung von Alkohol ist beschwingend, hilft, persönliche Hemmungen und Ängste abzubauen, macht scheinbar freier:

» Früher wurde er bei jeder Gelegenheit rot. Heute ist er bei jeder Gelegenheit blau.

Alkohol ist eine Drogen, die in unserer Gesellschaft wohl akzeptiert ist und zu jeder Party, einem guten Essen oder gemütlichen Treffen von Freunden dazugehört. Der Griff zum Glas, um Probleme und Kränkungen zu vergessen, oder um sich in schwierigen Situationen ein wenig Entspannung zu verschaffen, ist dann schnell getan. Doch wo Alkohol benutzt wird, um Probleme und Konflikte zu lösen, ist der Weg in die Alkoholabhängigkeit oft nicht mehr weit. Seit 1968 gilt Alkoholismus als Krankheit.

Zahlen

» Der Klügere kippt nach! (Titel einer TV-Sendung)

Nach dem Jahrbuch Sucht 2015 tranken im Jahr 2014 die Bundesbürger im Durchschnitt:

- 106,6 Liter Bier,
- 21,1 Liter Wein,
- 4,0 Liter Sekt,
- 5,5 Liter Spirituosen.

Das addierte sich für jeden Bundesdeutschen auf die stolze Summe von 9,5 Liter reinem Alkohol pro Jahr – Babys und Omis eingeschlossen. Und für jeden, der nicht oder weniger Alkohol trinkt, trinkt ein anderer mehr. Nach Aussage der Drogenbeauftragten der Bundesregierung konsumierten in 2013 insgesamt 9,5 Mio. Menschen Alkohol in einer gesundheitlich riskanten Form.

Nach dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2012 sind in Deutschland ca. 3% der Deutschen alkoholabhängig. Das sind fast 1,8 Mio. Hinzu kommen noch ca. 1,6 Mio., die Alkohol missbräuchlich benutzen. Obwohl die Frauen sich auch in diesem Feld emanzipieren, sind immer noch mehr als 2/3 der Alkoholiker Männer.

Und die Betreffenden führen ein riskantes Leben: Fast jeder zehnte Unfall wird durch alkoholisierte Verkehrsteilnehmer verursacht (9%). So gab es 2013 fast 17.500 Autounfälle, bei denen Alkohol im Spiel war (davon 440 Todesfälle). Außerdem gab es 850.000 Arbeitsunfälle und fast 70.000 Straftaten (fast jede 3.), bei denen Alkohol eine Rolle spielte. Der volkswirtschaftliche Schaden durch alkoholbedingte Erkrankungen beläuft sich auf fast 27 Mrd. € pro Jahr.

Alkoholiker leben nicht nur gefährlicher, sondern sie sterben auch früher. Sie sterben neunmal so häufig an Leberzirrhose, zwölfmal häufiger an Magen- oder Darmkrebs als die Normalbevölkerung. 78% aller männlichen Alkoholiker erleben ihr 65. Lebensjahr nicht und 20% aller Selbstmorde werden von Alkoholikern begangen. Insgesamt sterben an den direkten und indirekten Folgen des Alkoholkonsums (v. a. in Kombination mit Tabak) jährlich ca. 74.000 Deutsche. Und das Schlimmste: Nicht einmal jeder 12. Alkoholiker sucht sich professionelle Hilfe.

■ Exkurs: „Komasaufen“: Rauschtrinken

- » Alles Scheiße, alles Mist,
wenn Du nicht besoffen bist.
(Anonym)

„Komasaufen“ – vor allem von Jugendlichen – hat in den letzten Jahren viel mediales Aufsehen erregt. Eine Vielzahl von Schlagzeilen und skandalisierenden TV- und Radioberichten holte das Thema in die öffentliche Wahrnehmung, wobei „Komasaufen“ meist mit „exzessivem Alkoholkonsum“, mit dem erklärten Ziel, betrunken zu werden, bezeichnet wird. Mitunter gehören „Wetttrinken“ oder „Kampftrinken“ dazu.

„Komasaufen“ wird auch als „Rauschtrinken“ bezeichnet. Man versteht darunter eine Form des Alkoholmissbrauchs, bei dem sehr viel Alkohol in kurzer Zeit getrunken wird, um einen veränderten Bewusstseinszustand – eben einen Rausch – herbeizuführen, um beschwipst oder angeheitert zu sein. Man vergisst bei all der Diskussion um junge Leute oft, dass nicht nur Jugendliche, sondern auch Erwachsene sich regelmäßig „die Kante geben“ (z. B. bei Volksfesten, in der Karnevalszeit oder bei Betriebsfeiern).

Die WHO definierte Rauschtrinken („Binge-Drinking“) schon 2009 als exzessiven Alkoholkonsum mit der Absicht, in kurzer Zeit betrunken zu sein. In Deutschland gehört für die BZgA dazu, dass in der Regel eine konsumierte Menge von fünf oder mehr großen Gläsern Alkohol (Bier, Wein, Spirituosen ...) getrunken wird, weil hier ein gewisser Grad an Alkoholvergiftung wahrscheinlich ist. Seit 2004 gibt es in der Alkoholepidemiologie eine weitere Definition von binge drinking im Sinne von „Konsum jener Menge Alkohol, die eine Blutalkoholkonzentration von mindestens 0,8 Promille bewirkt“.

Für die Teenager können die frühen Trinkexzesse schwerwiegende Folgen haben: Wer sich schon mit 14 Jahren regelmäßig betrinkt, erhöht das Risiko einer späteren Alkoholabhängigkeit – was inzwischen vielfach wissenschaftlich bewiesen ist. Je früher jemand mit dem Trinken anfängt, umso höher ist später die Wahrscheinlichkeit für ihn, abhängig zu werden und umso geringer ist seine Chance (ohne Hilfe von außen) davon loszukommen. Das hängt mit der körperlichen und psychischen Entwicklung zusammen. Denn je früher ein Jugendlicher Alkohol als etwas ganz Normales in sein Leben einbaut, umso größer ist die Gefahr, dass er daran hängen bleibt. Allerdings braucht es eine längere Zeit – etwa 10 bis 20 Jahre – bis sich eine richtige Alkoholabhängigkeit entwickelt. Deshalb ist es besonders wichtig, das

Einstiegsalter möglichst nach oben zu verschieben. Je höher das Einstiegsalter liegt, umso geringer ist die Gefahr Alkoholiker zu werden.

Link zu weiterführenden Informationen über Alkohol der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: <http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/alkohol.html> (abgerufen: 03.11.2015)

Alkoholiker-Typen

» Lieber einen Bauch vom Saufen, als einen Buckel vom Arbeiten. (Szenen-Spruch)

Seit 1968 ist Alkoholismus als Krankheit anerkannt (Entscheidung des Bundessozialgerichtes (► Abschn. 12.2)). Nach Jellinek, der in den 50er Jahren erste Untersuchungen im Auftrag der WHO mit männlichen Alkoholikern durchführte, lassen sich fünf folgenden verschiedenen Trinker-Typen unterscheiden. Die Alkoholiker-Typen werden von Jellinek abgekürzt mit den ersten fünf Buchstaben des griechischen Alphabets. Es handelt sich bei der Darstellung nicht um aufeinanderfolgende Stufen der Abhängigkeit, sondern um verschiedene Arten des Trinkens und unterschiedliche Motivationen, die zum übermäßigen Alkoholkonsum veranlassen.

a) Problemtrinker (Alpha-Typ)

» Alkohol konserviert und er ist ein gutes Lösungsmittel für Fette, aber nicht für seelische Probleme. (Weisheit aus den Selbsthilfegruppen)

Er trinkt Alkohol, um innere Spannungen und Konflikte zu beseitigen und sich zu entspannen oder um z. B. den Ärger im Büro zu vergessen. Die Menge hängt ab von der jeweiligen Stress-Situation. Es besteht die Gefahr der psychischen Abhängigkeit, da Konflikte häufig mit Alkohol gelöst werden. Jedoch lässt sich (noch) nicht von einer Alkoholabhängigkeit sprechen. Der Alphatrinker ist gefährdet, kann aber meist das Trinken noch kontrollieren.

b) Gelegenheitstrinker (Beta-Typ)

» Es lebe die Liebe, der Leichtsinn, der Suff, der uneheliche Beischlaf, der Papst und der Puff.“ (Anonym)

Er nutzt jede Gelegenheit zum Konsum von Alkohol. Das kann vom sozialen Umfeld abhängig sein, z. B. stellen Familienfeiern, Jubiläen oder Feste Situationen dar, in denen starker Alkoholkonsum nicht unbedingt weiter auffällt. Der Beta-Typ trinkt bei solchen sozialen Anlässen große Mengen, bleibt aber sozial und psychisch unauffällig. Genauso kann aber auch der abendliche Griff zur Flasche Bier vor dem Fernsehapparat zur Gewohnheit werden. Betatrinker haben einen alkoholnahen Lebensstil.

Eine seelische oder körperliche Abhängigkeit liegt beim Gelegenheitstrinker noch nicht vor, jedoch birgt die Gewohnheit des Alkoholkonsums die Gefahr der Abhängigkeit in sich und nicht selten finden sich durch den häufigen Konsum bereits Organschädigungen, ohne dass von einer Abhängigkeit die Rede sein muss. Beta-Trinker sind suchtgefährdet.

c) Süchtiger Alkoholiker (Gamma-Typ)

» Ein Alkoholiker hat sieben Gründe zu trinken: Montag, Dienstag, Mittwoch, Donnerstag ... (Alkoholiker-Weisheit)

Der süchtige Alkoholiker trinkt, weil er trinken muss. Der Alkohol dient als häufig verwendetes Mittel, um Probleme zu lösen. Er kann durchaus längere abstinente Phasen haben, die sich mit Phasen starker Alkoholexzesse abwechseln. Durch den ersten Schluck Alkohol wird ein scheinbar unstillbares Verlangen nach immer mehr Alkohol ausgelöst. Der süchtige Alkoholiker kann seinen Alkoholkonsum nicht mehr kontrollieren. Es kommt immer öfter zum Kontrollverlust: „Fängst Du mittags an zu saufen, kannst Du abends nicht mehr laufen.“ Es liegt eine seelische Abhängigkeit vor. Die körperliche Abhängigkeit ist dann nur noch eine Frage der Zeit. Auch wenn er sich wegen der Fähigkeit zu längeren Abstinenzphasen sicher fühlt, ist er alkoholsüchtig.

d) Spiegeltrinker (Delta-Typ)

» Er hat keine Probleme mit Alkohol – nur ohne. (Szenen-Spruch)

Der Spiegeltrinker braucht eine gewisse Mindestmenge an Alkohol, um sich gut zu fühlen und muss einen gewissen Alkoholspiegel im Blut ständig aufrechterhalten, um im Alltag zu funktionieren. Er ist

stärker körperlich als psychisch abhängig. „Ich habe eine Leber aus Hartgummi“, sagte mir einmal ein Alkoholiker.

Der Delta-Typ bleibt lange Zeit sozial unauffällig, er ist ein „**funktionierender Alkoholiker**“, weil er selten erkennbar betrunken wirkt. Dennoch besteht eine starke körperliche Abhängigkeit, sodass er ständig Alkohol trinken muss, um Entzugssymptome zu vermeiden. Durch den ständigen Alkoholkonsum entstehen oft körperliche Folgeschäden.

Nicht selten wird ein Gelegenheitstrinker später zum Spiegeltrinker. Versucht er, seinen Alkoholkonsum zu reduzieren, kommt es zu quälenden Entzugserscheinungen. Spiegeltrinker sind nicht abstinentfähig und alkoholkrank.

e) Quartalstrinker (Epsilon-Typ)

» Saufet, saufet, fallet nieder, stehet auf und saufet wieder. (Anonym)

Der Epsilon-Typ betrinkt sich in größeren zeitlichen Abständen tage- oder wochenlang vollständig. In unregelmäßigen Intervallen kommen diese Alkoholexzesse mit Kontrollverlust, die Tage oder Wochen dauern können. In den anderen nüchternen Zeiten lebt er z. T. vollständig abstinenz und führt fast ein unauffälliges Leben. In den Trinkphasen erleidet der Quartalstrinker einen völligen Kontrollverlust, trinkt hemmungslos bis hin zu Erinnerungslücken („Filmriss“), bei denen er nicht mehr weiß, wann er was, wo, mit wem gemacht hat. Epsilon-Trinker sind psychisch abhängig.

Fall

Gerhard F.* (39) ist von Beruf Sozialarbeiter in einer kirchlichen Einrichtung. Es kommt ein alternativ-leger gekleideter Mann mit langen Haaren, einem Drei-Tage-Bart und einem weichen Händedruck. Er wirkt scheu, spricht leise und kann mir kaum in die Augen sehen. Bis vor einem Jahr war er verheiratet und hat eine 4-jährige Tochter, die bei seiner geschiedenen Frau lebt.

Er wurde von seinem Vorgesetzten ins Psychologische Forum geschickt, weil er mehrmals „mit einer Fahne“ im Dienst erschienen war und einmal mit einem Kollegen im betrunkenen Zustand heftigen Streit angefangen hatte, und dieser sich bei seinem Vorgesetzten darüber beschwert hatte: „Mein Chef

hat gesagt, wenn ich mir keine Hilfe hole, kriege ich eine Abmahnung.“ In der Institution gibt es nämlich eine Betriebsvereinbarung zum Thema Sucht, die genau festlegt, wie bei Suchtproblemen von Mitarbeitern zu verfahren ist.

„Ich weiß schon, dass ich was ändern muss“, sagt der Patient mit leiser Stimme, „ohne Druck von außen wäre ich wahrscheinlich auch jetzt noch nicht hier. Manchmal brauche ich einfach einen Tritt in den Hintern, bis ich was mache, was schon längst ansteht.“ Darüber sei auch seine Ehe zerbrochen.

„Meine Frau hat mich auch schon gedrängt, mir eine Therapie zu suchen. Aber die Pistole hat sie mir nie auf die Brust gesetzt, sondern hat das alles jahrelang erduldet, bis es ihr wohl irgendwann zu viel war und sie einfach mit dem Kind in einer Nacht-und-Nebel-Aktion aus der Wohnung abgehauen ist.“ Als er das erzählt, stehen ihm die Tränen in den Augen.

„Danach – das ist jetzt über zwei Jahre her – ist es erst richtig losgegangen. Vorher habe ich mir zwar auch schon regelmäßig die Kante gegeben (manchmal auch mit meiner Frau zusammen), aber wenn ich dann allein in der gemeinsamen Wohnung gewesen bin, ist mir die Decke auf den Kopf gefallen und ich wollte das alles einfach nicht mehr mitkriegen, sodass ich mich immer öfter zugesoffen habe ... Es blieb dann nicht nur bei den abendlichen Besäufnissen, sondern manchmal habe ich dann schon in der Mittagspause die ersten 2,3 Bier getrunken. Und das hat dann natürlich auch einen Einfluss auf die Arbeit gehabt.“

*Name und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren

Initiative „Kein dein Limit“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit vielen Infomaterialien: <http://www.kenn-dein-limit.de/infomaterial/> (abgerufen: 03.11.2015)

■ Exkurs: Frauen und Alkohol

» Früher kochten die Mädels wie ihre Mütter. Heute saufen sie wie ihre Väter. (Anonym)

Alkoholismus ist längst nicht mehr nur Männerache – auch immer mehr Frauen greifen inzwischen zur Flasche. Auf zwei alkoholkranke Männer kommt

heute (fast) eine alkoholkranke Frau. Im Gegensatz zu Männern trinkt die typische Alkoholikerin aber eher heimlich zu Hause und alleine.

Frauen trinken normalerweise zwar immer noch weniger und seltener als Männer, weil sie meistens später anfangen zu trinken und auch später ihren ersten Rausch als Männer haben. Hinzu kommt: sie trinken öfter als Männer, wenn es ihnen schlecht geht – nach Wilhelm Busch's Motto: „Wer Sorgen hat, hat auch Likör“. Wobei der Likör heute eher durch Bier, Wein, Sekt oder Schnaps ersetzt wird. Frauen setzen also oft Alkohol gezielt ein, um mit ihren seelischen Problemen fertig zu werden. In verschiedenen Untersuchungen zeigte sich, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der Alkoholikerinnen in der Vergangenheit sexuell missbraucht oder körperlich oder seelisch misshandelt worden war.

Wenn Frauen die gleiche Menge Alkohol trinken, haben sie oft **stärkere Rauschwirkungen**. Das liegt z. T. an der geringeren Körpergröße und dem geringeren Körpergewicht, d. h. die Alkoholmenge verteilt sich auf einen kleineren Körper. Zum anderen ist bei Frauen der Anteil der Fettmasse größer als bei Männern. Da das Fettgewebe kaum durchblutet wird, sind Muskeln und Organe, wie Hirn oder Herz, entsprechend stärker den Auswirkungen des Alkohols ausgeliefert. D. h., dass das Risiko für Organschädigungen (z. B. Leber) bei Frauen größer ist. Außerdem bauen Männer Alkohol schneller ab. Auch deswegen entwickeln Frauen viel schneller als Männer eine Abhängigkeitserkrankung. Aus diesem Grund gibt die WHO für Männer und Frauen **unterschiedliche Grenzwerte für einen riskanten Alkoholkonsum** an (Männern ca. 30–40 g reinen Alkohol/pro Tag, Frauen 20 g).

Hinzu kommen die in der Gesellschaft verbreiteten, geschlechtsspezifischen Vorstellungen: Bei betrunkenen Frauen werden die Ausfallerscheinungen (Lallen, Torkeln, enthemmtes Reden und Verhalten) von vielen meist negativer wahrgenommen als bei Männern. Eine alkoholisierte Frau fällt als Frau stärker aus dem Rahmen als ein betrunkener Mann, dem man Alkoholexzesse eher verzeiht. Allerdings beginnen sich im Zuge der Emanzipation und Geschlechterangleichung diese sozial-bedingten Geschlechtsunterschiede langsam aufzulösen, was sich z. B. am „Komasaufen“ zeigt, das zunehmend auch junge Frauen benutzen, um sich „weg zu machen“.

Alkoholikerinnen, die versuchen abstinenz zu leben, haben es oft schwerer als Männer. Von ihrem Partner bekommen sie oft wenig Unterstützung – und sie werden schneller von ihrem Mann verlassen, als umgekehrt.

Alkohol in der Schwangerschaft Der Alkoholkonsum der Frau in der Schwangerschaft ist in Deutschland die häufigste Ursache für körperliche und geistige Schäden bei Kindern. Der Hintergrund: Mutter und Kind bilden in der Schwangerschaft von Anfang an eine körperliche Einheit. Dadurch gelangt auch der Alkohol, den die Mutter zu sich nimmt, in den Blutkreislauf des Kindes. Weil die Leber des Ungeborenen noch nicht so effektiv arbeitet wie bei einem erwachsenen Menschen, verbleibt der Alkohol bei dem werdenden Kind sogar längere Zeit im Organismus.

In der Frühphase der Schwangerschaft (Embryonalentwicklung) kann der Alkoholkonsum der Mutter vor allem zu schwerwiegenden **körperlichen Schäden beim Embryo** führen. Trinkt eine Frau am Anfang der Schwangerschaft viel Alkohol, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass es zu Fehlbildungen an Organen oder am Skelett kommt: Deformierte Fingerglieder, Herzfehler, Augenomalien, Wirbelsäulenverkrümmung, Rippenanomalien, eine Gau menspalte oder andere organische Schäden können auftreten.

Wenn das ungeborene Kind in späteren Phasen der Schwangerschaft dem Alkohol ausgesetzt ist, zeigen sich insbesondere Wachstums- und intellektuelle Entwicklungsstörungen. Die Kinder sind dann im Wachstum, im Verhalten und in der Intelligenz gestört. Trinkt die Mutter also in den späteren Stadien der Schwangerschaft, sind die Kinder meist körperlich nicht mehr so auffällig, sondern sie entwickeln **schwere Verhaltensstörungen**. In ihrem späteren Leben werden sie in der Schule oft gehänselt, sind unruhig und hyperaktiv. Oft werden sie aus ihren Herkunftsfamilien herausgenommen und in Pflegefamilien gegeben, die mit diesen Kindern auch nur schwer zurechtkommen. In Studien fand man heraus, dass ca. 95% der alkoholgeschädigten Kinder in Pflegefamilien leben, weil ihre leiblichen Eltern sie vernachlässigten.

Es werden also während der Schwangerschaft vor allem die Entwicklungsprozesse gestört, die zum

Zeitpunkt des Alkoholkonsums gerade im Vordergrund stehen. Das Spektrum der Beeinträchtigungen reicht von leichten Konzentrationsproblemen bis zu starken Schäden in der geistigen und motorischen Entwicklung, Wachstumsstörungen und Gesichtsfehlbildungen. Man kann sagen, dass Alkohol das Gehirn von der ersten Schwangerschaftswoche bis zur Geburt (und darüber hinaus, sofern die Mutter stillt) schädigt und dass Alkoholtrinken in der Schwangerschaft eine schwere Misshandlung des Kindes ist: Jeder Schluck Alkohol ist Gift für das Kind. Sehr gut beschrieben ist die gesamte Problematik in einem Artikel von ZEIT-online (28.07.2014) mit dem Titel: „Vollrausch im Mutterleib“.

Nach Schätzungen kommen in Deutschland pro Jahr zwischen 3.000 und 10.000 Kinder mit alkoholbedingten Schädigungen auf die Welt. Man fasst diese Störungen unter dem Begriff „**Fetale Alkoholspektrum-Störungen**“ (FASD) zusammen. Die Vermutungen gehen dahin, dass davon in Deutschland mehr als 2.000 Kinder das Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS), einer schwerwiegenden geistigen und körperlichen Behinderung, aufweisen. Für Österreich und die Schweiz wird die Zahl auf jeweils 700 bis 800 Fälle geschätzt. FASD zählt damit zu den häufigsten bereits bei der Geburt vorliegenden (aber nicht genetisch bedingten) Behinderungen in Deutschland. Das kann sich zeigen in Symptomen wie **Minderwuchs, Kleinköpfigkeit** und **Gesichtsveränderungen**. Die Kinder sind meist entwicklungsverzögert, leiden unter geistigen Behinderungen und verschiedenen Verhaltensstörungen.

FASD-Betroffene sind auf vielfältige Weise beeinträchtigt: Sie leiden oft unter Ängsten, können sich nur schwer konzentrieren, sind impulsiv und können ihre Energie nicht regulieren und ihren Alltag nicht strukturieren. Wichtiges können sie nur schwer von Unwichtigem trennen und sie machen viele Fehler. Manche sind aggressiv und werden gar kriminell, da auch das Rechts- und Unrechtsbewusstsein oft nicht besonders ausgeprägt ist. Deshalb brauchen die Kinder oft einen sehr festgefügten Orientierungsrahmen, in der Schule kleine Klassen und mitunter sogar Eins-zu-Eins-Betreuung.

Aus Langzeitstudien zeigt sich: Aus Alkoholgeschädigten Kindern werden später schwierige Erwachsene, die oft nicht mit ihrem Leben klar kommen. Wobei es junge Männer besonders

schwer haben. 70% können als Erwachsene nicht ohne Betreuung leben. Nur 30% leben allein oder in einer Partnerschaft. Neun von zehn Alkoholkindern waren und sind ohne Job. Sie sind auf jeden Fall auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Je früher und qualifizierter die Unterstützungen eingesetzt, umso größer ist die Chance, den Lebensweg der Betroffenen positiv zu beeinflussen. Auch wenn die Schäden, die das Ungeborene durch den Alkoholkonsum seiner Mutter in der Schwangerschaft erleidet, nicht heilbar sind, können durch die frühzeitige Inanspruchnahme von Unterstützungen die Folgen der Symptome gelindert und negative Auswirkungen reduziert werden.

Folgeschäden durch Alkoholismus

» Alkohol Du böser Geist,
wenn Du mich auch niederreißt.
Ich raff mich auf und reiß mich nieder.
Ich kotz Dich aus und sauf Dich wieder.
(Szenenspruch)

Die psychischen und gesundheitlichen Schäden, die durch Alkoholabhängigkeit verursacht werden, sind zahlreich: An erster Stelle der körperlichen Schäden stehen schwere Leberschäden bis hin zur irreversiblen chronischen Hepatitis oder der Leberzirrhose. Da Alkohol in der Leber abgebaut wird, führt ein regelmäßig hoher Alkoholkonsum dazu, dass die Leber die Anzahl der Enzyme erhöhen muss, die für diesen Abbauprozess benötigt werden.

Dadurch entwickelt sich eine vergrößerte Leber - die sogenannte Fettleber. Eine **Fettleber** kann sich durch Abstinenz allmählich regenerieren. Wird dann doch noch weitergetrunken, kommt es zu einer dauerhaften Schädigung, bei der sich zerstörtes Organgewebe nicht mehr regeneriert. Damit kommt es zur Narbenbildung und das ist dann der Beginn einer Leberzirrhose.

Eine **Leberzirrhose** ist eine schwere und gefährliche Erkrankung. Ihre Entstehung braucht Monate und Jahre und verläuft bei Frauen schneller als bei Männern (siehe dazu: Frauen und Alkohol).

Neben den Lebererkrankungen finden sich bei Alkoholikern häufig Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Störungen der Bauchspeicheldrüse und des Magen-Darm-Traktes.

Bei 3 Promille Alkohol im Blut tritt ein massiver Rausch mit Sicherheit auf, bei einer Konzentration von 3,5 bis 4 Promille kann sogar durch Koma und Herzversagen der Tod eintreten. Eine weitere Folge langjährigen übermäßigen Alkoholkonsums zeigt sich in **sexuellen Funktionsstörungen**. Bei Frauen beeinträchtigt übermäßiger Alkoholkonsum auch den Zyklus. Darum haben alkoholabhängige Frauen häufig Menstruationsstörungen. Die Enthemmung, die bei anregendem Alkoholgenuss sowohl bei Frauen wie auch bei Männern entstehen kann, verkehrt sich mit der Dosissteigerung oft ins Gegenteil: Aus der Lust wird Frust – bei Männern häufig einhergehend mit Erektionsstörungen.

Genauso schwer wiegen mitunter die **psychischen Schäden**, die durch Alkoholmissbrauch entstehen können. Der Alkoholrausch hat eine große Bandbreite: Er kann bei relativ geringem Alkoholkonsum zu leichter Benommenheit, starken Glücksgefühlen, Verminderung von Hemmungen und Ängsten über einen schweren Rausch mit Schwindel, Erregung, Desorientiertheit, unkontrollierter Motorik und Erbrechen bis hin zu einem alkoholischen Koma führen, bei dem die Reflexe ausgeschaltet sind und Atemlähmung mit dem Tod einhergehen kann. Langjähriger Alkoholabusus bringt immer auch eine **Persönlichkeitsveränderung** mit sich. Der Abhängige leidet an starken Ängsten und Depressionen, ist – je nach Persönlichkeit – entweder auffallend sentimental oder brutal, zeigt starke Gefühlslabilität und Reizbarkeit, heftige Minderwertigkeitsgefühle und oft intellektuelle Leistungsminderung. Sehr häufig neigen chronische Alkoholiker zu Kurzschlusshandlungen, verlieren ihren Arbeitsplatz und haben massive soziale Probleme.

Intellektuelle Leistungsminderung ist eine mit Sicherheit auftretende Störung bei jahrelangem Alkoholmissbrauch. Bei seit 30 bis 40 Jahren stark trinkenden Alkoholikern konnte durch Untersuchungen eine Verkleinerung der Gehirnneuronen sowie teilweise auch ein Verlust an Neuronen festgestellt werden. Dies führt zu einer Verminderung der Abstraktions- und Konzentrationsfähigkeit, der Fähigkeit zum Lösen von komplexen Aufgaben sowie zur Reduktion der Merkfähigkeit. Eine häufige Folgeerscheinung ist auch das **Wernicke-Korsakow-Syndrom**, bei dem einerseits die körperliche Koordinationsfähigkeit beeinträchtigt ist, zum anderen auch

das Gedächtnis für kurz zurückliegende Ereignisse verlorengingeht.

Alkoholentzug führt in leichten Fällen zum wohlbekannten „Kater“, der aber in schweren Fällen von Kopfschmerzen, Schwindel, Zittern, Schlafstörungen, Depression, Erbrechen und Herz-Kreislauf-Störungen begleitet sein kann.

Das **Alkoholdelir** tritt bei etwa 10 bis 15% schwer alkoholkranker Personen meist nach plötzlichem Entzug auf. Es beginnt mit Zittern, Schwitzen, Halluzinationen und Schlaflosigkeit. Eine räumliche und zeitliche Desorientiertheit, optische und akustische Halluzinationen, starke psychomotorische Übererregung, Angst und Reizbarkeit machen das Delir zur unerträglichen Qual. Ein solcher Zustand kann unbehandelt 4 bis 10 Tage andauern. Generell betreffen diese gesundheitlichen und psychischen Schäden den einzelnen Alkoholiker sowie in den meisten Fällen auch seine Familie und die nähere Umgebung (► Kap. 8).

Immens sind nicht nur die finanziellen Schäden, die der Gesellschaft durch eine große Anzahl von Alkoholkranken entstehen (► Kap. 12).

„Kontrolliertes Trinken“

» Ein Gläschen in Ehren kann niemand verwehren. (Deutsche Redensart)

Für viele Menschen, die Probleme mit Alkohol haben, ist die Vorstellung, nie wieder Alkohol trinken zu dürfen, nur schwer zu ertragen. Fast jeder Dritte, der eine Suchttherapie beginnt, die Abstinenz zum Ziel hat, würde eigentlich lieber weniger als nie wieder trinken. Das ist der Hintergrund, auf dem sich seit einiger Zeit eine Diskussion um das kontrollierte Trinken abspielt. Über Sinn und Unsinn des kontrollierten Trinkens wird seit einigen Jahren in der Fachwelt von Praktikern, Wissenschaftlern und Selbsthilfegruppen heftig gestritten. Da seit vielen Jahrzehnten Abstinenz als der einzige Ausweg aus der Sucht galt (und in vielen Einrichtungen auch noch gilt), wurde es in Fachkreisen fast als Sakrileg angesehen, als der Psychologe Joachim Körkel Anfang der 90er Jahre das Konzept des Kontrollierten Trinkens in die deutsche Suchtdiskussion einbrachte. Er wurde (und wird) von vielen traditionell orientierten Sucht-Experten – wegen seiner Abkehr

vom Abstinenzgebot als Hauptziel der Suchttherapie – heftig angefeindet. Dabei ist die Idee nicht ganz neu. Schon in den 60er Jahren gab es ähnliche Konzepte in den USA und Australien.

Unter Kontrolliertem Trinken versteht Körkel ein Trainingsprogramm zur Konsumreduktion von Alkohol. Bei diesem Behandlungskonzept steht die **Selbstkontrolle des Verhaltens** im Umgang mit Alkohol im Vordergrund und nicht, wie bei den meisten Behandlungskonzepten in der Suchthilfe, die Abstinenz. Das Training zum kontrollierten Trinken wird sowohl im Einzel- wie auch im Gruppensetting durchgeführt. Es besteht aus einem 10-Schritte-Programm und stellt dafür eine konkrete Struktur mit unterschiedlichen Themen der Lebensgestaltung zur Verfügung. Statt ganz auf Alkohol zu verzichten, lernen die Teilnehmer in dem Trainingsprogramm den Konsum einzuschränken und mit Situationen umzugehen, die bisher zu Trinkexzessen geführt haben. „Kontrolliertes Trinken“ heißt also, den eigenen Alkoholkonsum nach einem zuvor festgelegten Trinkplan und nach bestimmten Regeln auszurichten.

Die Trainingsziele sind dabei offen und können vom Teilnehmer selbst bestimmt werden. Da es sich bei dem Training um einen verhaltenstherapeutischen Ansatz handelt, geht es um die Förderung der Selbstverantwortlichkeit des Klienten. Zur Unterstützung der Reflexionsfähigkeit und zur Selbstkontrolle werden von dem Teilnehmer personalisierte Manuale und Trinktagebücher eingesetzt, für die es im Training Vorlagen gibt. Mit deren Hilfe stellt jeder Teilnehmer seine eigenen Trinkregeln für sich selbst auf. Z. B.:

- Zu Hause trinke ich nie. Das soll ein sicherer Ort bleiben.
- Mindestens einen Tag in der Woche bleibe ich trocken
- Bei größeren Festen trinke ich mindestens einen Liter Wasser oder Apfelschorle bevor ich Alkohol zu mir nehme und begrenze meinen Alkoholkonsum auf maximal zwei Glas Bier
- Auf Geschäftsreisen ist die Minibar tabu oder ich trinke nur alkoholfreies Bier etc.

Die Grundfrage ist, wie viel Selbstkontrolle und Selbststeuerung kann jemand mit Alkoholproblemen aufbringen, um sich an die Regeln, die er selbst

aufgestellt hat, halten zu können? Und wann setzen Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, Dosissteigerung, etc. ein? Ab welchem Zeitpunkt lässt der Betreffende alle Zügel schießen und sagt: „Jetzt ist eh alles egal.“? Für manchen Alkoholkranken in den Frühstadien der Sucht, der noch genügend Selbstdisziplin aufbringen kann, mag es gehen, aber ganz sicher ist kontrolliertes Trinken nicht für jeden etwas.

Von dem meisten deutschen Suchtexperten wird das kontrollierte Trinken kritisiert. Es sei nicht klar für welche Patientengruppe das Behandlungskonzept überhaupt geeignet sein soll. Aus Langzeituntersuchungen wisst man, dass nur etwa 1,6% aller Patienten, die bereits einmal wegen ihrer Alkoholkrankheit behandelt wurden, zum stabilen und moderaten Alkoholkonsum ohne Alkoholexzesse zurückkehren könnten.

Der Fehler liege quasi schon im Konzept selbst: Es fordere vom Alkoholkranken ein hohes Maß an Selbstdisziplin, an Sorgfalt – bis hin zur Zwanghaftigkeit. So solle der Süchtige die Zeit, den Ort und die Umstände seines Trinkens vorher festlegen und rigide die Trinkmengen begrenzen. Unkontrolliertheit, Unberechenbarkeit, Unvorhersehbarkeit und chaotisches Verhalten gehören aber gerade zum Wesen des Alkoholismus. Wenn er sich so strukturieren könne, sei er nicht wirklich alkoholkrank. Deshalb meinen viele Suchtexperten: Es sei fahrlässig und gefährlich, wenn einem Alkoholkranken suggeriert werde, er könne langfristig kontrolliert trinken. Allerdings könnte das kontrollierte Trinken ein guter Ansatz für Menschen mit übermäßigen oder schädlichen Alkoholkonsum sein, die noch nicht als Alkoholabhängige gelten.

Letzten Endes ist das wohl – neben all den inhaltlichen Begründungen – auch ein **Glaubenskrieg**, der damit zu tun hat, was für einem Menschenbild, welcher Philosophie und welchem Krankheits- und Suchtbegriff man anhängt. Die Zukunft wird zeigen, welche Positionen sich durchsetzen werden.

Immerhin: 10 bis 30% aller Teilnehmer an Kursen zum kontrollierten Trinken beschließen während oder nach dem Training ganz abstinenz zu leben. Eine Entscheidung, die ihnen nicht durch Therapeuten oder Behandlungsinstitutionen auferlegt wurde, sondern die die einzelne Person selbst gefällt hat – was sicher zu einer stärkeren Motivation beiträgt.

Kurse zum kontrollierten Trinken werden regelmäßig in Deutschland, Österreich und der Schweiz angeboten. Und auch in einigen deutschsprachigen Suchtkliniken wird inzwischen mit diesem Konzept gearbeitet.

Seit kurzem scheinen unter deutschen Wissenschaftlern und Therapeuten einerseits die Vorbehalte und Zweifel am kontrollierten Trinken zu schwinden. Andererseits nimmt die Kritik an den derzeitigen traditionellen Behandlungsformen der Alkoholtherapie zu. Schließlich begeben sich nur ca. 8% aller Alkoholabhängigen überhaupt in Therapie. Nur ein nicht sehr großer Anteil profitiert langfristig von der üblichen Abstinenzbehandlung (ca. 50% Rückfälle nach 4 Jahren). In anderen Ländern – wie z. B. in Großbritannien oder den Niederlanden – gehöre die Konsumreduktion inzwischen zur Standardbehandlung in der Behandlung von Alkoholproblemen – so die Vertreter des kontrollierten Trinkens.

Link zu Prof. Körkels Initiative „kontrolliertes Trinken“: <http://www.kontrolliertes-trinken.de/> (abgerufen: 03.11.2015)

■ Weiterführende Literatur

- Körkel J (2013) Kontrolliertes Trinken: so reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum. Georg Thieme Verlag

Medikamente zur Behandlung von Alkoholismus: Baclofen, Selincro (Nalmefen)

» Verzicht auf Alkohol kann Leber rettend sein.
(Fritz P. Rinnhofer)

Immer wieder gibt es Phasen, in denen Wundermittel zur Suchtbehandlung in Mode kommen. Im Sommer 2014 hieß das Wundermittel in Deutschland „**Baclofen**“. Es handelt sich eigentlich um ein Mittel, das schon älter als 50 Jahre ist. Es wurde ursprünglich als Medikament zur Behandlung von Epilepsie entwickelt. Allerdings war die antiepileptische Wirksamkeit enttäuschend, der antispastische (den erhöhten Muskeltonus lösende) Effekt aber gut. D. h. man konnte es gut zur Relaxation, zur Entspannung, einsetzen. Richtig bekannt wurde das Medikament Baclofen im Bereich der Suchttherapie in Frankreich im Jahr 2009 durch ein Buch des Arztes Olivier

Ameisen, in dem dieser behauptete, seine Alkoholsucht durch Baclofen besiegt zu haben. Verschiedene Studien zeigten, dass Baclofen eine positive Wirkung bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit haben kann. Allerdings können bei einer Baclofen-Überdosierung folgende Symptome auftreten: Übelkeit, Erbrechen, Schwäche, Schwindel, verminderter Blutdruck (Hypotonie), verminderte Herzfrequenz (Bradycardie), etc.

Trotzdem sprach am 14. März 2014 die französische Behörde für Medikamentensicherheit ANSM eine zunächst auf drei Jahre beschränkte Empfehlung zur Anwendung von Baclofen für die Indikation Alkoholismus aus. In einem Baclofen-Internet-Forum schreibt eine Teilnehmerin: „Ich nehme Baclofen seit einem Monat mit wöchentlich langsam ansteigender Dosierung. Vorher trank ich etwa eine Flasche Wein und 10 Bier (0,33 Liter) täglich. Mein Alkoholkonsum hat sich inzwischen halbiert, ohne dass ich mich dazu gezwungen hätte.“ Wie glaubhaft solche Aussagen sind, ist schwer zu überprüfen.

In Deutschland gibt es derzeit (Stand: Herbst 2015) keine Zulassung zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Allerdings ist im geprüften Einzelfall eine Verschreibung („off label“) möglich.

Die Argumente der Baclofen-Gegner: Stationäre und ambulante psychotherapeutische Konzepte würden durch die Gabe von Baclofen unterminiert und es bestehe die Gefahr einer Ersatz(be)handlung und einer Gefährdung des Abstinenz-Ziels durch die Einnahme dieses Medikamentes.

Ein weiteres Medikament mit dem Handelsnamen „**Selincro**“ wurde von einer dänischen Firma erforscht und entwickelt. Der Wirkstoff Nalmefen ist ein Opiatderivat, das dafür sorgen soll, dass die Belohnungsreaktion des Gehirns auf Alkohol ausbleibt. Es soll den Betroffenen helfen, ihren Abstinenzvorsatz auch durchzuhalten und das Craving besser aushalten zu können. Damit Alkoholabhängige das Medikament verschrieben und von den Krankenkassen finanziert bekommen, müssen die Betroffenen (wie beim Antritt einer Therapie) bereit sein, vollständig auf Alkohol zu verzichten. Es werden also – um die Wartezeit auf einen Therapieplatz zu überbrücken – die Kosten für das Medikament für maximal drei Monate von den Krankenversicherungen übernommen. Allerdings darf Selincro nur von erfahrenen Suchtmedizinern verschrieben

werden. Trotzdem glaubt eine wachsende Anzahl von Menschen in ganz Europa, dass mit der Entdeckung von Medikamenten wie Baclofen und Selincro als Mittel zur Alkoholbehandlung ein neues Kapitel in der Geschichte der Suchttherapie aufgeschlagen worden sei. Solche Mittel mögen wirklich helfen die *körperliche Abhängigkeit* mit Craving („Suchtdruck“), Entzugserscheinungen und Dosissteigerung, besser handhaben zu können.

Eine Grundfrage bleibt dabei allerdings unbeantwortet: Gibt es für das zum größeren Teil psycho-soziale Problem Alkoholismus eine (ausschließlich) biochemische Lösung? Oder braucht es nicht eine generelle psychologische Einstellungs- und Haltungsänderung bezogen auf das Suchtmittel bzw. das süchtige Verhalten? Und trägt dazu langfristig bei, die Verantwortung dafür an ein Medikament abzugeben?

Die  **Tab. 5.1** „Habe ich Probleme mit Alkohol? – eine kleine Checkliste“ kann als Selbsttest verwendet werden.

5.2.2 Medikamentenabhängigkeit

» Ärzte geben Medikamente, von denen sie wenig wissen, in Menschenleiber, von denen sie noch weniger wissen, zur Behandlung von Krankheiten, von denen sie überhaupt nichts wissen. (Voltaire)

Für nahezu jedes körperliche und seelische Leiden verspricht die Pharmaindustrie heute ein helfendes Medikament. Bei Kopfschmerzen greift man zur Schmerztablette, bei Müdigkeit zu „Aufputschern“, bei Gereiztheit zum Beruhigungsmittel. Überge wicht wird mit Appetitzüglern bekämpft, Kinder mit Schulschwierigkeiten erhalten leistungs- und konzentrationssteigernde Mittel, gegen Prüfungsangst helfen Tranquillizer, etc. Biochemische Lösungen für psychosoziale Probleme und Stress: Der Griff zur Tablette ist für viele die einfachste und bequemste Lösung. „Runterschlucken und weitermachen wie bisher“, heißt die Parole – Weitermachen mit den Verhaltensweisen und Lebensstilen, die eigentlich verantwortlich sind für Schmerzen, Müdigkeit, Übergewicht, Nervosität, etc. Doch Vorsicht ist geboten! Vieles von dem, was da als schnelle

Hilfe kurzfristigen Erfolg verspricht, ist hochgradig suchterzeugend und bei ständigem Gebrauch eher gesundheitsschädlich als hilfreich. Ca. 1,9 Mio. Medikamentenabhängige gibt es nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) in der Bundesrepublik (Jahrbuch Sucht 2015). Betont sei hier, dass es sich um Schätzungen handelt. Die wirkliche Zahl der Arzneimittelabhängigen ist nicht bekannt. Das hängt damit zusammen, dass ein Großteil der Medikamentenabhängigen nicht in Therapie geht und man sie deshalb auch nicht statistisch erfassen kann. Hinzu kommt, dass es eine Vielzahl von Menschen gibt, die zwar keine hohen Dosen von Medikamenten, aber schon über lange Jahre psychotrope Arzneimittel zu sich nehmen („**low-dose-dependency**

Fall

Brigitte R.* ist 57 Jahre alt. Sie ist eine attraktive, modisch gekleidete, wenn auch stark geschminkte Frau, die von weitem jünger aussieht, als sie ist. Nur wenn man genau hinschaut, merkt man, dass Ihre Haut durchscheinend und wächsern wirkt. In ihrem tadellosen Verhalten macht sie einen etwas abgehobenen und manirierten Eindruck. Sie wird von Ihrem neuen Hausarzt zu uns ins Psychologische Forum geschickt und ihr Leidensdruck ist nur entfernt spürbar. Der ehemalige Hausarzt, bei dem sie seit vielen Jahren in Behandlung war, hatte vor einiger Zeit seine Praxis aus Altersgründen aufgegeben und ihr bedenkenlos seit fast genau so langer Zeit Beruhigungsmittel verschrieben. „Warum der neue Hausarzt mir die nicht weiter verschreiben will, verstehe ich nicht. Die haben mir immer geholfen und ich habe mich immer an das Rezept gehalten – außer, wenn es mir sehr schlecht ging. Und jetzt soll das alles falsch gewesen sein und er schickt mich zum Psychotherapeuten. Ich bin doch nicht verrückt“, sagt sie ziemlich aufgebracht.

Seit fast drei Jahren lebt sie von ihrem Ehemann getrennt, der Scheidungsprozess läuft derzeit. Und sie ist seit über 12 Jahren Chefsekretärin in einem

■ Tabelle 5.1 Habe ich Probleme mit Alkohol? – eine kleine Checkliste

	Ja	Nein
Ich trinke mehrmals in der Woche Alkohol.		
Ich trinke immer mal wieder mehrere Gläser (Bier, Wein, Schnaps) pro Tag.		
Ich habe kein alkoholisches Lieblingsgetränk (Bier, Wein, Sekt, Schnaps ...), sondern ich trinke alles, was mir in die Finger kommt und mich entspannt.		
Ich denke oft an Alkohol.		
Ich habe – mehr oder weniger täglich – ein starkes Verlangen Alkohol zu trinken, das erst verschwindet, wenn ich den ersten Schluck nehme.		
Wenn ich länger keinen Alkohol trinken kann, fühle ich mich körperlich und/oder psychisch unwohl.		
Wenn ich das erste Glas getrunken habe, habe ich oft den Wunsch weiter zu trinken – manchmal fällt es mir sehr schwer mit dem Trinken aufzuhören.		
Ganz ohne Alkohol zu leben, kann ich mir nicht vorstellen.		
Es gibt immer mal wieder Tage, an denen ich kurz nach dem Aufstehen mein erstes Glas (Alkohol) trinke.		
Ich kaufe mein(e) alkoholische(s) Lieblingsgetränk(e) oft auf Vorrat, damit ich immer was da habe.		
Oft trinke ich auch mal ein Gläschen, wenn ich allein bin oder mich einsam fühle.		
Ich vertrage heute sehr viel mehr Alkohol als früher.		
Es ist mehr als einmal vorgekommen, dass ich bis zur Bewusstlosigkeit getrunken habe.		
Manchmal kann ich mich nach einem Rausch an nichts mehr erinnern.		
Ich merke in letzter Zeit immer mal wieder, dass meine Hände zittern.		
Obwohl mir klar ist, dass das Trinken mir und meiner Gesundheit schadet, trinke ich weiter.		
Ich habe manchmal ein schlechtes Gewissen wegen meines Trinkens und müsste eigentlich aufhören.		
Meine Alkoholverträglichkeit hat sich in der letzten Zeit vermindert.		
Ich habe schon mehrmals ernsthaft versucht mit dem Trinken aufzuhören, aber immer wieder angefangen.		
Mitunter benutze ich Ausreden wegen meines Trinkverhaltens.		
Ich habe einen Freundeskreis, bei dem es üblich ist, dass viel getrunken wird.		
Ich hatte bereits Probleme am Arbeitsplatz wegen meines Alkoholkonsums.		
Ich habe schon mal wegen Alkohol den Führerschein verloren.		
Manchmal haben mir Familienangehörige, Freunde, Arbeitskollegen, o. ä. empfohlen meinen Alkohol zu reduzieren oder mir fachliche Hilfe zu holen.		
Je mehr Fragen Sie mit Ja beantworten, umso eher haben Sie ein Problem mit dem Alkohol.		

mittelständischen Unternehmen der Bauindustrie. Dort hat sie unlängst einen neuen Vorgesetzten bekommen, mit dem sie auch nur sehr schwer klar kommt. „Er will alles ganz anders machen, als der alte Chef. Und er hat irgendwie keine Ahnung, wie

das bei uns so läuft. Ich bin ihm ein Dorn im Auge, weil ich einfach vieles in der Firma besser weiß als er. Die meisten der fast 100 Mitarbeiter kenne ich schon viele Jahre. Ich weiß, wer welche Beziehungen zu wem hat, kenne die Klüngel und weiß, wer

mit wem überhaupt nicht kann. Aber das will der Neue einfach nicht hören.“

So hat die Patientin das Gefühl mehrere wichtige Bereiche ihres Lebens ändern sich radikal und sie würde gerne ihr Leben so weiter führen wie bisher. „Es ist wie die Vertreibung aus dem Paradies – und dann nimmt mir der Doktor auch noch die Medikamente weg.“

*Name und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren

Nach dem Jahrbuch Sucht 2015 waren Ende 2013 auf dem deutschen Markt 61.104 verschiedene Arzneimittel in diversen Packungsgrößen „verkehrsfähig“, d. h. sie wurden in der Bundesrepublik angeboten und vertrieben. Das summierte sich schon im Jahr 2012 auf fast 1,5 Mrd. verkaufte Arzneimittelpackungen in Deutschland (also mehr als 18 Packungen pro Bundesbürger und Jahr – wohl gemerkt im Durchschnitt). Mehr als ein Drittel (38%) der in Apotheken verkauften Medikamente werden allerdings nicht vom Arzt verordnet, sondern die „verordnet“ sich der Patient selbst. Da sind noch nicht einmal all die Pülverchen, Wässerchen, Vitaminpillchen, Stärkungsmittel und Mineralstoffe dabei, die man in Drogerien und Supermärkten einfach so kaufen kann. Alles zusammen sind das nämlich insgesamt 27.391 verschiedene frei verkäufliche Mittel. Man nennt das Ganze lapidar „**Selbstmedikation**“.

Allerdings werden die meisten legalen Medikamente, die zu Suchtmitteln werden können, vom Arzt verordnet. Ungefähr 4–5% aller häufig verordneten Medikamente haben ein eigenes Missbrauchs- und Suchtpotenzial. Weil sie auf die Psyche wirken nennt man sie „**psychotrop**“.

Diese psychotropen Arzneimittel (Schlaf- und Beruhigungsmedikamente, Schmerzmittel, Aufputscher ...) sind fast alle rezeptpflichtig. Dabei gehen manche Mediziner anscheinend mitunter recht unbedarf und großzügig mit der Verschreibung von Tranquillizern, Barbituraten und Psychostimulanzien um. Das Schwierige ist, dass der Übergang zwischen Gebrauch, Missbrauch und Sucht oft fließend ist und deshalb besonders schwer zu erkennen – auch und gerade für Ärzte, die oft im Stress ihres Praxisalltags allzu schnell den Rezeptblock zücken. Deswegen heißt es im Jahrbuch Sucht 2014: „Ein großer Anteil –

schätzungsweise ein Drittel bis die Hälfte – dieser Mittel werden nicht wegen akuter medizinischer Probleme, sondern langfristig zur Suchterhaltung und zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet.“ (S. 26). Denn eigentlich sollte die Anwendung und Empfehlung von psychotropen Medikamenten der **4 K-Regel** folgen:

- Klare Indikation,
- kleinste notwendige Dosis,
- kurze Anwendung,
- kein abruptes Absetzen.

Studien zeigen jedoch, dass dies oft nicht geschieht. Danach könnte also von einer von Ärzten verordneten „**Sucht auf Rezept**“ gesprochen werden. Bezogen auf das Suchtpotenzial sind dabei vor allem die oben genannten psychotropen Medikamente von Bedeutung. Nach den Ergebnissen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) haben 16,6% der Männer und 25,7% der Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren in den letzten sieben Tagen vor der Untersuchung psychotrope Medikamente eingenommen. Der Einsatz dieser Arzneimittel nimmt mit dem Alter zu – allerdings bei Frauen mehr als bei Männern. Aber selbst Schulkinder werden von ihren Eltern Medikamente gegeben (nicht immer nur vom Arzt verordnete), um ihre Schulangst und die damit oft verbundenen Kopf- und Bauchschmerzen zu lindern. Junge Mädchen nutzen gar nicht selten Schmerzmittel, um ihre Regelschmerzen zu reduzieren. Gar nicht zu reden von der Diskussion um ADHS (Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitäts-Syndrom) und der unsäglichen Verschreibung von Ritalin (Methylphenidat), das sowohl für Kinder verschrieben, wie auch als Leistungs- und Konzentrationssteigerungsdroge von Studenten und Karrieristen missbraucht wird.

Medikamentenabhängigkeit entsteht häufig schlechend. Immer mehr Menschen glauben den Anforderungen des Alltags nicht mehr gewachsen zu sein und gehen zum Arzt. Der Arzt verschreibt gegen Ängste, Depressionen, Schlafstörungen, Stress, etc. Medikamente, die auch kurzfristig helfen, anstatt sich mit den wirklichen – oft psychischen oder psycho-sozialen – Ursachen zu beschäftigen. Wenn man die Tabletten über längere Zeit nimmt, lässt oft zum einen die Wirkung nach (weswegen dann vielleicht die Dosis gesteigert wird), aber man gewöhnt sich durch die ständige Einnahme auch an diese

Art der Problemlösung: Chemie statt ernsthafte Auseinandersetzung.

Es sind allerdings nicht immer nur die bösen Ärzte, die diese Suchtmacher verschreiben: Viele Menschen besorgen sich heute rezeptfreie Beruhigungs- oder Schlafmittel in der Apotheke oder im Internet und gehen davon aus, dass diese Mittel ungefährlich seien. Mitnichten ist das tatsächlich so. Selbst frei verkäufliche „Gesundheitstropfen“, Baldrian, Johanniskraut-Tabletten, Appetitzügler oder codeinhaltiger Hustensaft, können bei längerem Gebrauch psychisch und körperlich schaden oder gar in die Abhängigkeit führen. Und das ist dann eventuell der Einstieg – über den Medikamentenmissbrauch zur Medikamentenabhängigkeit.

Besonders gefährdet ist der Konsument dann, wenn die aktuelle Krise, die zur Einnahme von Psycho-Pillen geführt hat, in Zusammenhang steht mit einschneidenden biographischen Lebensereignissen, sogenannten „*life events*“. Dazu zählen gravierende Erfahrungen, wie eigene schwere Krankheiten, Arbeitslosigkeit, Trennung/Scheidung oder Tod eines Partners. Es kann sich aber auch um die zu jedem Leben gehörenden **Wachstumskrisen** handeln, die wir alle irgendwie bewältigen müssen: Von den Pubertätsturbulenzen und den Themen im frühen Erwachsenenalter (Berufs- und Partnerfindung, Familiengründung) über die etwas aus der Mode geratene „midlife-crisis“ und die Wechseljahre bis hin zum viel beschworenen „Rentenschok“.

Hinzu kommen (bei dem einen oder anderen) genetische oder konstitutionelle Faktoren und die **Vorbildfunktion**, die man im Elternhaus mitbekommen hat, wie die Eltern also mit Konflikten umgegangen sind. Wenn die Mutter in schwierigen Situationen schnell zur „medikamentösen rosa Brille“ und der Vater zum Bier gegriffen hat, muss man sich nicht wundern, wenn das Kind sich am Suchtverhalten der Eltern (mehr oder weniger bewusst) orientiert und später dann seine eigene Sucht entwickelt.

Folgende **Gefahren** können bei der Einnahme von psychotropen Medikamenten auftreten:

- Psychotrope Medikamente heilen keine Krankheiten. Sie beseitigen nur die Symptome, aber nicht die wirklichen Ursachen der Beschwerden. Da durch die Einnahme der Medikamente keine Probleme gelöst werden, bemerkt man die ursächlichen Gefühle (wie

Angst, Trauer, Schmerz) und die dadurch ausgelösten körperlichen Symptome nicht mehr. Es ist so, als würde man Lack über eine verrostete Stelle sprühen. Oberflächlich sieht es kurzfristig gut aus, darunter rostet es aber weiter.

- Da es für psycho-soziale Probleme keine biochemische Lösung gibt, tauchen beim Absetzen der Medikamente deshalb genau die Symptome (mitunter verstärkt) wieder auf, zu deren Behandlung sie ursprünglich eingenommen wurden: Z. B. Unruhe und Spannungsgefühle mit Herzrasen, Schweißausbrüchen und Zittern beim Absetzen von Beruhigungsmitteln, verstärkte Kopfschmerzen nach Absetzen der Kopfschmerztabletten, etc. Hinzu kommt, dass Beruhigungs- und Schlafmittel eine sehr lange Wirkzeit haben. Ein spät am Abend eingenommenes Schlafmittel kann also dazu führen, dass man am nächsten Morgen – weil die Reaktionsbereitschaft reduziert ist – „dusselig“ zur Arbeit fährt, wodurch die Unfall- und Fehleregefahr steigt.
- Die kontinuierliche Einnahme von Medikamenten kann langfristig zu schweren körperlichen Schäden (Magen-Darm- und Durchblutungsstörungen, Herz-Kreislauf- und Nierenproblemen, etc.) führen.
- Vor allem bei älteren Menschen besteht bei der längeren Einnahme von Beruhigungs- und Schlafmitteln die Gefahr einer Zunahme von Gleichgültigkeit und Interesselosigkeit und gesteigerte Unfall- oder Sturzgefahr.

Von Medikamenten**missbrauch** spricht man, wenn Arzneimittel ohne erkennbare medizinische Beschwerden hauptsächlich zur Beeinflussung des eigenen Wohlbefindens eingesetzt werden. Aber das ist meist nur der erste Schritt: Der wiederkehrende Missbrauch führt dann nicht selten in die Abhängigkeit. Folgende Indikatoren geben Hinweise auf eine **Medikamentenabhängigkeit**:

- **Langjährige Einnahme** („low-dose-dependency“) und/oder **Dosissteigerung**: Es ist eine Gewöhnung an das Präparat entstanden. Das Arzneimittel wird bei der Medikamentensucht längere Zeit oder in größeren Mengen eingenommen als vom Arzt verordnet;

- **Psychische Indikatoren:** Stimmungsschwankungen, paradoxe Reaktionen, Depressionen und Ängste, Interessenlosigkeit und Gefühlsverflachung, Rückzug, Schläfrigkeit, Persönlichkeitsveränderungen;
- **Körperliche Indikatoren:** Organschäden (Magenerkrankungen, Leberschädigungen, Dauerkopfschmerzen, Atemlähmungen, Nierenversagen), Gleichgewichts- und Bewegungsstörungen, Stürze, Konzentrations- und Sprachprobleme;
- **Erweiterung der Indikation:** Die Präparate werden von Medikamentenabhängigen nicht nur für die vom Arzt verordnete Symptomatik benutzt, sondern für diverse Missstimmungen eingesetzt (Schlafmittel tagsüber als Beruhigungsmittel, etc.);
- **Hohe emotionale Besetzung des Medikamentes:** Heftige Verunsicherung, wenn das Medikament nicht greifbar ist. Angst, dass der Arzt das Medikament nicht mehr verschreibt. Karenz/Abstinenz scheint unmöglich. Deshalb legen sich nicht selten Medikamentenabhängige ein Reservelager an und haben vorsorglich ihr Mittel immer dabei. Hinzu kommt der eventuelle Arztwechsel, wenn der Arzt das Medikament nicht (mehr) verschreibt;
- **Heimlichkeit:** Verleugnung und/oder Verniedlichung der Medikamenteneinnahme anderen gegenüber – auch gegenüber Ärzten. Medikamentenabhängige lassen sich nicht selten ihr Suchtmittel von verschiedenen Ärzten verschreiben und/oder holen die Medikamente in verschiedenen Apotheken. Banalisierung und „Schleiertänze“ zur Erklärung von körperlich feststellbaren Verletzungen (Blutergüsse, Brandwunden, Stürze, Frakturen), die im Dämmerzustand der Sucht passiert sind, sind ebenfalls nicht unüblich.

Dabei ist Medikamentenabhängigkeit nicht gleich Medikamentenabhängigkeit. Wenn man von Medikamentenabhängigkeit spricht, meint man vor allem Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, von Schmerzmitteln und Psychostimulanzien. Aber auch der Missbrauch von Antidepressiva und Neuroleptika fällt darunter. Weitere Informationen dazu finden Sie unter folgendem

Link: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_5_Medikamente.pdf (abgerufen: 04.11.2015)

Schmerzmittel

- » Kopfweh: häufigster vorkommender Phantom-Schmerz. (Andreas Egert)

Schmerzmittel (Analgetika) sind der „Renner“ auf dem bundesdeutschen Arzneimittelmarkt. Etwa 144 Mio. Packungen Schmerzmittel wurden schon 2013 verkauft (Jahrbuch Sucht 2015). Unter den 20 meistverkauften Arzneimitteln in Deutschland sind 10 Schmerzmittel – von Paracetamol über Ibuprofen und Naproxen bis hin zu ASS reicht die Palette der Wirkstoffe, die alle eine (z. T. nur leicht) unterschiedliche Wirkung haben.

Fast jedes zehnte verkaufte Medikament ist ein Schmerzmittel. Dies liegt vor allem daran, dass viele Schmerzmittel zur Selbstmedikation rezeptfrei in der Apotheke erhältlich sind. Von den o. g. verkauften Schmerzmittelpackungen wandern mehr als $\frac{3}{4}$ (105 Mio.) ohne Rezept über die Apothekertheke oder werden einfach so (d. h. ohne ärztliche Kontrolle) im Internet verkauft.

Es gibt eine Vielzahl verschiedener Schmerzmittel mit unterschiedlichen Wirkstoffen. Man kann sie unterscheiden nach der chemischen Zusammensetzung, danach wo das Mittel wirkt (dem **Wirkungsort**), der **Wirkungsdauer** und der **Wirkungsstärke**. Gemeinsam ist ihnen, dass die Schmerzen chemisch unterdrückt werden, sie also schmerzstillend wirken. Je nach Medikament wird bereits die Weiterleitung des Schmerzimpulses an das Gehirn gehemmt (peripher wirkend) oder aber es wird die Verarbeitung im Gehirn direkt blockiert (zentral wirksam).

Nicht alle Schmerzmittel machen direkt abhängig. Da aber viele Schmerzmittel Wirkstoffe wie Codein enthalten, die in die Sucht führen können, zeigen sich fatale Folgen. Bei regelmäßiger Einnahme solcher Medikamente über einen längeren Zeitraum hinweg, kommt es nach Absetzen des Mittels zu Entzugserscheinungen (► Abschn. 4.3), die sich in verlangsamter Reaktionsfähigkeit, Übelkeit und starken Kopfschmerzen äußern und dann wiederum mit Schmerzmitteln bekämpft werden.

Viele Schmerzmittel haben **Nebenwirkungen**. Sie greifen z. B. Magen und Darm oder die Leber an. Es kann zu Übelkeit und Durchfall und – bei langerer Einnahme – zu Magenblutungen sowie Magenschwüren kommen. Auch Herzprobleme, Schwindel und Kopfschmerzen können auftreten. So kommt es im schlimmsten Fall zu den sog. „medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzen“. D. h. man nimmt ein Schmerzmittel, um damit akute Schmerzen zu behandeln und handelt sich bei längerem Gebrauch damit chronisch gewordene Kopfschmerzen ein.

Besonders fatal ist der Konsum von **Kombinationspräparaten**, denen häufig Koffein zugesetzt ist, sodass sie eine belebende Wirkung haben. Dann werden sie mitunter nicht nur wegen der Schmerzen genommen, sondern auch um dieser aktivierenden Wirkung willen.

Häufig ist die regelmäßige Einnahme der Medikamente mit einer Dosissteigerung verbunden (► [Abschn. 4.5](#)). Schmerzen sind oft die Folgeerscheinung von organisch, psychosomatisch oder psychisch bedingten Störungen und Krankheiten. Nur die Schmerzen zu beseitigen heißt, die Ursache nicht zu behandeln:

» Kopfschmerzen sind schließlich kein Aspirinmangelsyndrom.

Regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln und das Verdrängen des Schmerzimpulses kann nur dann sinnvoll sein, wo die Krankheitsursachen als chronisch oder nicht behandelbar erkannt wurden. Ansonsten führt der schnelle Griff zur Pille leicht in die Abhängigkeit.

Aufputschmittel und Appetitzügler

» High am Arbeitsplatz. (Redensart)

Kennzeichnend für unsere Leistungsgesellschaft, mit ihrer rasenden Geschwindigkeit, dem ständigen Fortschritt und steigender Technisierung ist die häufige Einnahme von Aufputschmitteln und Stimulanzien. „Schneller, besser, mehr“, lautet das Motto, dem die meisten Menschen nicht gewachsen sind. Deshalb erhalten sich viele ihre Leistungsfähigkeit durch jahrelange Einnahme von Amphetaminen und Weckaminen. Gerade Berufsgruppen, die besonders

starkem Stress ausgesetzt sind (z. B. Börsenmakler, Journalisten, Werbefachleute), greifen immer wieder zu den künstlichen „Muntermachern“. – Aber nicht nur in diesen Jobs werden Amphetamine missbraucht. Denn sie machen kurzfristig fit, halten wach, bauen Hemmungen und Ängste ab und führen zu erhöhter Leistungsfähigkeit. Allerdings gilt dies immer nur für den Moment, die jahrelange Einnahme solcher Mittel zehrt den Körper aus. Natürliche Alarmzeichen des Körpers wie Müdigkeit und Erschöpfung werden künstlich unterdrückt. So kann es zum Kollaps, zu massiven Ängsten und Depressionen oder auch zu Wahnvorstellungen kommen: Mitunter bekommen Aufputschmittelabhängige einen regelrechten Verfolgungswahn und laufen Amok. Denn manche dieser Aufputschmittel bewegen sich in der Grauzone zwischen Legalität und Illegalität (mehr dazu ► [Abschn. 5.1.5](#), Methamphetamine, „Crystal Meth“). Es handelt sich dabei nämlich auch um Drogen, die die Aktivität der Nerven erhöhen und somit eine anregende Wirkung auf den Organismus haben: Der Blutdruck steigt und die Herzfrequenz erhöht sich. Es gibt eine Vielzahl verschiedener Wirkstoffe, die verschiedene Wirkungen entfalten können. Zu diesen Stimulanzien gehören Substanzen wie Amphetamine, Ephedrin, Koffein, Nikotin und Methylphenidat.

So wird z. B. auch zur Behandlung von **ADHS** (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) bei Kindern die Amphetamine-ähnliche Substanz Methylphenidat eingesetzt. Medikamentennamen dafür sind „Ritalin“, „Medikinet“ und „Concerta“. Inzwischen werden diese auch von Erwachsenen missbraucht. Es soll inzwischen mehrere Fälle geben, in denen die Tabletten zermahlen und geschnupft wurden. Deswegen laufen sie in der Szene auch unter den Szenenamen „Kinder-Kokain“ oder „Kiddie-Coke“. Da Methylphenidat den Appetit hemmt und oft Pulsfrequenz und Blutdruck erhöht, wird es auch mitunter zur Aktivierung und/oder als Schlankheitsmittel missbraucht – nicht zu vergessen die konzentrationssteigernde Wirkung, die vor allem von Studenten in Prüfungssituationen geschätzt wird.

Die wichtigste Substanz, die in den meisten Aufputschmitteln enthalten ist, ist das Amphetamine. Amphetamine sind auch unter dem Namen „Speed“ oder als Weckamin bekannt. In den 30er

Jahren wurde ihre Wirkung gegen Müdigkeit entdeckt und im Zweiten Weltkrieg als Muntermacher für die Soldaten eingesetzt. Heute sind sie eher als das von Sportlern häufig missbrauchte „Dope“ bekannt. Bis vor kurzer Zeit waren die Amphetamine auch noch als „Appetitzügler“ oder „Potenzstabilisator“ in Apotheken frei verkäuflich. Inzwischen werden diese Medikamente und Pülverchen in vielfältigen Variationen auch in illegalen Labors hergestellt und auf dem Schwarzmarkt gehandelt (► [Abschn. 5.1.5](#), „Ecstasy“/MDA/ MDMA).

Diese Weckamine werden meist geschluckt, seltener gespritzt oder geschnupft und verschaffen auf diese Weise ein Gefühl der Schmerzfreiheit, gesteigerter Körpersensibilität, besserer Konzentration und lustvoller Empfindungen. Sie aktivieren das zentrale Nervensystem und setzen im Gehirn die Botenstoffe **Dopamin** und **Noradrenalin** frei. Schon geringe Dosen Amphetamin machen euphorisch. Ein angenehmes Gefühl entspannter Aufmerksamkeit und Stärke entsteht und Grundbedürfnisse wie Hunger, Durst und Schlaf werden nicht mehr wahrgenommen.

Amphetamine werden in der Medizin eingesetzt, um etwa Erkrankungen der Lunge, wie Asthma oder das Aufmerksamkeits-Defizits-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) zu behandeln. Allerdings werden Stimulanzien auch sehr oft zur Leistungssteigerung missbraucht – egal ob am Arbeitsplatz oder in der Disco. Nicht zu übersehen ist die deutlich gesundheitsschädliche Wirkung der Amphetamine: Herzrasen, Schlafstörungen, Selbstüberschätzung. Bei regelmäßigerem Missbrauch können sich Ängste, Verfolgungswahn und Verwirrtheit einstellen. Zu den Nebenwirkungen können auch unvermittelte Aggressionen, Gewaltausbrüche gehören, bei denen starke Halluzinationen auftreten können („Amphetaminepsychosen“). Außerdem können Kreislaufversagen, Krampfanfälligkeit und andere schwere körperliche Folgen bei starkem Missbrauch der Substanz nicht ausgeschlossen werden. Bei langjährigem Missbrauch kann das durch Wechselwirkungen mit anderen Wirkstoffen sogar zum Tod führen. Zu einer körperlichen Abhängigkeit kommt es zwar nur in seltenen Fällen, allerdings ist die psychische Abhängigkeit massiv. Bei Versuchen von den Amphetaminen loszukommen und die Substanz abzusetzen, muss mit Schlaflosigkeit, Unruhe,

heftigen Stimmungsschwankungen, Angststörungen und Depressionen gerechnet werden.

Seit man die gesundheitsschädliche Wirkung der Aufputschmittel erkannt hat, werden immer mehr von ihnen rezeptpflichtig. Deshalb greifen inzwischen viele Menschen zu frei verkäuflichen Asthama-mitteln, die ebenfalls Stimulanzien enthalten oder holen sich ihre Muntermacher in der illegalen Drogenszene eventuell auch aus dem Internet.

■ Appetitzügler

Während reine Aufputschmittel eher „Männerdrogen“ sind und damit die Norm der männlichen Leistungsfähigkeit in unserer Gesellschaft deutlich machen, gilt für Frauen nach wie vor das Schönheitsideal, das insbesondere mit einem schlanken Körper verknüpft ist.

Es klingt zu schön, um wahr zu sein: Einfach ein paar Pillen einwerfen, schon versiegt der Hunger und die Pfunde purzeln. Wenn es denn so einfach wäre. Zwar blockieren (vor allem die rezeptpflichtigen) Appetitzügler das Hungerzentrum im Zwischenhirn, mitunter machen sie euphorisch und steigern den Energieverbrauch, aber die Behandlung ist nicht ungefährlich: So ein massiver Eingriff in die Körperchemie sollte nur für kurze Zeit und unter ärztlicher Kontrolle geschehen.

Appetitzügler werden hier unter der Kategorie Aufputschmittel subsumiert, da sie ein eher zufällig entdecktes Nebenprodukt der Amphetamine sind. Denn während Amphetamin im Zweiten Weltkrieg unter den Soldaten als Aufputschmittel eingesetzt wurde, erkannte man, dass dieses Mittel gleichzeitig den Hunger dämpft. So wurden daraus die Appetitzügler entwickelt. In den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts führte der Terror des Schlankheitsideales zu einem regelrechten Verkaufsboom von Appetitzüglern, der bis heute anhält. Obwohl eine ganze Reihe dieser Medikamente inzwischen vom Markt genommen wurden, werden immer wieder neue entwickelt. Appetitzügler sollen i. d. R. nicht länger als 14 Tage hintereinander eingenommen werden. Doch das immer wieder ansteigende Gewicht verführt Frauen dazu, Medikamente dieser Art über Jahre hinweg zu konsumieren. Viele Appetitzügler zwingen zur Dosissteigerung, da der Körper sie in immer größeren Mengen toleriert (► [Abschn. 4.5](#)). Doch vor allem machen sie psychisch

abhängig, verursacht durch den Wunsch nach anhaltender Gewichtsreduzierung. Nicht selten ist die Einnahme von Appetitzüglern auch an Essstörungen wie Anorexie und Bulimie (► [Abschn. 6.3](#)) geknüpft.

Man kann künstliche Appetitzügl er grundsätzlich in 2 Gruppen einteilen (die natürlichen Appetitzügl er lassen wir hier draußen vor):

1. **Rezeptfreie Appetitzügl er:** Sie sind wegen ihrer weniger starken Wirkungsweise frei auf dem Markt erhältlich.
2. **Rezeptpflichtige Appetitzügl er:** Diese sind rezeptpflichtig, weil nach der Einnahme mitunter heftige und unerwünschte Nebenwirkungen auftreten können. Sie wirken hemmend auf das Hungerzentrum im Zwischenhirn, beeinflussen jedoch oftmals noch andere Bereiche des Gehirns und lösen so unter Umständen massive negative Stimmungsveränderungen aus. Diese Appetitzügl er sind nur über ein ärztliches Rezept erhältlich. Ein seriöser Arzt wird sie nur verordnen, wenn die Patientin/der Patient tatsächlich stark übergewichtig ist oder an Adipositas leidet. Generell sind Appetitzügl er für Personen, die an einer der beiden anderen Essstörungen (Anorexie oder Bulimie) leiden, gänzlich unangemessen und schädlich.

Die bekanntesten **rezeptpflichtigen** Appetitzügl er heißen Xenical, Bontril, Adipex, Meridia. Der Eingriff dieser Medikamente in den Körper ist massiv – weshalb sie auch rezeptpflichtig sind.

Zu den **rezeptfreien** Appetitzügl er zählen vor allem: BioNorm, CM3, Cefamadar, Elian, Reductil, Redumax, Gracia Novo S, Slim Tec, Formoline, Matricur, Vencipon, etc. Hier sind die Eingriffe in den Organismus weniger dramatisch. Manchmal haben sie wenig oder auch gar keine Wirkung und sind reine Geldmache. Ob es sinnvoll ist, solche Mittel zur Unterstützung einer Diät zu verwenden und die bei einigen (auch bei rezeptfreien) Mitteln auftretenden Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen, ist eine Entscheidung, die jede/jeder selbst treffen muss. Ob rezeptpflichtig oder nicht, die gesundheitlichen Schäden können massiv sein. Als Nebenwirkungen sind unter anderem Schlafstörungen, Veränderungen der psychischen Verfassung oder auch unangenehme Schweißausbrüche bekannt. Die weiteren

Gesundheitsschäden reichen von Herzrhythmusstörungen über Nervosität bis zu Kopfschmerz und Brechreiz. Im Extrem gehen sie bis zu Kollapsneigung, paranoiden Reaktionen und Veränderungen der Persönlichkeit.

Eine Abhängige schildert ihre Symptome:

Fall

Ich baute körperlich immer mehr ab. Die Darmkrämpfe wurden immer schlimmer. Ich hatte schreckliche Kältegefühle, richtige Kälteschauer, und zitterte am ganzen Körper. Und dauernde Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen und Schwindelanfälle. Mit dem Kreislauf war ich am Ende ...

Die Pharmaindustrie macht kein schlechtes Geschäft mit dem Schönheitsideal, das Frauen und Männern vermittelt wird. In den USA und in Europa wird die Zahl der Schlankheitsmittelkonsumenten zusammen auf 50 Mio. geschätzt. Weltweit sollen jährlich 10 Mrd. Euro für Schlankheitspillen ausgegeben werden.

Einige – auch der verschreibungspflichtigen – Appetitzügl er sind illegal über das Internet zu bestellen, wobei man nie sicher sein kann, ob es sich hier um Fälschungen handelt, die krank machen können. Vor allem vor diesen dubiosen Pillen aus dem Internet sei hier ausdrücklich gewarnt.

Abführmittel

» Es ist besser Probleme zu haben, als eine schlechte Lösung. (Ignacio Ellacuria)

Laxantien (Abführmittel) passen wie kaum ein anderes Medikament in die Konsumgesellschaft unserer Zeit: Mag es ein reichhaltiges Essen sein oder unsere Probleme – wir stopfen in uns hinein, schlucken hinunter und können doch nicht richtig verdauen. Typischerweise (► [Abschn. 6.3](#), Esssucht) greifen auch zu den Laxantien wesentlich mehr Frauen als Männer. Ärzte diagnostizieren bei Frauen etwa doppelt so häufig Darmstörungen wie bei Männern. Ärztlich verordnet und seriös angewandt handelt es sich bei Abführmitteln um Arzneien, die die Stuhlentleerung beschleunigen und gegen Verstopfung eingesetzt werden.

Dabei sind die Gründe für den täglichen Griff zum Abführmittel heute vielschichtig. Denn gar nicht

selten werden heute Laxantien nicht im engeren therapeutischen Sinn angewandt: Neben der Hoffnung, dass eine schnelle Verdauung auch zur ersehnten schlanken Figur führt, tragen eine falsche Ernährung und Bewegungsmangel ebenfalls zu Verdauungsproblemen bei. Und auch Probleme, die „auf den Magen schlagen“, werden versucht durch Abführmittel leicht verdaulich zu machen. Das „künstliche Abführen“ von schwer Verdaulichem ist sicher eine der schlechtesten Lösungen.

Doch Abführmittel sind ebenso wie Appetitzüger keinesfalls für den täglichen Gebrauch bestimmt. Selbst die als „pflanzlich“ und „schonend“ angepriesenen Mittel sind auf Dauer schwer gesundheitsschädlich. Die natürliche Darmflora wird geschädigt, es kommt zu erheblichem Flüssigkeits- und Salzverlust und zu Störungen im Elektrolythaushalt. Durch die vermehrte Wasserausscheidung kann es zu Kaliumverlust kommen, der zu Muskelschwäche, niedrigem Blutdruck, einer erhöhten Herzfrequenz und zur Darmträgheit führt. Dieser nun soll durch die erneute Einnahme von Laxantien begegnet werden. Dadurch kann es zu einer enormen psychischen Abhängigkeit kommen. Eine Betroffene berichtet:

Fall

Die Tablettenabhängigkeit hatte eine Eigendynamik entwickelt. Das Leben war darauf abgestellt. Es drehte sich alles um Essen und Tabletten. Ich konnte überhaupt nicht mehr aus dem Haus gehen, ohne mir vorher zu überlegen, wo überall Toiletten waren ... Ich habe mich dann eineinhalb Jahre zu Hause verkrochen. Ich konnte nicht arbeiten, nicht studieren. Das Essproblem und die Tablettensucht haben den ganzen Raum eingenommen. Wenn ich versucht habe die Tabletten abzusetzen, kam der Heißhunger. Ich habe riesige Mengen von Süßigkeiten verschlungen, mehrere Tafeln Schokolade, Keks-Packungen und haufenweise belegte Käsebrote in mich hineingeschoben. Dann habe ich wieder zu den Tabletten gegriffen.

Psychopharmaka

» Sucht auf Rezept. (Anonym)

Unter Psychopharmaka versteht man Arzneimittel, die auf das zentrale und/ oder vegetative

Nervensystem Einfluss nehmen und das psychische Befinden verändern, also Wahrnehmungs-, Gefühls- und Verhaltensänderungen bewirken. Der Terminus „Psychopharmaka“ wird als Überbegriff für **psychoaktive** (unspezifisch wirksame) und **psychotrope** (spezifisch wirksame) Substanzen verwendet. Er wird z. T. von verschiedenen Experten unterschiedlich benutzt. Psychopharmaka werden ihrer Wirkungsweise entsprechend in verschiedene Gruppen eingeteilt. Man unterscheidet heute vor allem:

- Beruhigungsmittel (Tranquillizer)
- Schlafmittel (Hypnotika/Sedativa)
- Antidepressiva
- Neuroleptika
- Sonstige

Im Unterschied zu den bisher beschriebenen Medikamenten sind Arzneimittel aus diesen Gruppen **stets verschreibungspflichtig**. Ca. jede 12. geschluckte Pille ist gegen psychische Beschwerden. Im Durchschnitt werden jedem Bundesdeutschen jährlich eineinhalb Packungen Psychopharmaka verordnet. Die vom Arzt am häufigsten verordneten Psychopharmaka sind Tranquillizer. Sie werden hauptsächlich zur Dämpfung von Angst- und Spannungszuständen eingesetzt und führen bereits nach kurzer Zeit (ab 3–4 Wochen) der Einnahme zu einer körperlichen Abhängigkeit.

Stark im Ansteigen ist die Abhängigkeit von Schlafmitteln – vor allem der „Z-Drugs“ (s. u.). In den letzten Jahren werden auch zunehmend und immer leichtfertiger Antidepressiva, Neuroleptika (die erhebliche Nebenwirkungen wie Bewegungsstörungen, Mundkrämpfe, Zittern haben) und pflanzliche Therapeutika auch bei geringen Beschwerden verschrieben.

Beruhigungsmittel (Tranquillizer)

» Rosa Brillen für den Alltag. (Redensart)

Die meisten heute gebräuchlichen Tranquillizer enthalten den Wirkstoff Benzodiazepin, der vor etwa 50 Jahren entwickelt und auf den Markt geworfen wurde (Librium und Valium, waren damals die bekanntesten Medikamente). Glaubte man zuerst, dass diese Stoffe nicht suchterzeugend seien (im Gegensatz zu den damals üblichen Barbituraten, ► [Abschn. 5.2.2](#), Schlafmittel), so musste man sich schon bald vom Gegenteil überzeugen:

Die Mehrzahl der 1,9 Mio. Medikamentenabhängigen sind heute immer noch von Benzodiazepinen abhängig – obwohl die sogenannten „Z-Drugs“ auch hier heftig zulegen. Denn „Benzos“ werden nach wie vor kräftig verordnet.

In einer schon 2009 veröffentlichten Studie des Hamburger Instituts für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) ergab sich, dass hochgerechnet auf die Bundesrepublik mehr als 1,5 Mio. Menschen diese Seelentröster viel länger verschrieben bekommen als in den ärztlichen Leitlinien empfohlen wird. Bei fast 800.000 davon sorgen die Ärzte durch das Kassenrezept dafür, dass die Betroffenen zu Dauerkonsumenten der Glückspillen werden. Ärztlich verordnete **Sucht auf Krankenschein**, könnte man ironisch sagen – wenn es nicht so bitter wäre. Dabei wird der Anteil der Tranquiliizer, der nur auf Privatrezepten verordnet wird, immer größer. Damit entgehen die Ärzte dann der Kontrolle der Krankenkassen und auch – weil sie in keiner offiziellen Statistik auftauchen – dem drohend erhobenen Zeigefinger der Pharmakritiker.

Neben dem Alkohol sind die Tranquiliizer zur Volksdroge Nummer Zwei geworden. Kein Wunder: Durch die Einnahme solcher Medikamente („Mother's little helper“ nannten sie die Rolling Stones) wird das Leben ganz schnell „freundlicher“: Konflikte scheinen plötzlich nebensächlich, Angst, Aufregung, Unruhe werden gedämpft. Nicht umsonst spricht man von „Glückspillen“. Eine ältere Werbung für einen Tranquiliizer versprach deshalb auch: „Die rosa Brille für die Seele – Nicht Scheinlösung von Problemen, sondern Lösung von Scheinproblemen.“ Doch Konflikte und Probleme, die mit Medikamenten leichtfertig „runtergeschluckt“ werden, sind dadurch noch lange nicht gelöst. Als kurzfristige Hilfe in schweren Konfliktsituationen und auch als Medikament bei psychotischen oder depressiven Patienten mag die Verordnung von Tranquiliizern sinnvoll sein. Doch als Heilmittel für tiefer liegende Konflikte kann ein solches Medikament niemals dienen: es ist so hilfreich wie frischer Lack auf der ungeriebten Roststelle eines Autos. Denn die regelmäßige Einnahme von Tranquiliizern hat immer auch negative Folgeerscheinungen: Schläfrigkeit, Gleichgültigkeit, Einschränkung der Aufmerksamkeit, Verlangsamung der Bewegungen,

Sprechstörungen, Doppelzehen, Übelkeit und Kopfschmerzen können auftreten.

Langjähriger Konsum führt selbst in niedrigen Dosen („low-dose-dependency“) zu starken Persönlichkeitsveränderungen. So werden Menschen von Ärzten in die „Sucht hinein therapiert“. Diese „low-dose-dependency“ (Niedrig-Dosis-Abhängigkeit) ist eine Besonderheit der Medikamentenabhängigkeit. D. h., dass die Süchtigen über Jahre hin eine niedrige Dosis von – meist – Tranquiliizern nehmen, ohne dass es zu Kontrollverlust oder Dosissteigerung kommt. Trotzdem sind sie massiv abhängig.

Setzt man das Medikament nach längerer regelmäßiger Einnahme ab, kommt es zu massiven Entzugserscheinungen wie Erbrechen, Schlaflosigkeit, oft verbunden mit Alpträumen, Bewusstseinstrübungen und Krampfanfällen. Der Entzug von Tranquiliizern ist oft schwieriger und problematischer als der Heroinentzug.

Die Verschreibung von Benzodiazepinen durch Ärzte ist glücklicherweise heute etwas rückläufig und orientiert sich immer häufiger – vor allem bei jungen Ärzten – an der schon oben genannten 4-K-Indikationsregel:

Klare Indikation, kleinste notwendige Dosis, kurze Anwendung, kein abruptes Absetzen.

Allerdings ist dieses indizierte Verordnungsverhalten vieler Ärzte leider immer noch eher die Ausnahme als die Regel. Sehr viel häufiger werden Tranquiliizer bis heute bei jedem Wehwehchen verordnet – dann, wenn der im Praxisalltag überforderte Arzt nicht mehr weiter weiß und keine Zeit oder Lust hat, sich mit der Patientin zu beschäftigen. Der Pharmakritiker Gerd Glaeske nennt das Verschreibungsverhalten mancher Ärzte deshalb „Indikationslyrik“.

Schlafmittel (Hypnotika/Sedativa)

» Ärztliche Beihilfe zur Sucht. (Anonym)

„Es gibt keine Schlafmittel, nur Dämpfungs- oder Beruhigungsmittel“, schreiben provozierend die Psychologin Plog und der Psychiater Dörner. „Das, was wir fälschlicherweise so nennen, verhindert in Wirklichkeit den natürlichen Schlafrhythmus, bewirkt Entzug sowohl von Tiefschlaf als auch von Traumschlaf. Es zerstört also die körpereigene, endogene Schlaffähigkeit und verschlimmert daher die

Schlaflosigkeit. Da sich der Körper schon ab der zweiten Woche an das jeweilige Mittel gewöhnt, ist die Verführung zum Dauerkonsum bei abnehmender Wirkung und Dosiserhöhung, also die Suchtgefahr von vornherein gebahnt. Dies kann – außer der pharmazeutischen Industrie – niemandem nützen.“

Dennoch wurden 2012 knapp 17 Mio. Packungen Schlafmittel an bundesdeutsche Bürger verkauft. Denn etwa ein Drittel aller Deutschen leidet unter Schlafstörungen, die allerdings nur in den seltensten Fällen organischen Ursprungs sind. Viel eher handelt es sich um psychische Belastungen, Stress, ungelöste Konflikte, die den Menschen um den Schlaf bringen.

Da eine ganze Reihe von Schlafmitteln neben dem bereits erwähnten Stoff Benzodiazepin den weitaus stärker suchterzeugenden Stoff **Barbiturat** enthalten, kommt es hier noch viel schneller zur Abhängigkeit. Bereits nach wenigen Tagen regelmäßiger Einnahme der Medikamente muss die Dosis erhöht werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen.

Einige der Schlafmittel wirken 30 Stunden und länger im Körper. D. h., dass die dämpfende Wirkung auch am Morgen nach dem Aufstehen noch vorhanden ist und nicht selten durch ein anderes, stimulierendes, Medikament bekämpft werden muss. So kommt das Drogenkarussell ins Drehen.

Die (Neben-)Wirkung der Barbiturate reicht von – natürlich – Schläfrigkeit über Gleichgewichtsstörungen, Taumeln bis hin zu eingeschränktem Urteilsvermögen. Seltene Nebenwirkungen sind Erregung, Verwirrung, Schmerzen in Muskeln, Nerven und Gelenken sowie Sexualprobleme.

Aufgrund ihrer starken toxischen Wirkung sollten Schlafmittel nicht länger als zwei Wochen eingenommen werden. Die Wirkbreite der Dosierung zwischen Schlafförderung und Vergiftung ist allerdings nur sehr gering. Übrigens: Die Einnahme von Barbiturat en ist in unseren Breitengraden die häufigste Methode, sich das Leben zu nehmen.

Seit ein paar Jahren werden sog. **Z-Drugs** (Z-Medikamente) als Schlafmittel eingesetzt. Unter diesen Medikamenten versteht man eine relativ neue Kategorie von modernen Schlafmitteln, die Z-Drugs genannt werden, weil die darin befindlichen Arzneistoffen (Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon) mit dem Buchstaben Z anfangen. Die Z-Drugs wirken schlafanstoßend, angst- und krampflösend und muskelentspannend. Obwohl bei der Markteinführung

von den Pharmaproduzenten das Gegenteil behauptet wurde, haben die Z-Drugs ein ähnlich hohes Suchtpotenzial wie die Benzodiazepine und sind die derzeit am häufigsten verschriebenen Schlafmittel.

Antidepressiva und Neuroleptika

» Die beste ärztliche Betreuung besteht darin, so wenig wie möglich zu tun – davon aber reichlich. (Samuel Shem)

Seit die suchterzeugende Wirkung von Tranquillizern, Barbiturat en und Z-Drugs immer mehr bekannt wurde, versuchen inzwischen viele Ärzte, angeregt durch die Pharmawerbung, auch bei nur leichten psychischen Störungen Medikamente wie Antidepressiva und Neuroleptika einzusetzen. Beide Medikamentengruppen gelten als nicht suchterzeugend, führen jedoch zu enormen Nebenwirkungen.

Antidepressiva Mit über 1,2 Mrd. DDD („Defined Daily Dose“ - die definierte Tagesdosis als Maß für die verordnete Arzneimittelmenge) zählen die Antidepressiva im Jahr 2011 zu den am häufigsten ambulant verordneten Psychopharmaka in Deutschland. Tendenz steigend: Zwischen 2000 und 2009 stieg die Zahl der verordneten Antidepressiva in Deutschland jedes Jahr um 10%, im Jahr 2012 immerhin noch um 5%. Für die späteren Jahre liegen keine Zahlen vor. Antidepressiva werden vor allem zur Behandlung von Depressionen verordnet, aber auch bei Ängsten, Panikattacken, Zwangsstörungen und zur Schmerzbehandlung eingesetzt.

Es gibt eine Vielzahl von verschiedenen Antidepressiva (Kategorien siehe weiter unten). Grob lassen sich Antidepressiva unterscheiden, in solche, die eher antriebssteigernd, und solche, die eher beruhigend und angstlösend Einfluss nehmen. Antidepressiva sind Medikamente, die an den Überträgerstoffen im Gehirn wirken, also den Informationsfluss innerhalb des Gehirns beeinflussen. Ihre Wirkung reicht von allgemein beruhigend über anregend-aktivierend bis zu hochgradig antriebssteigernd. Diese Wirkung soll die Stimmung depressiver Patienten entweder aufhellen oder aber ihre Unruhe herabsetzen. Allerdings belegen Untersuchungen mit entsprechenden Medikamenten, dass ihre Wirkung depressiven Patienten keineswegs immer oder dauerhaft hilft und eine vermehrte Zuwendung durch einen Arzt, Psychologen,

Psychotherapeuten oder eine Bezugsperson weitaus bessere Erfolge mit sich bringt.

Menschen reagieren unterschiedlich auf Antidepressiva. Und so gibt es bei den Antidepressiva sehr unterschiedliche, aber z. T. sehr massive Nebenwirkungen: Herz-Kreislauf-Beschwerden, Sehstörungen, erhöhter bzw. verminderter Blutdruck, Zittern, Schweißausbrüche, Fieber oder Frösteln, übermäßige Müdigkeit, trockene Schleimhäute, Magen-Darm-Probleme, Durchfall oder Verstopfung bis hin zur Darmlähmung, Gewichtszunahme, sexuelle Probleme.

Es ist notwendig, die sehr unterschiedlich wirkenden Antidepressiva zu differenzieren. Denn vor allem die alten Antidepressiva hatten gravierende Nebenwirkungen. Pharmakritiker bezeichneten sie deshalb gerne als „chemische Zwangsjacken“: Die **Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer)** und die **Trizyklischen Antidepressiva (TZA)** machten die Patienten oft sehr müde und schränkten ihre körperliche und geistige Beweglichkeit ein, weil sie mehrere Botenstoffe gleichzeitig beeinflussen. Sie sind so etwas wie Breitbandmedikamente. Und auf sie treffen eine Vielzahl der oben genannten Nebenwirkungen zu.

Die neueren Medikamente wirken meist nur auf einzelne Regelkreise im Gehirn und sind dadurch besser verträglich. Dazu zählen vor allem die **SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)**, die weniger Nebenwirkungen haben. Sie sind besser verträglich und trotzdem wirksam. Dennoch müssen die Patienten auch mit Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Kopfschmerzen, Sehproblemen, Zittern, Unruhe, Schwitzen oder Schwindel und Benommenheit leben. SSRI sind inzwischen die am häufigsten verordneten Antidepressiva.

Stark stimmungsaufhellend und antriebssteigernd wirken **SSNRI (Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer)**. Diese Medikamente wirken ähnlich wie SSRI, beeinflussen jedoch nicht nur den Botenstoff **Serotonin**, sondern auch **Noradrenalin**. Das hat zur Folge, dass sie weniger gravierende Nebenwirkungen haben. Sie führen seltener zu Gewichtszunahme, gelegentlich allerdings zu Schlaflosigkeit, Mundtrockenheit, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Verstopfung, Schwächegefühlen, Kopfschmerzen und Potenzproblemen.

Außerdem gibt es noch **NASSA („Noradregene und spezifisch serotonerge Antidepressiva“)**, die ähnlich wie die TZA wirken, aber weniger stark sind und besser verträglich. Sie sollen besonders gut zum Ziel führen bei Depressiven, die unter Unruhe und Schlafstörungen leiden. Allerdings ist auch hier mit Nebenwirkungen wie Benommenheit, niedrigem Blutdruck, Mundtrockenheit und Müdigkeit zu rechnen.

Johanniskraut gilt als das älteste bekannte (natürliche) Antidepressivum. Schon im 8. Jh. wurde es im „Lorscher Arzneibuch“ als Mittel gegen Melancholie und zur Stimmungsaufhellung empfohlen. Bis heute wird es zur Behandlung von Depressionen und Ängsten eingesetzt. Die Nebenwirkungen sind geringer. Gelegentlich kommt es zu einer erhöhten Haut- und Lichtempfindlichkeit, zu Müdigkeit, Übelkeit und Schwitzen. Allerdings gibt es eine Reihe Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. So kann die Wirkung der Anti-Baby-Pille durch Johanniskraut abgeschwächt werden.

Obwohl es diese große Vielfalt von Antidepressiva gibt, sind die Wirkungen und Nebenwirkungen vielfach immer noch wenig erforscht. Man kann sagen, dass ihre Einnahme weiterhin mit hohen Risiken verbunden ist.

Neuroleptika Neuroleptika (auch Antipsychotika) werden normalerweise in der Psychiatrie bzw. von ambulant arbeitenden Psychiatern bei Personen mit Schizophrenie und anderen psychotischen Symptomen verordnet. Dort sind sie sicher wichtig und notwendig, weil sie Halluzinationen und Wahnvorstellungen entgegenwirken und oft eine dämpfende Wirkung haben. Sie dienen auch der Langzeitbehandlung, um Rückfälle zu verhindern. Auch bei bipolaren Krankheiten, Demenzen und den damit einhergehenden Verwirrtheitszuständen und bei starker innerer Unruhe können sie helfen – mitunter auch bei Zwangsstörungen.

Doch immer häufiger verschreiben nicht nur speziell dafür ausgebildete Psychiater, sondern auch Hausärzte, Allgemeinmediziner, Internisten etc. diese starken Medikamente, die massive Nebenwirkungen haben. Dabei reicht die unsinnigerweise ausgeweitete Indikation von allgemeiner innerer Unruhe, unbestimmbaren vegetativen Störungen über Menstruationsbeschwerden, depressiven

Verstimmungen bis hin zu Verhaltensstörungen oder Schulschwierigkeiten von Kindern.

Nach Angaben des Arzneimittelreports 2012 wurden im Jahr 2011 ca. 150 Mio. Tagesdosen (DDD) Neuroleptika in der Bundesrepublik verordnet. Betrachtet man die Wirkungen und Nebenwirkungen dieser Medikamente, kann man über diese Zahl nur erschrecken: Vorrangiges Ziel der Neuroleptika ist das Unterdrücken nahezu aller Reaktionen auf Umweltreize. Dies kann bei psychotischen Patienten mit starken Aggressionen oder Wahnideen durchaus seine Berechtigung haben, ist jedoch bei Schulversagen oder Menstruationsbeschwerden völlig fehl am Platz. Es gibt eine Vielzahl von unterschiedlichen Antipsychotika. Grob gesagt unterscheidet man typische und atypische Neuroleptika.

- **Typische Neuroleptika** haben oft sehr starke Nebenwirkungen. Vor allem die hochpotenten typischen Neuroleptika wirken stark antipsychotisch und wenig sedierend und können zu den typischen Bewegungsstörungen führen, die man mit psychiatrischen Krankheitsbildern verbindet: Zucken im Gesicht, unwillkürliche Kaubewegungen, Zittern, Muskelstarre, Krämpfe, Unfähigkeit still zu sitzen, etc. Deswegen sollten typische Neuroleptika auch nur für kurze Zeit und in akuten Krankheitsphasen eingesetzt werden.
- **Atypische Neuroleptika** sind normalerweise besser verträglich und haben weniger dramatische Nebenwirkungen – Müdigkeit, sexuelle Funktionsstörungen, Gewichtszunahme, Herzprobleme und z. T. Veränderungen des Blutbildes können sich einstellen – was sich natürlich von Patient zu Patient und von Medikament zu Medikament sehr unterschiedlich zeigen kann.

Insgesamt kann man sagen, dass die Liste der unerwünschten Nebenwirkungen der Neuroleptika nahezu endlos ist: Massive motorische Unruhe, das Unvermögen, still zu sitzen oder zu stehen, verkrampfte Bewegungen, Zittern, eingeengte Wahrnehmung, ausgeprägte Müdigkeit, Einschränkung des Denkens, Antriebslosigkeit, Kreislaufschwäche, Leberschäden, Veränderung des Hormonhaushaltes, evtl. organische Hirnschädigung und das Auftreten von Halluzinationen sind nur die

wichtigsten der möglichen Nebenwirkungen. Nach jahrelanger Anwendung von Neuroleptika kann es zu bleibenden seelischen und körperlichen Schädigungen kommen, vor allem zu ausgeprägten unwillkürlichen Zuckungen der gesamten Körper- und Gesichtsmuskulatur. Und auch die jahrelang medikamentös unterdrückten Emotionen können nach Absetzen des Mittels auf Dauer zu seelischen Störungen führen: der Patient bewegt sich „wie in Watte“ und hat keinen Zugang mehr zu seinem Gefühlsleben. Da kann es einem richtig angst und bange werden, wenn man die wachsende Zahl der Verordnungen für solche Medikamente betrachtet, mit der weniger dramatische Störungen behandelt werden sollen.

➤ **Es gibt für psycho-soziale Probleme keine bio-chemische Lösung: Psychopharmaka setzen nie an den Ursachen seelisch bedingter Probleme an und können diese deshalb nie wirklich heilen.**

5.2.3 Anabolika

» Aufgepumpt wie das Pirelli-Männchen ...
(Redensart)

Anabolika sind Substanzen, die den Aufbau von Muskelgewebe fördern sollen. Die bekanntesten Anabolika sind die anabolen Steroide. **Anabole Steroide** ist der Überbegriff für eine Reihe synthetischer Substanzen, also künstlich hergestellter Wirkstoffe, die in Struktur und Wirkung dem männlichen Sexualhormon Testosteron sehr ähnlich sind. Sie wirken körpераufbauend (anabol) und „vermännlichend“ (androgen). Der **anabole Effekt** tritt nur dann auf, wenn gleichzeitig intensives Muskeltraining betrieben wird. Durch die Erhöhung der Regenerationsfähigkeit kann der Anabolika-Konsument häufiger und mit geringeren Pausen trainieren. Die **androgene Wirkung** ist zumeist ein unerwünschter Nebeneffekt. Denn der Einfluss künstlicher männlicher Hormone führt auch zu einer Veränderung der inneren und äußerlichen Geschlechtsmerkmale (s. u.). Außerdem haben sie oft eine Veränderung der psychischen Verfassung zur Folge.

Anabolika werden in Pillenform geschluckt, intramuskulär gespritzt oder in Form von Gels auf die Haut aufgetragen. Sie wurden schon während des 2. Weltkrieges entwickelt und dienten ursprünglich dazu, entkräfteten und unterernährten Kriegsgefangenen zu einer besseren Rekonvaleszenz zu verhelfen. Außerdem wurden sie später bei auszehrenden Krankheiten (z. B. Krebs, AIDS, Tuberkulose), Muskelatrophie und auch als Mittel gegen Blutarmut eingesetzt – hatten aber auch von Anfang an heftige Nebenwirkungen.

Sehr schnell wurden sie auch im Sport verwendet, wo sie zur Leistungssteigerung an gesunde Athleten verabreicht wurden (**Doping**). Erstmals verboten wurden Anabolika 1974, nachdem Nachweisverfahren für synthetische Hormone entwickelt wurden. Bei den Olympischen Spielen 1976 in Montreal fand dann die Premiere für die Doping-Kontrollen auf synthetisch hergestellte Anabolika bei Olympia statt. Seither wurden diese Kontrollen immer ausgeweiteter und auch bei anderen sportlichen Wettkämpfen üblich – von der Tour de France über die Fußball-WM bis zur Schwimm-Weltmeisterschaft.

In der Bodybuildung-Szene werden sehr häufig Anabolika eingesetzt. Aber auch im Fitness- und Breitensport ist der Missbrauch dieser Medikamente inzwischen sehr stark verbreitet. Muskelhelden wie Arnold Schwarzenegger und Sylvester Stallone hatten schon in den 80er Jahren das Feld dafür vorbereitet. Und heute hat die in manchen Medien z. T. bewusst geförderte Verherrlichung des überzogen muskulösen Körpers (Actionfilme, Werbung ...) vor allem bei Jugendlichen und erwachsenen Männern zu einer heftigen Zunahme von Anabolika-Missbrauch geführt. Die Scheinästhetik des künstlich aufgeblähten Muskelkörpers hat bestimmte Szenen der Gesellschaft erreicht. Anabole Steroide sind heute die Gruppe der am häufigsten verwendeten Dopingsubstanzen. Da in vielen Ländern diverse anabole Steroide verboten sind, gibt es einen regelrechten internationalen Schwarzmarkt für Anabolika. Nach Berechnungen des italienischen Sportwissenschaftlers Alessandro Donati werden pro Jahr weltweit ca. 700 Tonnen anaboler Steroide von 15 Mio. Konsumenten zu Dopingzwecken benutzt.

Der menschliche Körper reagiert auf die Zufuhr von anabolen Steroiden sehr sensibel. Aus medizinischer Sicht ist von einer Einnahme von Anabolika

dringend abzuraten, denn sie führt zu einer Vielzahl von Nebenwirkungen:

- Störung des Hormonhaushalts
- Belastung des Kreislaufs aufgrund von erhöhtem Blutdruck
- Veränderung des Blutbildes
- Herzrhythmusstörungen, erhöhte Herzschlagfrequenzen, starkes Schwitzen und Muskelzittern
- Schilddrüsenüberfunktion
- Hautverunreinigungen (Akne)
- Bei Jugendlichen können Anabolika zu vorzeitigen Verknöcherungen noch wachsender Knorpelstrukturen führen (Abbruch des Wachstums)
- Veränderungen des Skelett- und Bewegungsapparates
- Wasseransammlungen im Gewebe
- Schwere Schädigungen der Leber (Gelbsucht, Tumore)
- Nierenschäden
- Nach längerem Konsum signifikant erhöhtes Krebs-Risiko
- Starker Einfluss auf die Sexualität und auf Geschlechtsmerkmale:
- Bei **Männern**: Herabsetzung der körpereigenen Testosteronbildung, gestörte Spermenproduktion, Atrophie der Hoden („Schrumpfhoden“), Rückgang der Kopfbeharrung, Vergrößerung der Brust, Unfruchtbarkeit
- Bei **Frauen**: Veränderung des Menstruationszyklus, Vermännlichung (Androgenisierung), eine Vergrößerung der Klitoris, verstärkte Körperbeharrung und Bartwuchs sowie eine tiefere Stimme
- Psychische Probleme: Depressionen, starke Stimmungsschwankungen, Schlafprobleme, Ängste, psychotische Symptome etc.
- Verstärkung von Aggressionen
- Psychische und körperliche Abhängigkeit (mit Entzugserscheinungen beim Absetzen)

Womit man am wenigsten gerechnet hat, ist die massive psychische Abhängigkeit, die bereits nach kurzfristigem Konsum von Anabolika entstehen kann. Anabolika-Missbrauch ist heute vergleichbar mit den Abhängigkeiten von klassischen Suchtmitteln.

5.2.4 Schnüffelstoffe/Inebriantia

» Immer der Nase nach! (Deutsches Sprichwort)

Wie schon der Name sagt, werden Schnüffelstoffe durch die Nase oder den Mund inhaliert. Es sind vor allem Jugendliche und junge Erwachsene, die lösungsmittelhaltige Stoffe schnüffeln, indem sie diese erwärmen und auf ein Tuch trüfeln („huffing“) oder aus einer Plastiktüte („bagging“) die giftigen Dämpfe einatmen. Manchmal schnüffeln sie auch direkt aus offenen Kanistern, Flaschen oder Tuben. Die meisten Schnüffler kommen aus den unteren sozialen Schichten. Der Grund: Schnüffelstoffe sind leicht zugänglich und billig. Man kann sie für ein paar Cent oder Euro in jedem Baumarkt kaufen. Deshalb werden sie auch von den Straßenkindern nicht nur in Deutschland, sondern auch in Ländern der 3. Welt als Mittel zur Flucht vor der Realität benutzt. Als Schnüffelstoffe dienen neben alltäglichen Gebrauchsgütern wie Lacken, Aerosolen, Verdünnern, Spiritus, Reinigungsmitteln und Klebstoffen auch Äther, Chloroform oder Alkohol. Auch Lachgas und „Poppers“ (Szenen-Bezeichnung für eine Reihe von flüssigen und schnell wirkenden Drogen) werden als Schnüffelstoffe bezeichnet.

Durch das Einatmen gelangen die Schnüffelstoffe schnell in die Blutbahn. Das Rauschgefühl tritt kurz nach der Inhalation ein und hält ein paar Minuten bis hin zu einer Stunde an. Durch wiederholtes Schnüffeln kann der Rausch über mehrere Stunden aufrechterhalten werden. Nach einer anfänglichen Abwehrreaktion des Körpers (Übelkeit, Benommenheit, Krampfen, Kopfschmerzen) entstehen euphorische Gefühle der Schwerelosigkeit, Halluzinationen und Enthemmung – oft verbunden mit Wahrnehmungsveränderungen und Selbstüberschätzung. Je nach geschnüffelter Menge kann es zu heftigen Bewusstseinstrübungen bis hin zur Bewusstlosigkeit kommen. Es verlangsamen sich die Körper- und Gehirnfunktionen, denn fast alle Schnüffelsubstanzen wirken narkoseähnlich.

Schnüffeln ist kein Kinderspiel. Man muss sich klar machen: Die eingeatmeten chemischen Stoffe sind gefährlich. Würden sie statt inhaliert gespritzt oder geschluckt, wäre das sofort tödlich. Es kann deshalb beim Schnüffeln zu Verätzungen der

Atemwege, Atemlähmungen, Kreislaufversagen, epileptischen Anfällen und Herzrhythmusstörungen bis hin zum Herzstillstand kommen. Bei hochdosiertem und andauerndem Missbrauch führt es zu bleibenden Organschäden (Leber, Lunge, Magen, Nieren). Außerdem können Nerven- und Hirnschäden entstehen, bis hin zu Demenzen.

Im Vergleich zu anderen Drogen verzeichnen die Schnüffelstoffe die höchste Zahl von **Todesfällen beim Erstkonsum**, da der massive chemische Angriff auf den nicht daran gewohnten Körper zu Herz-Kreislaufversagen und zum Atemstillstand führen kann – vor allem, wenn zum Schnüffeln auch noch Alkohol konsumiert wird. Die Schwierigkeit ist, dass sich diese Sucht kaum eindämmen lässt, da der Rausch aus der Tüte in jedem Supermarkt, in jeder Drogerie oder jedem Bastlerladen für ein paar Cent erstanden werden kann.

5.2.5 Polytoxikomanie

» Es ist wohl Gift, doch es steht eindeutig Honig drauf. (Philipp Zvetanov)

Immer mehr Drogensüchtige sind nicht mehr nur von einer Droge abhängig, sondern missbrauchen mehrere. Wenn es mal kein Heroin gibt, wird auf Schlaftabletten oder Alkohol umgestiegen – und bei Kokain sind es die „Speeds“ (Amphetamine), die als Ausweichmittel herhalten müssen. Es gibt aber auch Süchtige, die verschiedene Suchtmittel wahllos konsumieren. Man nennt die Abhängigkeit von mehreren Drogen Polytoxikomanie („Vielfachvergiftung“). Sie ist ein wichtiger Trend auf der Drogenszene – der legalen wie der illegalen. Bei einem Großteil der Drogentoten wurden in den letzten Jahren „Mischtoxikationen“, also verschiedene Drogen im Körper gefunden, und der Trend hat sich eher noch verstärkt.

■ Exkurs: Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen

» Jedes Ding ist ein Gift – es kommt nur auf die Dosis an. (Paracelsus)

Man versteht darunter die nicht bestimmungsge-mäße Einnahme von bestimmten Medikamenten, Nahrungsergänzungsmitteln, pflanzlichen Arzneien

oder anderen Stoffen, denen kein Abhängigkeitspotenzial zugeschrieben wird. Oft spricht man dann von Medikamentenmissbrauch, nicht von -abhängigkeit.

Durch den falschen Gebrauch der Mittel können jedoch auch (z. T. massive) körperliche und psychische Schäden entstehen. Für die Einnahme dieser Substanzen besteht entweder **keine medizinische Indikation** oder sie werden häufiger oder in höherer Dosierung als medizinisch sinnvoll eingenommen. Die betreffenden Menschen können trotz eintretender Schäden ein sehr starkes Verlangen nach der Arznei haben – hier zeigt sich die magische Überhöhung, die mitunter Medikamenten zugeschrieben wird.

Unter dem Begriff „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ werden weder die Schäden durch falsch verordnete Medikamente verstanden, noch die Behandlungsfehler der Ärzte oder die Arzneimittel-Nebenwirkungen. Die Fehler liegen bei der **Non-Compliance** des Patienten, der sich durch seine eigenmächtige Selbstmedikation selbst Schaden zufügt – dazu zählen z. B. die Überdosierung von Vitaminen.

Und denken Sie daran, was **Voltaire** schon vor fast 300 Jahren einmal schrieb:

„Medizin ist die Kunst,
dem Patienten die Zeit zu vertreiben,
die der Körper braucht,
um sich selbst zu helfen“.

5.2.6 Nikotin

- » Der Kuss eines Rauchers ist wie das Auslecken eines Aschenbechers. (Anonym)

Vielen Rauchern wird es nicht passen, in eine Reihe mit den Suchtmittelabhängigen gestellt zu werden. Trotzdem: Nikotin ist ein Gefäßgift – auch wenn es den Bewusstseinszustand nicht direkt so massiv verändert wie die anderen Suchtmittel. Gleichgültig ob von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen gelangt das Nikotin nach dem ersten Zug in die Lunge, von dort in die Blutbahn, überwindet die Blut-Hirn-Schranke und landet nach sieben bis acht Sekunden im Gehirn. Dort dockt das Nikotin an bestimmten Sinneszellen (Rezeptoren) an, die für die Reizwahrnehmung verantwortlich sind. Nikotin stimuliert, aktiviert und entspannt. Jeder Zug an

der Zigarette verursacht einen fast explosionsartigen Anschub des Gehirnstoffwechsels. Man spricht deshalb von einem „**Kick**“. Beim Rauchen steigen Blutdruck und Herzfrequenz. Das Grundmuster der instinktiven Reaktion auf eine Bedrohung wird aktiviert, so als bereite sich der Körper auf Kampf oder Flucht vor. Die Durchblutung der inneren Organe (Magen, Darm) sinkt, die äußere Aktivität steigt: Man fühlt sich wach, alert und aktiv. Dabei ist die Wirkung des Rauchens durchaus ambivalent: Denn die Nikotinaufnahme regt an und hemmt, stresst und entspannt den Körper zugleich. Der „Kick“ nach einem tiefen Lungenzug bewirkt ein kurzes Gefühl der Entspannung und Belohnung. Allerdings hält das nicht lange an, denn es hinterlässt eine stille Unzufriedenheit – und vor allem den Wunsch nach Wiederholung. Denn nach einiger Zeit sinkt der Gehalt der Botenstoffe im Körper wieder, die Anregung fällt ab und es zeigen sich Entzugserscheinungen. Wenn man dann wieder Nikotin zu sich nimmt, also raucht, entstehen bestimmte Bahnungen, die sich immer fester einprägen. Ein psycho-physiologischer Problemlösemechanismus mit Hilfe von Tabak ist entstanden. So entwickelt sich ein Suchtkarussell, das immer schneller dreht. Durch regelmäßiges Rauchen bilden sich mit der Zeit immer neue Nikotinrezeptoren, die gleichzeitig immer unempfindlicher für Nikotin sind. Das führt dann zu der o. g. Dosissteigerung, bei der man sich immer mehr Nikotin zuführen muss, um die anfänglich positive Wirkung wieder hervorzurufen. So schraubt man sich in einen psycho-physiologischen Suchtprozess hinein. Dadurch erhöht sich das Risiko für Herz- und Lungenerkrankungen, innere Organe werden geschädigt. Zu den Langzeitschäden zählen: Raucherhusten, Durchblutungsstörungen, Bronchitis, Arteriosklerose, Thrombose, Potenzstörungen, Raucherbein, Herzinfarkt, Lungenkrebs etc.

Fast 20 Mio. Bundesdeutsche rauchen, ein Viertel der Männer über 16 Jahre und ca. 20% der Frauen sind Raucher (wobei die Frauen im Zuge der Emanzipation allmählich ihren Anteil an den Rauchern vergrößern). Faktoren, die den Tabakkonsum beeinflussen, kann man unterteilen in **personale Faktoren** (Stressbewältigung, Gefühl der Erleichterung, Gewichtskontrolle, Gebrauch von anderen Drogen, etc.), in **soziale Faktoren** (Eltern, Geschwister, Freunde rauchen, „es ist angesagt“ ...) und **gesellschaftliche Faktoren** (Werbung, leichte

Verfügbarkeit, sozialer Status ...). Insgesamt ist die Zahl der Raucher allerdings leicht rückläufig. Vor allem junge Leute rauchen weniger.

Dabei verdient der Staat an den Rauchern kräftig mit. Was dazu führt, dass (zumindest der Finanzminister) ein ambivalentes Verhältnis zum Rauchen hat. Schließlich erhöht er immer wieder die Tabaksteuersätze, was zu nicht unerheblichen Steuereinnahmen für die Staatskasse führt. Hier die Einnahmen der Bundesrepublik Deutschland aus der Tabaksteuer der letzten Jahre:

- 2009 – 13,4 Mrd. Euro
- 2010 – 13,5 Mrd. Euro
- 2011 – 14,4 Mrd. Euro
- 2012 – 14,1 Mrd. Euro
- 2013 – 13,8 Mrd. Euro
- 2014 – 14,3 Mrd. Euro

Etwa jeder dritte bis vierte Raucher ist wohl „Nikotiniker“, d. h. bei 5-6 Mio. Bundesdeutschen muss damit gerechnet werden, dass sie süchtige Raucher sind. Sicher ist: 100.–120.000 frühzeitige Todesfälle sind durch das Rauchen pro Jahr zu verzeichnen.

Dass es sich um eine regelrechte Sucht handelt, zeigt sich nicht nur an den gelb-braunen Raucherringen, sondern vor allem am „Craving“ (Suchtdruck) und den Entzugserscheinungen, wenn versucht wird aufzuhören, also z. B. Dünnhäutigkeit, genervt sein, Aggressivität, Depressivität, Angst, Schlaflosigkeit und Gewichtszunahme. Dabei muss eine Zigarettenabhängigkeit ihre Ursachen nicht ausschließlich im Nikotin haben. Denn unter den mehr als **600 Zusatzstoffen**, die die Hersteller der Glimmstängel dem Tabak beimischen, sind jede Menge weitere Suchtstoffe zu finden, die eine Abhängigkeit begünstigen. Ungesund ist das Rauchen allemal. Schließlich werden beim Verbrennen einer Zigarette mehr als 4.800 chemische Stoffe freigesetzt. Davon sind etwa 250 giftig und etwa 90 stehen unter dem Verdacht, Krebs zu erregen. Bei einer Reihe dieser Gifte ist die Auslösung von Krebs bereits belegt und empirisch gesichert. Obwohl das viele wissen, wird immer noch weiter gequalmt. Aber auch hier wird versucht gegenzusteuern und es wurde die sogenannte **E-Zigarette** entwickelt, bei der kein Tabak geraucht wird, sondern es wird „gedampft“, d. h. es werden ohne Verbrennung Nikotin und Zusatzstoffe inhaliert – und zwar ohne die drei zentralen Schadstoffe Teer, Kohlenmonoxid und Feinstaub.

Dadurch soll das Dampfen weniger Nebenwirkungen haben und weniger schädlich sein. E-Zigaretten-Befürworter sagen sogar, dass es so ähnlich sei, wie Obst essen. Was man dabei gern vergisst – es wird immer noch das Nervengift Nikotin inhaliert. Weltweit soll es Anfang 2015 schon über sieben Mio. „Nikotin-Dampfer“ gegeben haben.

Dabei geht es mit der Abhängigkeit vom Nikotin sehr viel schneller als viele denken: Manche Experten gehen davon aus, dass bei Erwachsenen für die Entstehung der Nikotinabhängigkeit weniger als sechs Zigaretten pro Tag ausreichen, die der Raucher über einen längeren Zeitraum konsumiert. Ein besonders hohes Risiko haben Kinder und Jugendliche, da schon ein geringer Zigarettenkonsum eine Sucht auslösen kann. Aus Untersuchungen weiß man, dass bei 80% der Jugendlichen, die bis zu fünf Zigaretten am Tag rauchen, erste Anzeichen von Nikotinabhängigkeit erkennbar sind.

Rauchen ist zwar bei vielen jungen Leuten inzwischen out und hat längst die Attraktivität und den Nimbus des „Coolseins“ verloren, teilweise wird es sogar geächtet, aber es gibt immer wieder Versuche das Rauchen wieder interessant zu machen. Gerade in Zeiten von restriktiven Nichtraucher-Gesetzen und Rauchverboten: In vielen Städten eröffnen „**Shisha-Bars**“, in denen die mentale Verknüpfung von Rauchen und relaxt-sein, von Entspannung und Coolness wieder hergestellt werden soll. Und das „**Dampfen**“ der E-Zigaretten geht in die gleiche Richtung. Für bestimmte Zielgruppen scheint das auch zu gelingen.

Der Entzug von Nikotin ist für süchtige Raucher kein Zuckerschlecken: Reizbarkeit, Unruhe, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Aggressivität, depressive und ängstliche Gefühle, Hunger und das oben genannte „**Craving**“. Die körperlichen Entzugsymptome lassen nach ein bis zwei Wochen nach, allerdings bleibt die psychische Nikotinabhängigkeit länger bestehen. Die Nikotiniker merken oft erst während ihres Entzugs in wie vielen verschiedenen Situationen sie über viele Jahre hin das Rauchen benutzt haben, um Ärger, Stress, Frustration und Enttäuschung abzubauen, wie häufig sie Nikotin zur Entspannung, zur Anregung und Belohnung gebraucht haben oder um soziale Kontakte zu genießen. Für all diese Situationen muss der Betroffene lernen, alternative Verhaltensweisen zu entwickeln. Nicht selten ruft der Nikotinentzug anfangs eine ungewohnte

Leere hervor, mit der die Betroffenen lernen müssen neu umzugehen.

Ein Fragebogen zum Ausprägungsgrad der Sucht zeigt □ **Tab. 5.2.**

5

» Denken Sie daran: Jede nicht gerauchte Zigarette verlängert Ihr Leben!

Entscheidung gegen das Rauchen

Wenn Sie sich entscheiden, sofort mit dem Rauchen aufzuhören,

- normalisieren sich nach 30 min. Blutdruck, Herzfrequenz und Körpertemperatur.
- Verschwindet nach acht Stunden der Raucheratem.
- sinkt nach einem Tag Ihr Risiko für einen plötzlichen Herztod.
- sind Ihre Geschmacksnerven und der Geruchssinn nach zwei Tagen wieder sensibler: Sie riechen und schmecken wieder besser.
- verbessert sich nach sieben Tagen Ihre Atmung merklich.
- haben Sie nach ein bis zwei Wochen den körperlichen Entzug geschafft.
- hat sich Ihre Lungenkapazität nach drei Monaten um ca. 30% erhöht und kann wieder mehr Sauerstoff aufnehmen. Ihr Blutkreislauf hat sich verbessert und damit Ihr körperliche Leistungsfähigkeit.
- sinkt nach einem Jahr das Risiko für Herzkrankungen um die Hälfte.
- sinkt nach zwei Jahren das Herzinfarktrisiko deutlich.
- ist die Lungenkrebsgefahr nach 10 Jahren so hoch wie bei Nichtrauchern, da sich die Lunge völlig erholt hat.
- ist das Herzinfarktrisiko nach 15 Jahren kaum höher als bei Nichtrauchern.

(Es handelt sich um grobe Richtwerte. Natürlich hängen die Auswirkungen des Rauchens bzw. der Abstinenz auf Ihre Gesundheit von Ihrer persönlichen körperlichen und psychischen Verfassung ab)

Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Hilfsangeboten, um vom Rauchen wegzukommen:

- Diverse Krankenkassen, Volkshochschulen und Privatinstitute bieten inzwischen eine ganze Reihe (z.T. auch verschiedener) Seminare, um das Rauchen zu beenden
- Verschiedene einzeltherapeutische (zumeist verhaltenstherapeutische) Konzepte
- Akupunktur, Akupressur
- Hypnose
- Therapie mit Anti-Nicotin-Medikamenten, Nicotin-Pflaster, Kaugummi, Nasenspray ...

Link zur Initiative „Rauchfrei“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): <http://www.rauchfrei-info.de/> (04.11.2015)

5.2.7 Koffein/Teein/Energy Drinks

- » Koffeinfreier Kaffee: der Untergang des Abendlandes. (Kalenderspruch)

Kaffee- und Teetrinken tritt wohl selten so extrem in Erscheinung, dass man wirklich von Sucht sprechen kann, wenn auch viele Menschen ohne ihre Tasse Kaffee nicht mehr aus dem Bett kommen und ein übermäßiger Koffein- und Teein-Genuss einen regelrechten Rausch hervorrufen kann. Kaffee und Tee spielen vielmehr eine wichtige Rolle in Kombination mit anderen Suchtmitteln oder als Ersatz beim Entzug. Übermäßig starkes Kaffeetrinken in Verbindung mit Alkoholismus, Arbeitssucht, Nikotinabhängigkeit, Amphetamin-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch sind häufige Kombinationen. Bei all diesen Süchten versucht der Abhängige nämlich, sich mit Substanzen oder süchtigen Verhaltensweisen zu stimulieren. Und da ist Kaffee sehr häufig ein zusätzlicher Aufputscher. Viele Abhängige konsumieren z. B. während des Entzugs ebenfalls ungewöhnlich viel Kaffee oder Tee. So war und ist es bei den Treffen der Anonymen Alkoholiker und anderer Selbsthilfegruppen üblich, dass (mitunter reichlich) Kaffee angeboten wird. Es gilt der Grundsatz, dass alles besser ist als der schädliche Alkohol. Als Übergang in der Entzugsphase ist ein Ersatz des Suchtmittels durch Kaffee oder Tee auch durchaus legitim,

■ Tabelle 5.2 „Nikotiniker“ (süchtiger Raucher)

	Ja	Nein
Rauchen Sie mehr als 20 Zigaretten pro Tag?		
Haben Sie ein starkes Verlangen zu rauchen, das erst mit dem ersten Zug an der Zigarette verschwindet?		
Fühlen Sie sich körperlich unwohl, wenn Sie längere Zeit nicht rauchen können?		
Rauchen Sie Ihre erste Zigarette bereits kurz nach dem Aufstehen?		
Sie können sich nicht vorstellen, ganz ohne Zigaretten auszukommen?		
Kaufen Sie Zigaretten/Zigarillos u.s. auf Vorrat und bunkern diese?		
Haben Sie bereits „vor- oder nachgeraucht“ für Zeiten, in denen Sie nicht rauchen konnten?		
Rauchen Sie auch wenn Sie krank sind?		
Rauchen Sie weiter, obwohl Sie wissen, dass dies Ihnen und Ihrer Gesundheit schadet?		
Haben Sie ein schlechtes Gewissen beim Rauchen und wissen Sie, dass Sie eigentlich aufhören sollten?		
Haben Sie schon mehrmals versucht, mit dem Rauchen aufzuhören und trotzdem wieder angefangen?		

Je mehr Fragen Sie mit ja beantworten, umso eher haben sie ein Problem mit dem Rauchen.

jedoch sollte ein erfolgreicher Entzug langfristig die süchtige Struktur des Abhängigen ändern und nicht durch ein neues Suchtmittel weiter aufrechterhalten werden. Aber es gibt eine noch moderne Verwendung von Koffein: In sogenannten Energy Drinks wie „Red Bull“, „Energy Rocket“, „Take off“, „Speed Star“ oder „Flying Power“ findet Koffein inzwischen einen neuen Markt. Oft in der Form von Guarana und in Verbindung mit Taurin, ist Koffein inzwischen ein Renner – vor allem bei jungen Leuten – die sich damit (legal) aufputschen. Klar ist: Koffein macht wach (egal ob im Kaffee oder im Energy Drink). Es beschleunigt den Herzschlag und erhöht die geistige Leistungsfähigkeit. In höheren Dosen kann es sogar Euphorie erzeugen. Allerdings gibt es auch Nebenwirkungen, denn Koffein entzieht dem Körper Flüssigkeit. Wer sehr viel Koffein – in welcher Form auch immer – zu sich nimmt, wird nervös und zittrig und muss mit Schweißausbrüchen, Herzrhythmus-, Schlaf- und Wahrnehmungsstörungen rechnen. Auch beim Absetzen von Koffein kann es zu regelrechten Entzugssymptomen kommen:

Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit und Nervosität, selbst Bewegungsprobleme können entstehen.

5.2.8 Essen

Esssucht kann im weitesten Sinne auch zu den stoffgebundenen Süchten gezählt werden (► [Abschn. 6.3](#)). Viele Substanzen in der Nahrung regen dazu an, mehr zu essen als der Körper benötigt, besonders salz- oder zuckerhaltige Nahrungsmittel. Darauf hinaus setzen manche in Lebensmitteln enthaltenen chemischen Verbindungen Endorphine (► [Abschn. 6.1](#)) in der Gehirnstruktur frei und erzeugen so angenehme Gefühle. Letztendlich sind es jedoch nicht diese Substanzen, die einen Menschen esssüchtig werden lassen, sondern auch hier gilt: Nicht die Droge oder Substanz selbst macht abhängig, sondern ihre Wirkung. Essen hat für den Menschen weitaus mehr Funktionen als die reine Sättigung. In den ersten Lebensmonaten hängt die Nahrungsaufnahme auch äußerlich sichtbar zusammen mit dem

Gefühl der Sicherheit, Geborgenheit, des Versorgt-werden. Die Mutter „stillt“ ihr Kind durch Milch, aber auch durch Auf-den-Arm-Nehmen oder Streicheln. Diese psychische Bedeutung des „Nährens“ bleibt lebenslang bestehen, wenn sie auch oft nicht mehr bewusst wahrgenommen wird. Darüber hinaus

hat das Essen einen großen gesellschaftlichen Wert im sozialen Zusammenleben. Essen ist eben nicht nur in der Familie oder mit Freunden, sondern auch im Beruf eine soziale Tätigkeit („Arbeitsessen“). Eine ausführliche Darstellung der Essstörungen findet sich in ► [Abschn. 6.3](#).

Stoffungebundene Suchtformen: Sucht ohne Drogen

- 6.1 Endorphine: Neue Forschungsergebnisse der Neurobiologie – Die Biochemie der Ekstase – 81**
- 6.2 Spielsucht – 84**
- 6.3 Essstörungen – 88**
 - 6.3.1 Esssucht (Binge Eating Disorder/Adipositas) – 88
 - 6.3.2 Ess-Brech-Sucht (Bulimie) – 89
 - 6.3.3 Magersucht (Anorexie) – 90
- 6.4 Arbeitssucht – 92**
- 6.5 Liebes- und Sex-Sucht – 95**
 - 6.5.1 Liebessucht – 95
 - 6.5.2 Sex-Sucht – 97
- 6.6 Missbrauch von Medien: Fernsehen, Computer, Internet, Handy, Smartphone ... – 99**
 - 6.6.1 Fernsehsucht – 101
 - 6.6.2 Internet-/Online-Sucht – 102
 - 6.6.3 Handysucht: Das grosse Quasseln – 109
 - 6.6.4 „Infoholics“ oder: Leben im Zeitraffer – 111
- 6.7 Kaufsucht – 112**
- 6.8 Kleptomanie – 113**
- 6.9 Sportsucht – 115**

- 6.10 Der Körper als Überdruckventil: Skin Picking, Trichotillomanie, Tattoos und anderes selbstverletzendes Verhalten – 116**
 - 6.10.1 Skin Picking („Dermatillomanie“) – 116
 - 6.10.2 „Trichotillomanie“ – 117
 - 6.10.3 Schmerzvolle Erlösung: Selbstverletzendes Verhalten – 118
 - 6.10.4 Tattoo- und Piercing-„Sucht“? – 118
 - 6.10.5 Amputations-Sucht (Body Integrity Identity Disorder, BIID): Das Fremde im eigenen Körper – 119
 - 6.10.6 Münchhausen- und Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom – 119
- 6.11 Extremsituationen – 120**
- 6.12 Ist das wirklich Sucht? – 121**
 - 6.12.1 Sucht oder Zwang? – 121

6.1 Endorphine: Neue Forschungsergebnisse der Neurobiologie – Die Biochemie der Ekstase

» Ohne Risiko gibt es keine Ekstase. (Lisz Hirn)

Während bei den stoffgebundenen Suchtformen dem Körper eine Droge von außen zugeführt wird, um den Erlebnis-, Bewusstseins- und Gefühlszustand zu verändern, ist das bei den stoffungebundenen Suchtformen anders: Hier wird von den Abhängigen keine chemische Substanz genommen und trotzdem können sich bei ihnen rauschähnliche Zustände einstellen. Es gibt inzwischen konkrete Hinweise darauf, dass der Körper durch Stimulation von außen (z. B. durch bestimmte Tätigkeiten) oder durch innere Bilder (Vorstellungen, Gedanken, Gefühle) und ohne die Zuführung eines chemischen Stoffes in der Lage ist, sich eine biochemische Situation zu schaffen, die ein rauschhaftes Erleben, sozusagen „Sucht ohne Drogen“, bewirkt. Dieser Bereich der körpereigenen Endorphine wird zurzeit in Biochemikerkreisen erforscht und in der Suchttherapie heiß diskutiert.

Schon Anfang der 70er Jahre entdeckten Neuropharmakologen, dass menschliche Nervenzellen körpereigene Substanzen produzieren können, die dem Morphin biochemisch sehr ähnlich sind. Weil sie der Körper selbst produziert, nannte man sie innere Morphine (also Endomorphine), später (und bis heute) nennt man sie **Endorphine**. Diese „hausgemachten“ Drogen filtern Angst und Schmerz. Sie helfen zum Beispiel Schwerverletzten eines Unfalls, solange durchzuhalten, bis Rettung in der Nähe ist. Man braucht nur an die spektakulären Berichte von Unfallärzten zu denken, in denen sich Menschen mit schwersten Verletzungen noch zum nächsten Telefon schleppen, um Hilfe zu holen: Hier haben Endorphine mitgeholfen. Außerdem mindern Endorphine in gefährlichen Situationen die Angst und helfen so zu übermenschlichen Leistungen: Endorphine sind dort also Helfer gegen die Angst. Aber sie euphorisieren auch, geben einen „Kick“ (z. B. wenn wir etwas Positives erfahren oder verliebt sind). Manche sprechen deshalb vom selbstproduzierten „**Substrat des Glücks**“.

Im Grunde ist es natürlich umgekehrt: Nicht die Endorphine sind den Drogen wie Morphin, Heroin

oder Alkohol ähnlich, sondern diese Drogen sind mehr oder weniger gelungene Nachbildungen der Endorphine, die die Menschen schon seit Jahrtausenden in ihrem Körper ganz automatisch herstellen. Nur beginnt man erst jetzt die Endorphine zu entdecken und biochemisch zu entschlüsseln. Erst seit ein paar Jahren steht fest, dass die Aktivität der Milliarden Nervenzellen in unserem Gehirn durch ungefähr 50 verschiedene **Neurotransmitter** gelenkt wird. Eine Gruppe davon sind eben diese Endorphine (weitere s. u.). Sie blockieren oder stimulieren an den Empfangsstationen im Gehirn, den Rezeptoren, die Nervenzellen und damit die Wahrnehmungen – aber auch die Gedanken und Gefühle. Unsere Stimmung und unsere Motivation (unsere Lust, aber auch unser Angst) sind davon abhängig. Und das ist die Gemeinsamkeit der Endorphine mit den von außen zugeführten Opiaten: Sie werden auf die gleiche Weise im Limbischen System aufgenommen und verarbeitet, nämlich dort, wo sich unser emotionales Wohlbefinden einpegt.

Viel mehr weiß man über diesen neuen und sehr komplexen Bereich noch nicht. Nur so viel noch: Nach diesem naturwissenschaftlichen Menschenbild gibt es keinen noch so komplexen seelischen Vorgang ohne ein biochemisches Substrat. Das hört sich nach rein biochemischen Prozessen an. Das Interessante daran aber ist, dass diese biochemischen Prozesse durch Stimulation von außen, ebenso wie durch bestimmte Verhaltensweisen und Einstellungen (Gedanken, innere Bilder) beeinflussbar sind, jedoch ohne die Zuführung eines chemischen Stoffes. So können bestimmte körperliche Anstrengungen (Joggen, Freeclimbing oder „House-running“), aber auch Schmerzerfahrungen (z. B. im S/M-Bereich) durch die Ausschüttung von Endorphinen ein intensives Glücksempfinden hervorrufen. Diese Wirkung ist inzwischen medizinisch anerkannt, wenn sie auch individuell höchst unterschiedlich erlebt wird.

So weiß man zum Beispiel auch, dass durch bestimmte Ekstasetechniken, wie sie von Naturvölkern bei religiösen Handlungen Verwendung finden, ähnliche alternative Zustände des Bewusstseins und des Gefühlslebens herbeigeführt werden können. Auch in bestimmten psychotherapeutischen Techniken wie „Rebirthing“, bestimmten kathartischen Formen der Körper-Psycho-Therapie oder der Primärtherapie („Urschrei“) etc. gibt es diese

alternativen Bewusstseinszustände, die der Körper ohne Zuführung eines Stoffes von außen herstellt. Auch im „Runner's-High“ der Langstreckenläufer, bei großem Stress, beim Fasten, beim Orgasmus oder exzessivem Glücksspiel scheinen die Endorphine eine große Rolle zu spielen. Und sogar bei der Suche nach körperlichen und seelischen Extremsituationen (Bergsteigen, Motorrad- und Autorennen, okkulte Praktiken, etc.) wird scheinbar dieser Wunderstoff produziert, abhängig von der Erregung und der emotionalen Bedeutung für den Betroffenen. Auch diverse Geräte (sogenannte „mind-machines“), mit denen versucht wird, über optisch-akustische Stimulation die Gehirnströme zu beeinflussen, geben vor, die Endorphinausschüttung zu stimulieren. Aber wie passiert das? Was geschieht dabei im Gehirn? Und wie wird aus Rausch dann Sucht?

■ Exkurs: Das „emotionale Gehirn“

Im Zusammenhang mit Suchtmechanismen fallen immer wieder Begriffe wie Limbisches System, Belohnungssystem, Neurotransmitter etc., die deswegen im Folgenden kurz erläutert werden sollen.

Bestimmte Gehirnstrukturen (die man auch das „emotionale Gehirn“ nennen könnte) spielen bei Suchtmechanismen eine wichtige Rolle, weswegen es wichtig ist sie zu kennen:

- Der *Hypothalamus* ist verantwortlich für die Ausschüttung der Hormone.
- Das *Limbische System* (das streng genommen aus mehreren Gehirnarealen besteht) gehört zu den ältesten Teilen des menschlichen Gehirns. Es ist eine Funktionseinheit, die der Verarbeitung von Emotionen dient, der aber auch intellektuelle Leistungen zugesprochen werden. Es ist so etwas wie die Schaltzentrale von und für Emotionen.
- Ein Bestandteil des limbischen Systems ist die *Amygdala*, die Sinneseindrücke in Gefühle übersetzt. Man kann sagen: Die Amygdala moduliert Stress und Emotionen.
- Der *Nucleus accumbens* wird als Sitz des Belohnungszentrums vermutet. Er ist beteiligt beim Übergang von der Motivation in eine Handlung.
- Der *dorsal-laterale präfrontale Cortex (DLPC)* gilt als Belohnungsgedächtnis. Auf ihn wirkt wiederum der Nucleus accumbens ein.

■ Die *Basalganglien* sind bei wiederholtem Verhalten beteiligt und werden von Nucleus accumbens und DLPC beeinflusst.

Zum **Belohnungssystem** werden der Nucleus accumbens, der dorsal-laterale präfrontale Cortex, die Basalganglien sowie die Amygdala gezählt. Das Belohnungssystem spielt für die Entstehung von Rausch und Sucht eine zentrale Rolle.

Außerdem sind im Zusammenhang mit süchtigem Verhalten auch verschiedene Botenstoffe des Gehirns (Neurotransmitter) wichtig. Zentral sind dabei Serotonin, Dopamin, Endorphine und Oxytocin.

Serotonin Es hält das Gefühlsleben im Gleichgewicht, besitzt eine harmonisierende Wirkung, macht zufrieden und gelassen und verleiht Gleichmut.

Dopamin Dabei handelt es sich um einen Botenstoff, der uns motiviert und nach Glücksgefühlen streben lässt, der uns Hoffnung gibt und zu Lust, Spaß und dem „Kick“ aktiviert.

Endorphine Das sind verschiedene körpereigene Opiate, die betäuben, entspannen und euphorisieren (d. h. die Reaktionen Kampf, Flucht oder Erstarren einleiten können). Sie werden unter großer körperlicher Anstrengung ausgeschüttet.

Oxytocin Es wird von der Hypophyse in hochdosierter Weise z. B. bei Zärtlichkeit und körperlicher Wärme ausgeschüttet und bewirkt ein Gefühl von Geborgenheit und Vertrautheit.

■ Die Wirkung der „Droge Verhalten“

Wie gesagt: Anders als bei stoffgebundenen Süchten werden dem Körper bei den durch Verhalten hervorgerufenen Rauschzuständen keine psychotropen Substanzen zugeführt, die auf das Erleben oder Befinden einwirken. Stattdessen sorgen hier die körpereigenen biochemischen Veränderungen für den psychotropen Effekt, indem sie das Belohnungssystem im Gehirn aktivieren, das wiederum positive Empfindungen auslöst. Nicht selten wird das exzessive Verhalten (sei es Spielen, Arbeiten oder Einkaufen) als effektives Mittel zur Stressbewältigung eingesetzt. Es dient sozusagen der „Selbstmedikation“,

um das Leben erträglich zu machen und stellt eine Strategie dar, es sich gut gehen zu lassen und sich zu belohnen.

Die physiologischen Prozesse, die zur stoffgebundenen Sucht führen, sind ähnlich wie bei stoffgebundenen Süchten. Bei beiden spielt das Belohnungssystem im Gehirn eine wichtige Rolle. Für das Belohnungssystem des Gehirns ist es zweitrangig, ob die Verstärker von außen zugeführte pharmakogene Substanzen sind, die direkt auf den Botenstoff Dopamin einwirken, oder Verhaltensweisen, die indirekt auf das Gehirn einwirken.

Ein bestimmtes Verhalten aktiviert also das Belohnungssystem und löst angenehme Gefühle aus. Das Verhalten wird wiederholt, um die positiven Gefühle zu erhalten oder wiederherzustellen, besonders in Stresssituationen, bei denen die negativen Empfindungen dadurch unterdrückt oder überlagert werden.

Oft kann das Verhalten das Belohnungssystem deutlich schneller aktivieren als andere Reize.

In Stresssituationen wird dann wiederkehrend zu der entsprechenden süchtigen Verhaltensweise (z. B. Internetsurfen, Sex, joy-riding)egriffen, weil sie das einzige ist, was diese ausreichend belohnenden Effekte erzielt. Dadurch wird das Belohnungszentrum auf das Verhalten sensitiviert und reagiert auf Reize, die mit dem Verhalten verbunden sind, besonders schnell.

■ **Suchtgedächtnis = Belohnungsgedächtnis**

Durch das wiederholte Ausüben des Verhaltens werden die Verbindungen zwischen den Neuronen im Belohnungssystem gestärkt („gebahnt“). Das Belohnungssystem wird für diese positiv erlebten Verhaltensweisen sensitiviert und spricht auf sie schneller an als auf andere (mehr oder weniger neutralen) Reize. Abhängige Verhaltensweisen können so den Mechanismus der Dopaminausschüttung im Nucleus accumbens verstärken, man spricht dann von einer Aktivierung des Belohnungssystems. Durch regelmäßige Aktivierung wird die Verbindung zum Belohnungsgedächtnis gestärkt. Das Gehirn „erinnert“ sich also im sogenannten Suchtgedächtnis bei allen Suchtmitteln und dem süchtigen Verhalten an die eintretende Wirkung. So beispielsweise beim Glücksspiel an den aufregenden (und bei Gewinn beruhigenden, entspannenden)

Effekt als „Belohnung“ oder zum Abschalten nach einem harten Arbeitstag. Das Suchtgedächtnis sorgt dann dafür, dass die Psyche dieses süchtige Verhalten nach anhaltendem Missbrauch später immer wieder (über den Suchtandruck „Craving“) in entsprechenden ähnlichen Situationen verlangt – jedenfalls, wenn der Betroffene nicht gelernt hat, wie er dieselben Effekte ohne das süchtige Verhalten erzielen kann.

Besonders in Stresssituationen wird häufig zu den angenehmen Verhaltensweisen (z. B. Computerspielen, im Internet chatten oder einkaufen)gegriffen, die kurzfristig entspannend und belohnungsfördernd wirken. Sie werden zur „**Fluchtburg**“ vor den verpflichtenden Anforderungen der Realität. Die Verknüpfung dieser bestimmten Verhaltensweisen mit positiven Emotionen führt dazu, dass andere (von außen verlangte) Verhaltensweisen (z. B. in die Schule gehen, arbeiten, seinen Verpflichtungen nachkommen) immer weniger attraktiv werden – und damit immer häufiger unterlassen werden.

Beispiel Computer-Sucht

Der positiv empfundene Effekt des Abtauchens in eine virtuelle Welt aktiviert das Belohnungssystem. Der Computerspieler lernt, dass er durch Spielen schnell und effektiv unangenehmen Gefühlen (wie z. B. Frustration, Stress, Ängsten) ausweichen oder entgegenwirken kann. Im Laufe der Zeit wird dieses Verhalten vor anderen Verhaltensweisen bevorzugt, weil diese das Belohnungssystem nicht so stark stimulieren können wie das süchtige Verhalten. Andere ehemals belohnend wirkende Verhaltensweisen (wie etwa Essen oder soziale Kontakte) werden zugunsten des süchtigen Verhaltens vernachlässigt.

Bei mehrfacher Wiederholung der belohnenden Verhaltensweisen in Kombination mit anderen Reizen spricht das Belohnungssystem dann auch schon auf die begleitenden Reize an (z. B. auf Geräusche von Spielautomaten bei Spielsüchtigen oder Computerjingles bei Internetsüchtigen). So können schon allein diese Reize das Verlangen nach den entsprechenden Verhaltensweisen auslösen.

Die Situationen des süchtigen Verhaltens werden mit der Zeit immer alltäglicher, die Anlässe immer geringer, **bis das Suchtverhalten zur Gewohnheit geworden ist**, da ohne es später „nichts mehr läuft“ oder man gar nichts mehr „auf die Reihe“ kriegt. Man hat sich dann quasi selbst konditioniert wie einen Pawlow'schen Hund, hat dieses eher negative Verhaltensmuster erlernt und leider hat es sich dann bereits verfestigt. Meistens ist es dummerweise nicht so einfach, eine solche Konditionierung wieder los zu werden.

Letztendlich kann nahezu jede Verhaltensweise rauschhaft oder süchtig entgleisen und zur stoffungebundenen Sucht werden. Deshalb spricht man auch von „Verhaltenssucht“. Je unkomplizierter die Verhaltensweise ist, umso leichter kann sie süchtig entgleisen.

Bekannt, weil häufig zu finden, sind vor allem folgende Formen der stoffungebundenen Sucht:

Folgen der stoffungebundenen Sucht

- Spielsucht
- Essstörungen
 - Esssucht (Adipositas)
 - Ess-Brech-Sucht (Bulimie)
 - Magersucht (Anorexie)
- Arbeitssucht
- Liebes- und Sex-Sucht
- Missbrauch von Medien (Computer, Internet, Handy, Fernsehen, etc.)
- Andere stoffungebundene Suchtformen
 - Kleptomanie
 - Kaufsucht
 - Suche nach Extremsituationen
 - Sportsucht, etc.

■ Weiterführende Literatur

- Mann K. (Hrsg.) (2014) Verhaltenssüchte: Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention. Springer-Verlag

6.2 Spielsucht

- » Eher spielen sich hundert Leute arm, als einer reich. (Sprichwort)

In Deutschlands Kneipen, Cafes und Spielotheken kann man derzeit an mehr als einer Viertelmillion gewerblicher Geldspielautomaten zocken und daddeln. Noch immer sind Geldspielautomaten auf dem deutschen Glücksspielmarkt das ertragreichste Segment. Auch wenn die Steigerungsraten heutzutage nicht mehr so immens sind – sie verharren mit nur noch leichten Steigerungsraten auf einem sehr hohen Niveau. Denn zwischen der Nivellierung der Spielverordnung im Jahr 2006 und dem Jahr 2012 hatte sich der erwirtschaftete Bruttospielertrag der in Deutschland aufgestellten gewerblichen Geldspielautomaten um satte 87,2% auf 4,4 Mrd. Euro erhöht.

Ganz abgesehen davon spielen die Deutschen auch noch zusätzlich in Spielbanken und Automatenkasinos sowie in verschiedenen Lotterien. Nicht zu vergessen der nur begrenzt regulierte Glücksspielmarkt in Form von Wettbüros, Wettshops, Sportwetten (stationär und online) sowie Online-Poker/Kasinoangeboten, auf den nach einer Analyse von Goldmedia (2013) ca. 15% des Gesamtmarktes entfielen (immerhin 1,6 Mrd. €). Hinzu kommt noch das komplett illegale Glücksspiel (Poker, Black Jack, 17 und 4 ...) in den Hinterzimmern irgendwelcher Kneipen, über das es keinerlei Statistiken gibt.

All diese Angebote werden natürlich heftig von Spielern genutzt. Und das ist dann das Reservoir, aus dem die Spielsüchtigen rekrutiert werden.

Nach einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wiesen im Jahr 2011 ca. 275.000 Deutsche ein problematisches Spielverhalten auf (dies entsprach 0,51% der bundesdeutschen Bevölkerung), bei 264.000 Deutschen war ein dezidiert pathologisches Spielverhalten (also Spielsucht) erkennbar. Bezogen auf die Lebenszeit kann man davon ausgehen, dass 1,4% der deutschen Bevölkerung (dies entspricht rund 776.000 Personen) problematische Spieler und 1,0% (dies entspricht 531.000 Deutschen) pathologische Spieler sind. Wobei problematisches Spielverhalten und Spielsucht vor allem ein Problem junger Männer ist. Laut einer Studie der BZgA von 2013 fielen von den 18- bis 20-jährigen Männern rund 9 % in diese Kategorien. Arbeitslosigkeit und Migrationshintergrund sind laut BZgA weitere Risikofaktoren.

Klar ist dann auch: Sowohl die ambulanten Suchtberatungsstellen registrieren einen verstärkten Zulauf von Spielern, aber immer häufiger sind Spieler

6.2 · Spielsucht

auch in Fachkliniken für Suchtkranke zu finden. So wuchs die Zahl der betreuten Spieler in knapp 600 ambulanten Suchtberatungsstellen allein zwischen 2011 und 2012 um 16,2%. Bei über 8.800 Klienten wurde dort die Diagnose „Pathologisches Spielen“ gestellt und in 18 Fachkliniken, die mit Spielern stationär psychotherapeutisch arbeiten, wurden mehr als 2.000 Spielsüchtige behandelt.

Fest steht außerdem: Zwischen 6.000 und 10.000 Spieler treffen sich pro Jahr in den Spieler-Selbsthilfegruppen. Und die Anzahl dieser Selbsthilfegruppen hat sich in den 10 Jahren zwischen 2002 und 2012 nahezu verdoppelt (von 2002: 110 Gruppen auf 206 Gruppen in 2012).

Und der Nachwuchs lässt nicht lange auf sich warten: Sportwetten (v. a. Live-Wetten), Automatenglücksspiel und Online-Poker etc. sind bereits unter Schülern und Schülerinnen angesagt. Trotz Verbot und Jugendschutzgesetz investieren die Jugendlichen viel Zeit und Geld ins Glücksspiel. Laut Informationen (Stand 2014) der Fachstelle für Suchtprävention Berlin haben in den letzten 12 Monaten statistisch betrachtet aus einer Klasse von 25 Schülern 5 an Glücksspielen teilgenommen (das sind 20%). Nach verschiedenen Infobroschüren zum Thema Spielsucht locken Online-Glücksspiele vor allem mit kostenfreien Trainingseinheiten sowie kinderleicht zu umgehenden Altersbeschränkungen. Auch hier haben männliche Jugendliche und junge Erwachsene mit Migrationshintergrund ein besonders hohes Risiko. Gravierende Auswirkungen kann problematisches Spielverhalten bereits in jungen Jahren haben: Es kann zu Problemen mit Familie und / oder Freunden kommen, Schulden können aus dem süchtigen Verhalten resultieren. Weitere Folgen können die Vernachlässigung schulischer Verpflichtungen und sogar Beschaffungskriminalität sein.

Fall

„Bedingt durch Stress, Arbeit, Familie, dem ich entfliehen wollte, habe ich dann angefangen, regelrecht zu spielen. Zuerst auch nur kleine Beträge. Aber die mussten wieder reingeholt werden. Man hat es also probiert, hat Beträge gesetzt, und so ist das allmählich angewachsen. Es gibt also heute Lokale, da geh ich rein, da weiß keiner, dass ich Spieler bin. Und es gibt andere, die wissen ganz genau, wenn ich reinkomme, da legen die die Euros bereit

... Weshalb ich spiele, das können unheimlich viele Gründe sein. Das kann einmal sein, dass ich Ärger hatte. Es kann sein, dass ich mich einsam fühle. Es kann auch genau umgekehrt sein, dass ich einsam sein will, dass ich mich zurückziehen will ... Wenn ich also vor so einem Ding sitze, dann sehe ich rechts und links überhaupt nichts. Da ist total alles weg. Ich kapsel mich dann total ab, beschäftige mich mit meinen Gedanken. Nach einer Zeit kann ich aber selbst das dann nicht mehr, weil ich mich total auf das Ding konzentriert habe, und alles ist weg ... Manchmal habe ich das Gefühl, ich verschwimme mit der Maschine und werde vollkommen eins mit ihr, manchmal kämpfe ich gegen den Automaten, obwohl der immer gewinnt. Das weiß man vorher, trotzdem probiert man's immer wieder.“ (Erich*, 36, spielt seit 8 Jahren und hat bisher 30.000 € verspielt)

*Namen und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren

Fall

„Ich bin ja nun, ich möchte bald sagen, ein ›Vollblutzocker‹ gewesen. Ich habe alles gespielt, was es nur zu spielen gab. Am liebsten hätte ich gespielt, wie viele Blätter fallen vom Baum. Mir war das alles egal. Ich kann mich an ein Ereignis erinnern: Ich war auf der Rennbahn gewesen und habe da beim letzten Rennen eine Dreierwette getroffen und 700 € gewonnen und war todunglücklich, dass jetzt kein Rennen mehr stattfand und dass ich auch jetzt noch Geld in der Tasche hatte. Und was war mein nächster Weg? Wieder in die Spielbank zu fahren und zu versuchen, das Geld wieder loszuwerden. Ich war halt ein Spieler, der alles gespielt hat und dem auch alles egal war, zum Schluss. Man hat gewonnen, da ist man nochmals nachts in eine Bar und hat den großen Max gemacht.“ (Wilhelm*, 54 Jahre, war über 20 Jahre spielsüchtig)

*Namen und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren

Über pathologisches Spielen wurde in den letzten Jahren heftig gestritten: Ist es nun eine Sucht oder nicht? Begonnen hatte der Wissenschaftsstreit in Deutschland 1983 mit der Dissertation von Gerhard Meyer

mit dem Titel „Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeiten – Objekte pathologischen Glücksspiels“ (Bochum, 1983). Die Automatenindustrie, die Meyer mit Gerichtsprozessen überzog, finanzierte daraufhin ihr genehme Studien, die belegen sollten, dass es sich beim pathologischen Spielen nicht um Spielsucht handelte. Wenn es sich nämlich um Sucht handelt, muss der Gesetzgeber aktiv werden. Inzwischen ist der Streit wohl entschieden: Pathologisches Spielen wird inzwischen von den meisten Experten als Sucht angesehen. Nach wissenschaftlichen Untersuchungen in den USA ist die Lebenserwartung von Spielern erheblich verringert. Kreislaufbeschwerden, Herzrhythmusstörungen, Hautkrankheiten, Magengeschwüre sind ebenso Folgen exzessiven Spielens wie Zahnverfall, Unterernährung oder Fettleibigkeit. Eine ältere Untersuchung des Psychologen Carlton (New Jersey, USA), der den Hormonhaushalt von 100 notorischen Spielern vier Jahre lang untersuchte, belegt die körperlichen Veränderungen der Spielsüchtigen: Nach Carlton sei der extrem erniedrigte Serotonin-Spiegel pathologischer Spieler mit daran schuld, dass Süchtige das Spielen nicht unterlassen können. (Serotonin ist ein Hormon, das dafür sorgt, dass wir den größten Teil des Tages wach und nicht nur schlafend verbringen, mehr dazu: ► [Abschn. 6.1](#)). Der amerikanische Psycho-
loge Custer sieht bei der Spielsucht die drei Phasen der Abhängigkeit, ähnlich wie bei anderen Suchtformen:

Die drei Phasen der Spielsucht

Gewinn-Phase

Gelegentliches Glücksspiel, häufige Gewinne, lustbetonte Erregung, Einsatzerhöhung, häufigeres Spiel, „der große Gewinn“, unrealistischer Optimismus, etc.

Verlust-Phase

Allein-Spielen, Zentrierung, Verlustsequenzen, Unfähigkeit aufzuhören, Kontrollverlust, Lügen, Geld leihen, Probleme mit dem Partner, hohe Verschuldung, Depression

Verzweiflungs-Phase

Geschädigter Ruf, Dosissteigerung, Entfremdung von Familie und Freunden, Schuldgefühle, Schuldzuweisung an andere, Panik, illegale Handlungen etc.

Auch wenn der Prozess, wie jemand spielsüchtig wird, hoch individuell ist und nur begrenzt vergleichbar, gibt es doch oft bei Spielsüchtigen folgende Stationen:

- Oft sind die ersten Kontakte mit dem Glücksspiel eher zufällig.
- Es kommt zu (mitunter großen) Anfangsgewinnen.
- Der Spieler verbindet mit dem Spielen positive Gefühle. Deshalb sucht er diese guten Empfindungen immer wieder. So entsteht eine Art Wiederholungsdruck.
- Die entstandenen Verluste werden „kleingeredet“ („Das hole ich schon wieder rein!“).
- Durch gelegentliche Gewinne erscheinen die häufiger werdenden Verluste nicht mehr so hoch.
- Der Aufenthalt in den Spielstätten sowie die Risikobereitschaft steigen.
- Größer werdende Verluste führen zur Verheimlichung der Spielstättenbesuche.
- Die Gedanken drehen sich zunehmend um das Spielen, jede freie Minute wird dem Glücksspiel gewidmet – gedanklich oder real.
- Durch die Suche nach zusätzlichen Geldquellen wird jedes verfügbare Geld zum „Spieltagel“.
- Auf Glücksgefühle während des Spielens folgen negative Emotionen wie Traurigkeit und Erschöpfung.
- Es werden Vorsätze gefasst, wann und mit welchen Summen gespielt wird; diese Vorsätze schlagen bald fehl.
- Die Schulden häufen sich, der Spielsüchtige flüchtet sich immer häufiger in Träume von Gewinnen, die alles zum Guten wenden.
- Solange Geld verfügbar ist oder neue Geldquellen in Aussicht sind, ist der Spielsüchtige unfähig, mit dem Spiel aufzuhören.
- Versuche, aufzuhören, enden mit Rückfällen.
- Der psychische und soziale Druck und die finanzielle Not steigen, der Spieler isoliert sich zunehmend von Freunden und Familie.
- Der zentrale Lebensmittelpunkt des Spielers ist das Glücksspiel, dem häufig tagelang nachgegangen wird.
- Schlussendlich gesteht der Spielsüchtige seine Niederlage ein.

6.2 · Spielsucht

■ Tabelle 6.1 Spielsucht: Fragenkatalog

	Ja	Nein
Haben Sie jemals Ihre Arbeit versäumt, um spielen zu können?		
Hat Ihr Ruf bereits durch das Spielen gelitten?		
Haben Sie bereits gespielt, um mit dem Gewinn Schulden abbezahlen oder finanzielle Probleme lösen zu können?		
Hat Ihnen das Spielen bereits familiäre Missstimmung gebracht?		
Haben Ihre Leistungsfähigkeit oder Ihr Ehrgeiz durch das Spielen gelitten?		
Haben Sie nach einem Gewinn weiterhin den starken Drang weiterzumachen, um noch mehr Geld zu gewinnen?		
Haben Sie sich bereits Geld geliehen, um spielen zu können?		
Wollen Sie den Verlust schnellstmöglich zurück gewinnen?		
Haben Sie Gewissensbisse während oder nach dem Spielen?		
Haben Sie bereits etwas verkauft, um mit dem Erlös spielen zu können?		
Haben Sie schon einmal länger gespielt, als Sie eigentlich wollten?		
Leiden Sie unter Schlafproblemen, seit Sie spielen?		
Haben Sie schon einmal Ihr Spiel auf ungesetzliche Weise finanziert? Oder haben Sie bereits an diese Möglichkeit gedacht?		
Haben Sie schon einmal gespielt, um sich ein Glücksgefühl zu verschaffen?		
Haben Sie mithilfe des Spiels schon einmal Ärger und Sorgen vergessen wollen?		
Haben Sie schon häufiger Ihren „letzten Cent“ verspielt?		
Ist Ihnen durch das Spielen das Wohl Ihrer Familie gleichgültig geworden?		
Benutzen Sie „Spielgeld“, also Geld, das Sie eigentlich zum Spielen verwenden wollen, nur widerwillig für andere Ausgaben?		
Ist Ihnen bereits bewusst geworden, dass Sie sich mit dem Spielen selbst schädigen?		
Haben Auseinandersetzungen, Enttäuschungen, Streitigkeiten oder andere Schwierigkeiten Sie zum Spielen getrieben?		

Wenn Sie mehr als sieben Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, besteht die Gefahr einer Abhängigkeit.

Klar ist: Wer länger spielt, verliert. Zwar nicht immer, aber immer mehr. Pathologische Spieler haben auch häufig Schulden. Ca. 65% der Spieler sind in irgend einer Weise verschuldet. Das ist verständlich, da Spielen mit großen finanziellen Aufwendungen verbunden ist. Weil das Geld aber nur bis zu einer gewissen Grenze auf legale Weise beschafft werden kann, ist der Schritt in die Kriminalität nicht mehr weit. In verschiedenen Untersuchungen wurde festgestellt, dass sich zwischen 30 und 90% der pathologischen Spieler illegal Geld beschafft haben. Es sind zwar kaum Kapitalverbrechen, aber die

Beschaffungskriminalität (Diebstahl, Scheckbetrug, Hehlerei) geht z. T. in die Hunderttausende. Schon in einer älteren Untersuchung der Bremer Universität wurde festgestellt, dass sich 47% der Automatenspieler in Selbsthilfegruppen (nach eigenen Angaben) Geld zum Spielen auf illegale Weise verschafft haben.

Der folgende Fragenkatalog dient der Abschätzung, ob eine Spielsucht vorliegen könnte (■ Tab. 6.1).

Der Staat hat zum Glücksspiel eine ähnlich zwiespältige Haltung wie zu Alkohol oder Nikotin. Grundsätzlich handelt es sich um eine unerwünschte

Tätigkeit, wird der Staat aber über Steuern an den Einnahmen beteiligt, entfallen offenbar (zumindest teilweise) die Bedenken. Im Jahr 2012 lagen die glücksspielbezogenen Einnahmen des Staates bei 2,85 Mrd. Euro. Von diesen Gesamteinnahmen entfielen 294 Mio. Euro auf die neuen Bundesländer und 616 Mio. auf kommunale Vergnügungssteuern.

■ Weiterführende Literatur

- Meyer G, Bachmann M (2011) Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. Springer-Verlag

6

6.3 Essstörungen

» Essen ist eine höchst ungerechte Sache: Jeder Bissen bleibt höchstens zwei Minuten im Mund, zwei Stunden im Magen, aber zwei Monate (oder auch zwei Jahre) auf den Hüften. (Nach Christian Dior)

Fast jeder zweite Deutsche ist übergewichtig, jeder vierte schleppt sogar 40 Pfund und mehr zu viel an Brust, Bauch und Lenden mit sich herum. Nur ein Viertel aller Bundesrepublikaner lebt – trotz Bio-welle – wirklich gesundheitsbewusst. Das hat zwar mit Esssucht im engeren Sinne nichts zu tun, ist aber sozusagen das Reservoir, aus dem sich Menschen mit wirklich massiven Essproblemen rekrutieren. Und die erhöhten Gesundheitsrisiken für Dicke (Diabetes, Bluthochdruck, Gicht, Herzerkrankungen, Stoffwechselkrankheiten etc.) geben der Phrase vom „Selbstmord mit Messer und Gabel“ doch recht. Aber ist das Sucht?

Laut dem US-Psychologie Professor J. Schroeder, wird die Hypothese, dass zucker- und fettreiche Nahrungsmittel das Gehirn ähnlich stimulieren wie Drogen, durch seine Forschung innerhalb des Behavioural Neuroscience Programs am Connecticut College gestützt.

Wenn es auch keine exakten Zahlen über die Verbreitung von schweren Essstörungen in der Bundesrepublik gibt, so bewegen sich die Schätzungen doch zwischen 3 und 4 Mio. Essgestörten. Es handelt sich dabei zu 80 bis 90% um Frauen. Nicht zuletzt deshalb spricht man von der „Sucht der Braven“.

Und dabei geht es nicht nur um die Erwachsenen. Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts belegt, dass bei etwa einem Fünftel aller 11- bis 17-Jährigen in Deutschland ein Verdacht auf eine Essstörung vorliegt. Bei jedem dritten Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren gibt es Hinweise auf eine Essstörung, bei den Jungen sind immerhin 13,5% auffällig.

Man unterscheidet heute vor allem drei Formen von Essstörungen:

- Esssucht (Binge Eating Disorder/Adipositas)
- Ess-Brech-Sucht (Bulimie)
- Magersucht (Anorexie)

6.3.1 Esssucht (Binge Eating Disorder/Adipositas)

» Wer den Speck hat, braucht für den Spott nicht zu sorgen. (Sprichwort)

Esssucht ist dadurch gekennzeichnet, dass es durch eine übermäßige Nahrungsaufnahme zu einem erhöhten Körpergewicht kommt (Fettleibigkeit). Ab einer Überschreitung des Idealgewichtes um 25% oder einem Anteil des Fettgewebes von mehr als 20% beim Mann und mehr als 25% bei der Frau spricht man von Fettsucht. Rein organische Ursachen lassen sich nur bei 1% der Fettsüchtigen finden. Esssüchtige haben Probleme, mit Essen kontrolliert umzugehen. Die natürliche Essbremse, das Sättigungsgefühl, ist nicht intakt. Der Körper meldet zu spät oder nicht nachhaltig genug, wenn er gesättigt ist. Durch heroische Anstrengungen kommt es kurzfristig zum Normalgewicht – aber selten auf Dauer. Esssüchtige leiden unter starken Scham- und Schuldgefühlen.

Wenn es immer wieder zu (periodischen) Heißhungerattacken mit regelrechtem Kontrollverlust kommt, nennt man das seit ein paar Jahren **Binge-Eating**-Störung (Binge=Gelage). Die amerikanische Psychiater Vereinigung (APA) hat folgende Kriterien für Binge-Eating aufgestellt:

- Mindestens zwei Essanfälle pro Woche (innerhalb von sechs Monaten)
- Kontrollverlust während der Nahrungsaufnahme
- Verlust des Sättigungsgefühls
- „Schlingen“: Hastiges Essen

6.3 · Essstörungen

- Essen bis zum totalen Völlegefühl
- Schuld- und Schamgefühle
- Leidensdruck

Mitunter ist das Binge-Eating eine Vorstufe zur Bulimie (► [Abschn. 6.3.2](#)).

Eine weitere Unterform der Adipositas ist die **latente Esssucht**. Hierbei merkt man den Esssüchtigen nicht direkt an, dass sie Suchtprobleme beim Umgang mit dem Essen haben. Mit eisernen Willen kontrollieren sie Essverhalten und Körpergewicht. Auch hier ist das Essen zum zentralen Lebensinhalt geworden. Latent Esssüchtige leiden unter ständiger Angst vor Gewichtszunahme, die in der Phantasie der Betroffenen zur maßlosen Gefahr hochstilisiert wird. Körperliche Erkrankungen sind als Folge von latenter Esssucht selten. Dafür sind die psychischen und sozialen Störungen massiv. Durch die eiserne Disziplin, die keinerlei Entspannung mehr zulässt, geht viel Lebensfreude verloren. Oft ist die latente Esssucht ein Übergangsstadium zur Ess-Brech-Sucht, und zwar dann, wenn die Kontrolle immer wieder zusammenbricht, oder gar zur Magersucht, wenn die Selbstdisziplin in Selbstkasteierung ausartet und das Euphorisieren (das „Fasten-high“) zum Ziel wird.

6.3.2 Ess-Brech-Sucht (Bulimie)

- » Pendeln zwischen Kühlschrank und Klo.
(Schlagzeile)

Wenn die Betroffenden direkt nach dem Essen die eben zu sich genommene Nahrung wieder erbrechen, spricht man von Ess-Brech-Sucht oder Bulimie (Bulimia nervosa). Bulimie heißt zu Deutsch „Stierhunger“. Bei diesem Stierhunger verfällt die Betroffene (es sind ca. 90% Frauen, allerdings holen hier durch die Veränderungen der Geschlechtsrollen die Männer auf) in eine regelrechte Fressorgie, der sie fast nur heimlich zu Hause nachgibt. Es wird z. T. innerhalb einer dieser Gieranfälle ein ganzer Laib Brot mit einem halben Pfund Butter und Wurstaufschnitt, Käse, zwei Brathähnchen, eine Riesen-schachtel Pralinen, zwei Büchsen Kekse und eine Familienpackung Eis verschlungen, dazu Kaffee und Cola. Mitunter hat das Mahl über 20.000 Kalorien

(!). Dabei sind die Bulimikerinnen nicht etwa dick. Sie werden nämlich von ihrer Angst, dick zu werden, sowie von Schuld- und Schamgefühlen überwältigt, sodass sie direkt nach dem Essen alles wieder erbrechen. Oftmals wird der Beginn dieser Heißhungerattacken durch eine überstrenge eingehaltene Diät ausgelöst. Ein Anfall ist dann wie ein Dammbruch. Über den sogenannten „**Jo-Jo-Effekt**“ schaukeln sich Diät- oder Fastenphasen einerseits und Ess-Brech-Anfälle andererseits gegenseitig hoch, bis es zu mehrmaligen Anfällen am Tag kommt: Irgendwann muss die Betroffene nicht einmal mehr den Finger in den Hals stecken – der Brechreflex kommt automatisch. Die wiederkehrenden Heißhungerattacken können täglich auftreten (auch mehrmals) und dauern zwischen 15 Minuten und vier Stunden. Im Anschluss erbrechen 60% ein- bis zweimal, 30% bis zu sechsmal und der Rest noch häufiger, wie man in einer Untersuchung herausfand. In der Regel verheimlichen die Patienten ihre Symptomatik strikt vor anderen Personen, wodurch mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen ist.

Die Betroffenen sind sich völlig klar über ihr abnormales Essverhalten, aber unfähig, aus dem Ess-Brech-Kreislauf auszubrechen. Sie hassen sich deshalb meist selbst und sind verzweifelt über ihren Mangel an Selbstkontrolle. Oft enden die Fressorgien mit einem Weinkampf. Manche betäuben ihre Depressionen zusätzlich mit Alkohol und/oder Schlaf- und Beruhigungssuppen. Viele Betroffene sind selbstmordgefährdet. Es gibt keine bundesweit repräsentativen Daten zur Häufigkeit von Bulimie (auch nicht zu Anorexie und Binge-Eating-Störung). Stichprobenuntersuchungen lassen vorsichtige Schätzungen zu, wonach in Deutschland für die Bulimie Häufigkeiten von 0,7% bis 1,3% ermittelt wurden. Jedoch geht man jeweils von einer höheren Dunkelziffer aus, da viele Betroffene aus Scham keine Beratung oder Therapie in Anspruch nehmen.

Die „typische“ Ess-Brech-Süchtige ist zwischen 20 und 30 Jahren alt, schlank, gebildet und kommt aus der gehobenen Mittelschicht. Sie ist intelligent und attraktiv, hat aber große Angst vor Kritik und Kontakt, ein sehr niedriges Selbstwertgefühl und kann sich nur schlecht durchsetzen. Ihr Verhältnis zum eigenen Körper ist seltsam verzerrt; obwohl sie schlank ist, erlebt sie sich als dick, aufgeschwemmt,

als hässliches Etwas. Auch wenn sie in einer dauerhaften Bindung lebt – was selten ist – vermeidet sie manchmal jahrelang Sexualität und Körperkontakt, weil sie sich nicht vorstellen kann, dass ein Mann diesen Körper, den sie selbst ablehnt, schön finden könnte. Empfindungen wie Kälte, Wärme, Müdigkeit, Hunger oder Sättigung spürt sie oft nur sehr undifferenziert, als ein diffuses Gefühl von Unbehagen. Auffallend ist der hohe Ausbildungsgrad der Betroffenen: 60% haben Abitur oder Hochschulabschluss.

Der oberflächliche Grund für Bulimie ist das widernatürliche Rollenklischee, wonach eine Frau schön, schlank und erfolgreich zu sein hat. Bulimikerinnen zeigen **enorme Gewichtsschwankungen**. Manche Frauen müssen drei verschiedene Kleidergrößen im Schrank haben, manche gar von Größe 38 bis 46. Auch wenn es die alten Römer mit ihren Federkielen, mit denen sie sich nach einem opulenten Mahl im Hals kitzelten, schon vorgemacht haben, so ist doch das Ausmaß der Sucht sehr viel gefährlicher als zu antiken Zeiten: Frühzeitiger Zerfall der Zähne, eine chronisch wunde Speiseröhre und Kehle, Nieren- und Leberschäden, enorme Elektrolytschwankungen sowie geschwollene Schilddrüsen sind die Folge. In Extremfällen kann es zu lebensgefährlichen Herzrhythmusstörungen (aufgrund der Elektrolytentgleisungen) und zu gerissenen Magenwänden kommen. Da viele Bulimie-Opfer zusätzlich bis zu 300 Abführtabletten pro Woche einnehmen, sind Darmstörungen ebenfalls die Regel. Ganz abgesehen von den seelischen Belastungen, die sich immer mehr steigern: Depression, Lebensleere, Isolation, totaler Negativismus, Gefühlsverarmung. Hinzu kommen dann noch finanzielle Probleme (diese Sucht kostet viel Geld), eine chronische Überforderung und der Verlust von wirklicher Freizeit und von Freunden. Rund 20% der Betroffenen unternehmen einen Selbstmordversuch. Folgende Kriterien sprechen für das Vorliegen einer Bulimie:

- Wiederholte Episoden von Bulimieattacken (Essen und Erbrechen)
- Mindestens drei der folgenden Symptome:
 - Verzehr hochkalorischer, leicht zuzuführender Nahrung während der Bulimieattacke
 - Wahlloses Durcheinanderessen
 - Beendigung des Essanfalls durch Erbrechen

- Missbrauch von Abführmitteln, Laxantien, Diuretika
- starke Gewichtsschwankungen (um 5 kg und mehr)
- Krankheitseinsicht, Angst vor Verlust der Willenskontrolle über das Essen
- Depressive Verstimmungen, Schuldgefühle

6.3.3 Magersucht (Anorexie)

» Seelenhunger. (Anonym)

Die akute Magersucht (Anorexia nervosa) tritt in der Hauptsache bei Mädchen während der Pubertät und des frühen Erwachsenenalters (bis 25 Jahre) auf. Laut Jahrbuch Sucht 2015 sind 0,3%–2% der Frauen von Anorexia nervosa betroffen (Lebenszeitprävalenz). Nur 6% der Magersüchtigen sind Männer. Magersüchtige verweigern die Nahrungsaufnahme mehr oder weniger total. Sie gehen extrem selbstzerstörerisch mit sich um, mitunter bis zur lebensgefährlichen Auszehrung. Die Magersucht zählt bei Mädchen und jungen Frauen zu den **häufigsten Todesursachen**.

Vor Ausbruch der Krankheit sind die Betroffenen oft angepasst und brav. Sie fallen in keiner Weise auf und erbringen hohe Leistungen in der Schule bzw. im Beruf. Dieser hohe Leistungsanspruch erhält sich auch während der Krankheit.

Da in der Pubertät das Interesse am eigenen Körper und an der Wirkung auf das andere Geschlecht erwacht, ist diese Lebensphase für die meisten Heranwachsenden eine schwierige Zeit. Die sekundären Geschlechtsmerkmale prägen sich aus, Brust und Po werden runder.

Vielfach wehren sich die heranwachsenden Frauen (mehr oder weniger bewusst) dagegen und beginnen zu hungrig: **Je dünner, desto attraktiver** (und kindlicher). Bei Magersüchtigen ist strengste Askese angesagt. Sie bleiben trotzdem erstaunlich lange leistungsfähig, treiben Sport (mitunter bis zum Exzess) und sind gut in der Schule. Es geht ihnen darum, nicht den Körper die Oberhand gewinnen zu lassen. Sie wehren sich stark gegen den Reifungsprozess und sie erleben ihren Körper, obwohl ausgezehrt, als fett. Das Hungergefühl wird als Anzeichen für einen Sieg über den Körper erlebt – ganz abgesehen

6.3 · Essstörungen

■ Tabelle 6.2 Essstörung: Fragenkatalog

	Ja	Nein
Wie oft essen Sie am Tag?		
In welchen Situationen essen Sie „außer der Reihe“?		
Essen Sie lieber in Gesellschaft oder allein?		
Essen Sie dann mehr bzw. weniger?		
Wie essen Sie (eher schnell, hastig, langsam, genussvoll, gierig)?		
Was für Gefühle und Gedanken haben Sie dabei? danach?		
Bereiten Sie Ihr Essen vor? Decken Sie z. B. den Tisch oder essen Sie auch öfter im Stehen?		
Essen Sie viel durcheinander? Wann vor allem?		
Gehen Sie während das Essens noch anderen Beschäftigungen nach (Fernsehen, Telefonieren, Lesen ...)?		
Essen Sie oft weiter, obwohl Sie schon satt sind?		
Wann können Sie nichts essen?		
Wann essen Sie nicht ausschließlich zur Befriedigung von Hunger? Was bringt Sie dazu?		
Wann essen Sie besonders viel bzw. wenig (Fressorgien, Fressanfälle, Nahrungsverweigerung)?		
Setzen Sie sich beim Essen unter Druck (Begrenzen der Essenszeit bzw. -menge)?		
Achten Sie auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung?		
Unterziehen Sie sich Fastenkuren bzw. Diäten? Wie oft?		
Erbrechen Sie manchmal bewusst und willentlich?		
Nehmen Sie Abführmittel?		
Denken Sie viel ans Essen?		
Haben Sie ständig einen vollen Kühlschrank?		
Haben Sie ein Süßigkeitsdepot?		
Haben Sie manchmal das Gefühl, sofort und unbedingt etwas essen zu müssen? In welchen Situationen?		
Gibt es prägnante, typische Situationen, in denen Sie essen, ohne richtigen Hunger zu haben (Langeweile, als Belohnung, Aggression)?		
Was ekelt Sie an bzw. was mögen Sie nicht essen?		
Sind Sie mit ihrem Gewicht zufrieden?		
Sind Sie mit Ihrer Figur zufrieden? Was gefällt Ihnen an Ihrem Körper, was nicht?		
Was haben Sie davon, dass Sie so essen, wie Sie essen?		
Wie würden Sie gerne mit Essen umgehen?		
Was hindert Sie daran, so essen zu können, wie Sie es gerne hätten?		
[Tabellenfußzeile - bitte überschreiben]		

davon, dass Hungern euphorische Zustände hervorrufen kann. Die Pubertätsmagersucht hat unbewusst oft auch den Versuch zur Ursache, die Entwicklung der Geschlechtsreife aufzuhalten. Meist bleibt dann auch die Menstruation aus. Bei ca. 30% der Betroffenen geht die Pubertätsmagersucht in eine chronische Magersucht über. Sie kann lebenslang bestehen bleiben. Die jungen Frauen essen dann gerade so viel, dass das Körpergewicht etwas über dem lebensbedrohlichen Untergewicht gehalten wird. Das Essen wird (wie bei latenter Esssucht) streng kontrolliert. Oft allerdings nimmt sich der Körper sein Recht und es kommt zwischendurch zu Fressanfällen, denen dann mit Abführmitteln begegnet wird, mitunter auch mit Brechanfällen. Außerdem missbrauchen Magersüchtige oft Appetitzügler.

Bei seelischen Problemen kann die chronische Magersucht wieder in eine akute übergehen. Im seelischen und sozialen Bereich besteht die Gefahr der Vereinsamung und der Depression. Bei 5 bis 10% der Betroffenen gibt es im Spätstadium keine Hilfe mehr. Sie sterben an der Verweigerung der Nahrungsaufnahme, wenn ihr Zustand zu spät erkannt und behandelt wurde. Sie hungern sich – wie der „Suppenkasper“ im „Struwwelpeter“ von Heinrich Hoffmann – regelrecht zu Tode.

Bei allen drei Formen von Essstörungen kommt es oft zu Medikamentenmissbrauch. Neben Abführmitteln und Appetitzüglern werden auch Psychopharmaka häufig eingesetzt. Vielfach kommt es dadurch zu einer Sekundärschädigung, z. B. Tabлетtenabhängigkeit und den damit verbundenen körperlichen Problemen (Leber-, Magen-, Herz-, Kreislauf-Beschwerden).

Einige Fragen zum Nachdenken gibt **Tab. 6.2** wieder.

6.4 Arbeitssucht

» Arbeit ist das ganze Leben. (Verändertes deutsches Sprichwort)

Für viele ist es schwer vorstellbar, dass Arbeit süchtig machen kann, denn schließlich hat gerade bei uns in Deutschland Arbeit ein hohes Sozialprestige, und der Fleiß gilt immer noch als die deutsche Hauptugend. „Arbeit adelt“, „Ohne Fleiß kein Preis“,

„Arbeit macht das Leben süß“ heißt es in den traditionierten Sprichwörtern. Wenn von „Arbeitssucht“ die Rede ist, so ist damit nicht jede Arbeit, nicht einmal jede übermäßige Arbeit gemeint. Gemeint ist, dass Arbeit als Mittel zur Flucht vor Konflikten benutzt wird. Immer mehr Menschen weichen Konflikten in der Partnerschaft oder der Familie aus, überspielen Gefühle innerer Leere, indem sie sich in Arbeit stürzen. Die Folge ist, dass man mit dem Arbeiten kaum noch aufhören kann, da sonst die verdrängten Konflikte wieder ins Bewusstsein treten. Ein Arbeitssüchtiger ist kaum in der Lage, sich Muße und Freizeit zu gönnen. In den USA hat man für die „Droge Arbeit“ einen Begriff gewählt, der an Alkoholismus erinnert: Arbeitssucht heißt dort „Workaholism“ und der Arbeitssüchtige „Workaholic“. Wesentliches Merkmal dieser Sucht ist, dass dieses Verhalten aus einem inneren Zwang heraus geschieht, gegen den sich der Arbeitssüchtige genauso wenig wehren kann wie der Alkoholiker, der das erste Bier gekippt hat. Arbeitssüchtige können sich ihre Abhängigkeit nur selten eingestehen. Schließlich genießen sie im Gegensatz zu anderen Süchtigen ein hohes Sozialprestige. Während etwa Alkoholiker oder Esssüchtige als labil und passiv gelten, hat der Arbeitssüchtige das Image des Aktiven und Lebenstüchtigen. Solche Menschen arbeiten 10, 12 oder mehr Stunden am Tag und das sechs oder sieben Tage in der Woche.

Sie kennen kein Privatleben. Freizeit und ungenutzte Zeit ist ihnen ein Gräuel. Unterstützt wird dieser Lebensstil natürlich heutzutage noch durch die ständige Erreichbarkeit mit Handy, Smartphone oder Internet – so als hätten der Arbeitssüchtige eine massive Angst vor der Leere („Horror vacui“). Dabei sind die meisten „Workaholics“ eher „Zwangsarbeiter“ als „Lustarbeiter“. Sie werden getrieben durch Terminhetze und Ängste, es nicht zu schaffen. Und es sind vor allem die „besseren“ Berufsgruppen, die davon betroffen sind. Am Fließband wird man seltener arbeitssüchtig als am Managerschreibtisch oder in der Arztpraxis. Allerdings ist Arbeitssucht nicht auf bestimmte Berufe beschränkt. Man findet sie beim Handelsvertreter wie beim Generaldirektor, bei Journalisten wie bei Pfarrern und Krankenschwestern.

Das Risiko ist bei Selbständigen besonders groß. Neben dem Aspekt der Verdrängung persönlicher Konflikte kommen hier oft massive Existenzängste

6.4 · Arbeitssucht

■ Tabelle 6.3 Kleiner Workaholic-Test

	Ja	Nein
Sie können Arbeit nicht abgeben, weil Sie der Meinung sind, dass keiner die Arbeiten so gut erledigt wie Sie?		
Überstunden sind für Sie die Regel; oft arbeiten Sie mehr als 12 Stunden täglich?		
Ihre Konzentration hat in der letzten Zeit abgenommen?		
Sie verbergen vor anderen, wie viel Sie tatsächlich arbeiten?		
In der letzten Zeit bemerken Sie körperliche Probleme (z. B. Kopfschmerzen, Magen-Darm-Probleme, Herz-Kreislaufstörungen, u. ä.)?		
Ein Großteil Ihrer privaten Kontakte hat mit Ihrer Arbeit zu tun?		
Es gelingt Ihnen nur schwer, sich zu entspannen?		
Mit Ihrer Freizeit wissen Sie nichts anzufangen, da Sie so oft erschöpft sind?		
Am Ende des Tages sehen Sie meist nur die unerledigte Arbeit?		
Wenn Sie weniger arbeiten, haben Sie Angst zu versagen, Ihre Anstellung zu verlieren oder Ihre Firma zu gefährden?		
Für Ihre Firma sind Sie immer erreichbar (über E-Mail oder Handy)?		
Im Grunde ist Arbeit für Sie das Wichtigste?		
In Partnerschaften wirft man Ihnen vor, mit der Arbeit verheiratet zu sein?		
Sie nehmen sich häufig Arbeit mit ins Wochenende oder in den Urlaub?		
Sie schlafen häufig schwer ein oder wachen nachts auf, weil Ihnen Gedanken an die Arbeit durch den Kopf schießen?		
Obwohl Sie mehr arbeiten, wird Ihre Leistung immer schwächer?		
Um nicht zur Arbeit zu gehen, müssten Sie schwerkrank sein?		
Sie verkürzen Ihre Mittagspausen und/oder schlafen manchmal weniger, wenn es auf Arbeit hoch her geht?		
Kollegen und/oder Mitarbeitern gegenüber sind Sie oft gereizt, ungeduldig oder unbeherrscht?		
Um sich vom Stress zu erholen, greifen Sie zu Alkohol oder Beruhigungssuppen?		
Bei mehr als 10 mit Ja beantworteten Fragen, sollten Sie Ihr Arbeitsverhalten überdenken und sich gegebenenfalls Hilfe suchen.		

hinzu. Um die eigene wirtschaftliche Existenz zu erhalten, nimmt man an Aufträgen alles an, was man bekommen kann.

Die Zahl der Arbeitssüchtigen liegt vollkommen im Dunkeln. Es gibt nur Schätzungen. Nach Ansicht des Bonner Wirtschaftspsychologen Stefan Poppeler betrifft Arbeitssucht zwischen 200.000 und 300.000 Bundesbürger. Laut einer Studie der Universität Bonn neigt sogar jeder siebte Arbeitnehmer zu arbeitssüchtigem Verhalten.

Die Betroffenen ahnen meist nichts von ihrer Abhängigkeit, sondern streifen sich das

Deckmäntelchen von Verantwortung, Tüchtigkeit und Terminen über. Allerdings gibt es ein paar Hinweise auf das Ausmaß dieser Sucht: Ein Indikator ist die Arbeitszeit.

Nach einer älteren Untersuchung arbeiten Topmanager durchschnittlich pro Woche 59 Stunden. Davon arbeiten nur 5% unter 50 Stunden, 34% arbeiten zwischen 50 und 60 Stunden, 45% zwischen 60 und 70 Stunden und 15% sogar über 70 Stunden pro Woche. Wohlgemerkt – durchschnittlich.

Ein kleiner Test zu der Frage, ob die Gefahr vorliegt, ein Workaholic zu sein, zeigt ■ Tab. 6.3.

Dabei ist arbeitssüchtig nicht gleich arbeitssüchtig. So unterscheidet die amerikanische Psychologin Machlowitz vier Arten von Arbeitssüchtigen:

Varianten der Arbeitssucht

Der eingleisige Arbeitssüchtige

Er entspricht genau dem Stereotyp vom „gewöhnlichen Arbeitssüchtigen“. Er probiert erst gar nicht, auch andere Interessen in seine Arbeit mit einzubeziehen, weil er gar keine hat. Die eingleisigen Arbeitssüchtigen wirken oft langweilig, humorlos und starr – und sie sind es meistens auch.

Der vielseitige Arbeitssüchtige

Ihm bedeutet Arbeit zwar auch alles, aber ihm gelingt es, in die Arbeit auch andere Interessen zu integrieren. Aufgrund ihrer Persönlichkeit oder aus beruflichem Interesse integrieren diese Arbeitssüchtigen Sozialkontakte und Reisen in ihre Arbeit.

Der „Hansdampf in allen Gassen“

Verzettelt sich oft, hat seine Finger überall und tanzt auf vielen Hochzeiten gleichzeitig, ob nun bei der Arbeit oder in seiner Freizeit. Er wirkt überdreht und unstet. Diese Workaholics wechseln oft ihre Stellung und ihr Betätigungsfeld. Ihre Interessen sind so vielseitig, dass sie einem vorkommen, als säßen sie auf einem sich immer schneller drehenden Karussell.

Der passionierte Arbeitssüchtige

Seinen Freizeitaktivitäten geht er mit ebenso großer Leidenschaft, Umsicht und in gleichem Maße nach wie seiner Arbeit. Hobbies sind für ihn eine „andere Art von Arbeit“: Ihm ist das ganze Leben Arbeit.

Arbeitssucht bemerkt man oft erst nach Jahren. Meistens ist es dann schon zu spät. Die Symptome sind offensichtlich: Erschöpfungsgefühle, die im Frühstadium dadurch wettgemacht werden, dass man noch mehr arbeitet. Danach zeigen sich depressive Verstimmungen, Konzentrationsstörungen, Ängste. Die körperlichen Störungen stellen sich in Form von Herz-Kreislauf-Beschwerden, Kopfschmerzen

und Magenschmerzen ein oder greifen das jeweils empfindlichste Organ des Körpers („**psychosomatische Achillesferse**“) an. In der Regel werden diese Signale des Körpers durch vermehrten Arbeitseinsatz zu überspielen versucht – so lange, bis es nicht mehr geht. Der Arbeitssüchtige hält, wie jeder andere Süchtige, seine Kräfte für unerschöpflich. Er betreibt **Raubbau** an seinem Organismus, was einer allmählichen Selbstzerstörung gleichkommt. Mit den Jahren bröckelt diese äußere Fassade und kann nur noch mühsam und mit immer größeren psychischen und physischen Kraftakten aufrechterhalten werden. Das vom Arbeitssüchtigen mit Panik beobachtete Nachlassen seiner Arbeitskraft versucht er mit einer noch weiteren Ausdehnung seiner Arbeitsstunden wettzumachen. Diese geht meist nur noch unter Zuhilfenahme bedenklicher „Krücken“ einher: Aufputsch- und Beruhigungsmittel im Wechsel. Alkohol und Nikotin tun ein Übriges, den Abstieg eines Aufsteigers zu programmieren. Das Gefährliche an der Sucht ist die Tatsache, dass viele „Workaholics“ gar nicht erkennen können, dass sie krank sind; meistens muss es erst zu einem totalen psychophysischen Zusammenbruch kommen (Herzinfarkt, Magendurchbruch, Kollaps), bis ein Arbeitssüchtiger merkt, dass er Hilfe benötigt. Die Gründe hierfür liegen nicht nur in der psychischen Struktur des Betroffenen, sondern auch im **gesellschaftlichen Wert der Arbeit**. Anders als bei den bekannten Süchten wird der Arbeitssüchtige in seinem Verhalten nicht nur durch Anerkennung von Bekannten, Kollegen und Vorgesetzten bestärkt, sondern auch durch den materiellen Nutzen, den er daraus zieht. Arbeitssucht lässt sich in vier Hauptphasen einteilen:

Hauptphasen der Arbeitssucht

1. Die Einleitungsphase (psychovegetativ)
2. Die kritische Phase (psychosomatisch)
3. Die chronische Phase
4. Die Endphase („Burnout“).

In der *Einleitungsphase* kreisen die Gedanken immer häufiger um die Arbeit, es entstehen Hast und Hektik, welche wiederum rauschartige Erlebnisse hervorrufen können. Außerdem kommt es zu einer Vernachlässigung anderer Interessen, wie

z. B. Familie oder Freunde. In dieser Phase tauchen Erschöpfung, leichte depressive Verstimmung und Angstzustände auf, sowie psychovegetative Beschwerden (Herz, Kreislauf, Magen, usw.). Betroffene überarbeiten sich und gönnen sich zu wenige Erholungspausen. Manchmal wird versucht, vor anderen zu vertuschen, wie viel man arbeitet und es wird heimlich gearbeitet.

In der *kritischen Phase* wird Arbeit zum nur noch schwer kontrollierbaren Zwang. Es kommt zu Unduldsamkeit und Aggressivität. Die Betroffenen versuchen vergeblich, ihre Arbeitssucht zu steuern und füllen ihre Freizeit mit Arbeitsaufgaben aus. Erschöpfung und Depressionen werden nun häufiger. Es entstehen psychosomatische Beschwerden wie Bluthochdruck, chronische Magenprobleme usw. Oft meldet sich in dieser Phase der Körper und erzwingt durch eine längere Arbeitsunfähigkeit Erholungspausen. Wird auch über diese weg-gearbeitet, ist der Übergang in die chronische Phase vorprogrammiert.

In der *chronischen Phase* arbeiten die Betroffenen abends, nachts und an Wochenenden. Obwohl sie bereits unter einem andauernden Schlafdefizit leiden, übernehmen sie noch zusätzliche Aufgaben. Das Anspruchsniveau ihrer eigenen Arbeitsleistung gegenüber ist überzogen, außerdem sehen sie Arbeit als einzigen Antrieb. In dieser Phase kommt es vermehrt zu Depressionen, Angstzuständen mitunter zu Nervenzusammenbrüchen. Es treten außerdem organische Krankheiten auf (schwere Herz-/Kreislaufprobleme, Magengeschwüre, etc.). Unter Umständen treten auch Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit und andere Süchte in den Vordergrund.

In der *Endphase* kommt es dann schließlich zum Zusammenbruch der Leistungsfähigkeit der Betroffenen. Es kommt zu verlangsamter Wahrnehmung sowie Denkschwäche und Konzentrationsstörungen, außerdem zu schwersten Depressionen, die unter Umständen zu Selbstmordversuchen führen. Betroffene in der Endphase leiden unter chronischen, z. T. irreparablen Erkrankungen (CFS, Herz- oder Hirninfarkt, Krebs, etc.). Somit kann es in dieser Phase passieren, dass die Betroffenen vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden.

Wie kann ein kurzfristiger „Ausstieg“ aus dem süchtigen Verhalten gelingen?

Folgende **Tipps** können Ihnen helfen, einen besseren Umgang mit Ihrem Arbeitsverhalten zu gewinnen.

Tipps für ein korrektes Arbeitsverhalten

- Nehmen Sie sich regelmäßig zwei Stunden Zeit zum Mittagessen.
- Machen Sie jedes Wochenende einen halben (besser noch einen ganzen) Tag frei.
- Lesen Sie immer wieder etwas, was nichts mit der Arbeit zu tun hat.
- Finden Sie ein Hobby, bei dem Sie nicht mit jemandem konkurrieren. Machen Sie das bitte nicht zwanghaft.
- Lernen Sie, mit Ihren Kindern zu spielen – ohne darin Meister zu werden.
- Zeigen Sie Ihrer Familie immer wieder, wie sehr Sie sie schätzen. Sie brauchen sie mindestens so sehr, wie diese Sie braucht – wenn nicht sogar mehr.

Mehr zu diesem Thema finden Sie in meinem Buch „... aber nicht um jeden Preis – Karriere und Lebensglück“ – Freiburg 2013, Herder-Spektrum.

6.5 Liebes- und Sex-Sucht

6.5.1 Liebessucht

» Liebe ist die schönste Sucht. Es gibt keine Überdosis. (Akif Pirincci)

Das Thema „Liebessucht“ ist vor allem der amerikanischen Partnertherapeutin Robin Norwood und ihrem Bestseller „Wenn Frauen zu sehr lieben – die heimliche Sucht, gebraucht zu werden“, zu verdanken, von dem schon in den 90er Jahren in den USA 2,5 Mio. Exemplare und in der Bundesrepublik mehr als 500.000 verkauft wurden. Viele Frauen scheinen sich in den Fallgeschichten des Buches wiederzufinden: Innerhalb von zwei Jahren haben sich eine große Anzahl von Selbsthilfegruppen für Liebessüchtige von Hamburg bis München, von Stuttgart und Frankfurt bis Berlin gegründet (SLAA, Adresse siehe Anhang). Die These von Norwood ist

einfach: „Wenn Liebe für uns gleichbedeutend ist mit Schmerz und Leid, dann lieben wir zu sehr. Wenn Gespräche mit unseren engsten Freundinnen sich häufig nur um unseren Partner drehen, um seine Probleme, seine Gedanken, seine Gefühle - wenn fast alle unsere Sätze mit „Er ...“ anfangen, dann lieben wir zu sehr (...). Zu sehr lieben, das bedeutet blind zu sein für die eigenen Bedürfnisse und sich nur noch um die Probleme und Ansprüche des anderen zu kümmern. Zu sehr lieben kann bedeuten: sich in der Beziehung zum Partner derart zu verzehren, dass die eigene seelische und körperliche Gesundheit Schaden nimmt.“ Liebessucht ist in den letzten Jahren zu einem Modewort geworden – aber ist es überhaupt eine Sucht? Der Begriff „Liebessucht“ wird oft für ganz entgegengesetzte Phänomene benutzt. Man versteht unter diesem schillernden Begriff alles Mögliche: Von der Beziehung als Fluchtborg vor der rauen Welt, über das sehnsgesüchtige (wenn auch meist kurzfristige) Verschmelzen in einer Romanze, bis zur hörigen Abhängigkeit vom Liebespartner, von der absoluten Selbstaufgabe in einer symbiotischen Beziehung, bis zur Anonymität der zwanghaften Promiskuität.

Soviel scheint klar: Im Zustand überschwänglicher Verliebtheit produziert das Gehirn der Liebenden tatsächlich seine eigene Rauschdroge aus der Gruppe der Weckamine, der körpereigenen Aufputschmittel (► [Abschn. 6.1](#)). Der Innsbrucker Arzt Crombach hat es in der Zeitschrift „Sexualmedizin“ belegt: Der Stoff, aus dem die Verliebtheit ist, trägt den wenig romantischen Namen Phenyläthylamin. Dass Phenyläthylamin ein waschechtes Suchtmittel ist, zeigen Tierexperimente, in denen Ratten unendliche Entbehrungen auf sich nehmen, um zu einem Schuss „Speed“ zu kommen.

Fall

„Ich lerne einen Mann kennen. Irgendwas springt über. Ich habe immer geglaubt, das wäre der Funken der großen Liebe, und habe mir eingebildet, das sei Verliebt-sein. Nachdem dieser Funke übergesprungen ist, gibt es für mich nichts Wichtigeres, als die Zuwendung von diesem Mann zu erlangen. Es ist nicht wichtig für mich, ob ich diesen Mann nun geliebt habe. Es geht mehr darum, etwas zu bekommen. Wie so ein Loch, was zu füllen ist. Ich habe immer erwartet, dass irgendjemand kommt und mich

erfüllt. Je mehr dieser Mann sich dagegen sträubt und nicht will und mir signalisiert, dass er mich nicht will, desto schlimmer wird der Wunsch, gerade von diesem Mann Zuwendung zu bekommen. Ich habe eigentlich immer gespürt, dass da irgendetwas nicht stimmt, dass ich diesen Mann nicht loslassen kann, dass in meinen Gedanken nichts anderes mehr Platz hat, ja, dass dieser andere mir wichtiger ist als ich selber ...“ (Marie-Luise*, 27, Beamtin)

*Namen und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren

Genau wie der Liebende, der regelrecht süchtig nach seinem Liebesobjekt ist und mitunter massive Entzugserscheinungen durchleidet, wenn er es verliert, ist die Situation bei einem Abhängigen, der von einem Stoff (sei es Heroin, Kokain oder Alkohol) abhängig ist. Und so ist es auch nur logisch, wenn von ihrem Suchtmittel entwöhnte Heroin süchtige, Alkoholiker oder Medikamentenabhängige sich ständig Situationen suchen oder schaffen, in denen der Körper die Suchtstoffe selbst produzieren muss.

Fall

„Beim Entzug von der Liebe und Sexualität im Frühjahr, als sich meine Freundin von mir trennte, so intensive seelische Schmerzen habe ich nie in meinem Leben vorher erfahren. Der Alkohol- und der Drogenentzug und auch die seelischen Schmerzen am Anfang, die waren schlimm. Aber das habe ich im Vergleich zu diesem Entzug wirklich auf einer Arschbacke abgesessen. Ich kann das nicht vergleichen. Das war so ein tiefer seelischer Schmerz und Entzug, dadurch sind mir auch die ganzen Konflikte mit meinen Eltern hochgekommen.“ (Andreas*, 29, Krankenpfleger, Ex-Junkie)

*Namen und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren

Beim Spielsüchtigen ist es der „Kick“ am Spieltisch oder Automaten. Der Arbeitssüchtige hat sein „high“, wenn er richtig rotiert und die oder der Liebessüchtige, wenn er entweder total verliebt ist oder aber die Beziehung am Wanken ist. Deshalb ist es auch verständlich, dass Liebessüchtige immer wieder die

Verliebtheit mit ihrem Herzklopfen, Sinnestraumel und Nervenkitzel suchen.

Fall

„Bei meinem Freund war es so, dass ich eine wahnsinnige Sehnsucht nach ihm hatte, obwohl wir zusammenlebten und wir uns fast jeden Abend geliebt haben. Aber diese Sehnsucht war einfach nicht zu stillen. Ich habe tagsüber am Schreibtisch gesessen, und die Zeit, wo er immer nach Hause kommen sollte, da habe ich am Fenster gestanden und habe gewartet, und manchmal ging ich tagsüber durch die Wohnung und habe nach ihm gerufen, also richtig bescheuert. Oder habe zum Beispiel im Schrank seine Hemden gestreichelt, habe den Schrank aufgemacht und die Hemden gestreichelt, obwohl er vielleicht in zwei Stunden nach Hause hätte kommen können. Wenn er wirklich da war, habe ich ihn immer nur als in der Ferne erlebt und nicht erreichbar.“ (Ulla*, 32-jährige Lehrerin)

*Namen und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren

Sie haben Angst, dass diese Liebe in einer langfristigen „Beziehungskiste“ verendet, die beschwert ist mit der Last der Alltagsprobleme. Sie sind „sehnsüchtig“ nach immer intensiveren Erlebnissen.

Fall

„Was Beziehungen betrifft, da bin ich eine totale Blindgängerin. Ich habe das Gefühl, dass das Zentrum im Gehirn, das für die Liebe zuständig ist, dass man da bei mir ein Stück rausgeharkt hat. Ich weiß es nicht. Ich weiß es tatsächlich nicht ... Ich muss sagen, ich verliere den Boden, wenn mir der Mann gefällt, dann werde ich unsicher und dann fange ich an, mich selbst zu hassen. Da denke ich mir, jetzt hat jemand seinen Todesspruch gesagt, jetzt geht's nur noch bergab. Und das passiert dann auch. Da, wo es drauf ankommt, versage ich auf der ganzen Linie. Da denke ich mir, du schaffst es nicht, dich durchzusetzen. Das geht nicht. Ich bin einfach eine Künstlerin im Unsicher-werden ... Die Liebessucht, das ist bei mir eine innere Gewissheit. Es ist so, dass ich alles Mögliche fallen lasse, nur um dann dem Liebespartner zu begegnen. Ich habe im Grunde genommen alles geopfert für Beziehungen.“ (Margret*, 26, Studentin)

*Namen und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren

Liebessüchtige sind hochsensible Menschen. Sie spüren intuitiv die Lücken des Gegenübers und füllen diese auf – oft, ohne das überhaupt selbst wahrzunehmen. Sie gehen, wie man in der Psychologie sagt, eine symbiotische Beziehung ein. Wie im Blindflug finden sie auch den zu ihren unbewussten Mustern passenden Partner. Unbewusst suchen sich Liebessüchtige nämlich meistens Partner, die auch Suchtprobleme haben – z. B. Alkoholiker oder Drogenabhängige sind. Man spricht dann von Co-Abhängigkeit (► Kap. 8). Hintergrund ist nicht selten, dass die Co-Abhängigen in ihrer Ursprungsfamilie mit einem süchtigen Elternteil aufgewachsen sind. Den in der Kindheit gelernten Umgang mit einem süchtigen Vater oder einer süchtigen Mutter übertragen sie dann auf ihre Partnerbeziehung. Nur in wenigen Fällen kann man wirklich von Liebessucht nach den Suchtkriterien (► Kap. 4) sprechen.

6.5.2 Sex-Sucht

» Lust will aller Dinge Ewigkeit, will tiefe, tiefe Ewigkeit. (Friedrich Nietzsche)

Sie besuchen sehr häufig Peep-Shows und masturbieren mehrmals täglich. Sie sind immerzu auf der Suche nach einem Sexualpartner. Manche überfordern ihre Partner mit ihrem ständigen Wunsch nach Sexualität. Andere brauchen ungewöhnliche sexuelle Stimuli, um zu sexueller Erregung oder zum Orgasmus zu kommen. Die Rede ist von Personen, die Sexualität wie eine Droge einsetzen, von Sex-Süchtigen. Der Psychologe John Money von der Johns-Hopkins-Universität in Baltimore/ USA unterscheidet im Wesentlichen drei verschiedene Sex-Sucht-Charaktere:

Sex-Sucht-Charaktere

- Personen, die **ständig wechselnde Sexualpartner** suchen und haben. Sie streifen jeden Abend in Bars oder Parks

umher, um jemanden für ein kurzes Sex-Abenteuer zu finden. Das können Männer und Frauen gleichermaßen sein, Homo- wie Heterosexuelle. Früher nannte man das Hypersexualität oder Don Juanismus bei Männern und Nymphomanie bei Frauen.

- **Menschen, die exzessive sexuelle Anforderungen an ihren festen Partner** stellen. Sie wollen z. B. täglich fünf- bis zehnmal mit ihm oder ihr schlafen, weil sie „das brauchen“, wie sie sagen, sonst werden sie ungenießbar.
- **Paraphylitiker** sind Menschen, die im wahrsten Sinne des Wortes „daneben lieben“. Sie sind abhängig von ungewöhnlichen sexuellen Stimuli, um sexuelle Erregung zu verspüren oder zum Orgasmus zu kommen. Man rechnet hierzu Masochismus und Sadismus, Sodomie und Pädophilie, Voyeurismus und Exhibitionismus, also das, was man lange Zeit als Perversionen verstand. Hierzu zählen auch die Beziehungen mit sexueller Hörigkeit.

In einer Untersuchung, die schon in den 80er Jahren an 1.200 Bundesbürgern durchgeführt wurde, fand man heraus, dass rund 35% der Befragten schon sexuelle Handlungen ausprobiert haben, die die Mehrzahl der bundesdeutschen Bevölkerung für pervers hält, davon immerhin 10% „härtere“ Spielarten wie Sadomasochismus, Analverkehr oder Urophilie. Auch wenn diese Untersuchung nicht repräsentativ ist, so gibt sie doch immerhin Hinweise auf die sexuelle Ausrichtung in bundesdeutschen Schlafzimmern und die Experimentierfreudigkeit zwischen gutbürgerlichen Bettdecken. Mit Sex-Sucht hat das allerdings noch wenig zu tun.

Fall

„Als meine letzte Beziehung zu Ende gegangen war, da hatte ich wahnsinnige Schmerzen. Ich war nicht in der Lage, mich mit meinen Schmerzen auszuhalten. Ich habe einfach ein Betäubungsmittel gesucht

in dem Moment. Ich war in Frankfurt einkaufen und hatte einen guten Tag gehabt, obwohl es mir, weil die Beziehung gerade zu Ende war, total beschissen ging. Plötzlich kommt mir der Gedanke: ‚Du bist in Frankfurt, du könntest in den Puff gehen.‘ Und ich wollte das erst nicht. Ich habe den Gedanken verdrängt. Aber der ist immer stärker geworden und ich wusste auch in dem Moment, ich tue mir damit weh. Ich wusste es ganz genau. Ich bin trotzdem gegangen. Ich konnte es nicht sein lassen. Ich wusste sogar, dass ich nachher mehr Probleme habe als vorher. Das war mir vom Kopf her klar. Aber dieser Drang, dieser Zwang, diese Besessenheit, war einfach stärker als ich, als mein Gefühl für mich. Das war wie ein Rausch. Ich habe mich danach zwar noch viel beschissener gefühlt, aber irgendwie hatte ich auch so eine Illusion, mal eine kurze Zeit zu vergessen, mal einfach loslassen zu können, entspannen zu können, eben so sein zu können, wie ich eigentlich gern wäre, nämlich gelöst, enthemmt, und mich mal gehen lassen. Dieser Illusion, die ich eigentlich nie realisieren konnte, der bin ich immer wieder hinterhergerannt. Und ich habe immer gedacht, ja, vielleicht geht es beim nächsten Mal.“ (Gerold*, 42, Programmierer)

*Namen und persönliche Daten der aufgeführten Personen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu wahren

Der amerikanische Psychologe Patrick Carnes unterscheidet in seinem Buch „Zerstörerische Lust“ folgende drei Phasen der Sex-Sucht:

1. Phase Hier finden sich bei den Betroffenen exzessive Masturbation, häufiger Gebrauch von Pornoheften, -videos und Internet-Angeboten, regelmäßiger Besuch von Peep-Shows oder Prostituierten. Das kann sowohl homo- wie auch heterosexueller Art sein. Je nach Ausmaß und Bedeutung der sexuellen Aktivitäten werden sie von der Gesellschaft als tolerierbar und akzeptabel angesehen. Pornographie und Prostitution sind dabei immer wieder Gegenstand gesellschaftlicher Kontroversen (z. B. Alice Schwarzers „Por-No-Kampagne“). Die Sanktionen, die gegen Handlungen dieser Art verhängt werden (wenn es sich um Straftaten handelt), sind nicht sehr effektiv. Da die Behörden mit wenig Nachdruck vorgehen, ist das Risiko für den Süchtigen gering. Es gilt

als Privatsache des Betreffenden. In dieser ersten Stufe ist **das Opfer vor allem der Sex-Süchtige selbst**. Die Bedeutung, die das spezifische Sexualverhalten für ihn hat, wächst. Immer mehr zentriert sich sein Leben um die Pornos, die Internetkontakte, die Swinger-Clubs oder Prostituierte und um das sexuelle Erleben.

2. Phase Mehr und mehr verliert der Sex-Süchtige die Kontrolle über seine Sexualphantasien und sein Sexualverhalten (Kontrollverlust). Er braucht immer stärkere Reize, um bei sich den gleichen Gefühlszustand zu erreichen (Dosissteigerung). Bei Sadomasochisten ist das der Übergang von „soft S/M“ zu „hard-core S/M“. Bei anderen treten Exhibitionismus und Voyeurismus in den Vordergrund oder unsittliche Telefonanrufe und Berührungen von Menschen, die man nicht kennt (und die meist auch nicht berührt werden wollen). Denn in der 2. Phase gibt es fast immer **ein Opfer, das nicht seine Einwilligung zu der „Anmache“ oder dem Sexualkontakt gegeben hat**. In dieser Stufe wird der Sex-Süchtige zwar als krank, aber als weit gehend harmlos angesehen. Nicht selten ist er Gegenstand von Witzen (Exhibitionisten- und Voyeuristen-Witze). Immer häufiger werden diese Verhaltensweisen als öffentliches Ärgernis betrachtet. Für den Betroffenen besteht also ein Risiko. Wenn es zur Anzeige kommt, wird das Delikt strafrechtlich verfolgt.

3. Phase In diesem Stadium steht die Gewalt gegenüber Schwächeren im Vordergrund. Carnes nennt vor allem Kindesmissbrauch, Inzest, Notzucht. Jede dieser Handlungen stellt eine schwere Verletzung kultureller Normen dar. Da es immer **ein schwächeres Opfer** gibt, ist die Gefahr der Bestrafung für den Sex-Süchtigen besonders hoch. Die Öffentlichkeit reagiert mit Wut und Empörung. Die Täter werden von der Gesellschaft im schlimmsten Fall als „entmenschlichte“ Wesen angesehen, die der Hilfe nicht mehr wert sind. Hier entstehen dann mitunter Forderungen nach Zwangskastration oder Todesstrafe. Was man dabei vergisst: Auch diese Sexattäter sind Opfer. Sie brauchen dringend Hilfe, um für sich selbst und zum Schutz der Gesellschaft mit ihren Problemen angemessener umgehen zu lernen. Nach der

polizeilichen Kriminalstatistik des Jahres 2012 gab es in der Bundesrepublik 8.031 gemeldete Fälle von Vergewaltigung und sexueller Nötigung. Wenn es sich auch sicher nicht nur um Sex-Süchtige handelt, geben diese Zahlen doch Hinweise auf die Verbreitung. Die Dunkelziffer ist gerade in diesem gesellschaftlich so tabuierten Bereich der Sexualität und ihren Spiel- und Abarten extrem hoch. Deshalb muss man wohl mit einem Vielfachen an Tätern rechnen.

Ein erster Eindruck, ob wirklich Sex-Sucht vorliegt, kann durch den Fragebogen (☞ **Tab. 6.4**) ermittelt werden.

6.6 Missbrauch von Medien: Fernsehen, Computer, Internet, Handy, Smartphone ...

» Kaum bist Du hier, schon bist Du weg. (Aus: Hinter jeder Sucht ist eine Sehnsucht)

Eine Revolution ist in vollem Gange: Aus dem „homo sapiens“ wird langsam ein „homo mediatis“, ein Medienmensch. Hunderte von Generationen vor uns konnten nur Bilder speichern, die sie selbst von ihrer Umwelt wahrnahmen. Die Menschen der letzten drei Generationen leben in einer immer künstlicher werdenden Umwelt. Unser direkter Kontakt zur Natur wird mehr und mehr gestört, das Wissen über sie geht verloren. Dies ist eine ideale Basis, um immer neue künstliche Wirklichkeiten zu schaffen – von Freizeitparks bis hin zu Computerwelten („Cyberspace“).

Menschen, die in Großstädten leben, sind von einer Umwelt umgeben, die fast ausschließlich von Menschen geschaffen wurde – mehr oder weniger abgeschnitten von der Natur. Lebensrhythmen verändern sich radikal. Tag und Nacht, Sommer und Winter werden immer unbedeutender. Was schert mich der Lebensrhythmus, wenn ich rund um die Uhr im hell erleuchteten Zimmer im Internet surfen oder durch die Fernsehprogramme zappen kann? Die von Menschen geschaffene Umwelt schränkt den Bereich unserer sinnlichen Fähigkeiten insgesamt ein, ohne dass uns dies bewusst wird. So wird der Einfluss der Natur auf unsere Lebensgestaltung

■ Tabelle 6.4 Fragebogen Sex-Sucht

	Ja	Nein
Ist es Ihnen unmöglich, aufzuhören, eine bestimmte Person zu sehen, selbst wenn Sie wissen, dass es Ihnen schadet, diese Person zu sehen?		
Sind Sie ständig auf der Suche nach einem neuen Liebes- und/oder Sexualpartner? Und verschaffen Ihnen Sex und Romanzen ein Gefühls-High?		
Hatten Sie sexuelle Kontakte zu unangebrachten Zeiten, an unangemessenen Orten und/oder mit unpassenden Personen?		
Stellen Sie sich Regeln bezüglich Ihres Sexualverhaltens auf, die Sie nicht halten können?		
Hatten Sie schon einmal Sex mit einer Person, mit der Sie eigentlich keinen Sex haben wollten?		
Führen Sie eine Liste über Ihre Sexualpartner?		
Fühlen Sie sich verzweifelt oder unruhig, wenn Sie nicht bei Ihrem Sexualpartner sind?		
Haben Sie den Überblick über Ihre Sexualpartner verloren?		
Löst Ihre Begierde nach einem bestimmten Sexualpartner Verzweiflung in Ihnen aus?		
Hatten/haben Sie Sex, ohne auf die Konsequenzen zu achten (AIDS, Geschlechtskrankheiten etc.)?		
Haben Sie festgestellt, dass es ein Muster ist, selbstschädigende Sexualbeziehungen einzugehen?		
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr einziger Wert ist, es „im Bett zu bringen“?		
Fühlen Sie sich leb- und wertlos, wenn niemand in der Nähe ist, mit dem Sie flirten können?		
Haben Sie das Gefühl, einen Anspruch auf Sex zu haben?		
Haben Sie jemals eine Beziehung durch Fremdgehen zerstört?		
Flirten Sie manchmal mit Personen, ohne dies wirklich zu wollen?		
Beeinträchtigt Ihr Sexualverhalten Ihren Ruf?		
Haben Sie Sexualkontakte, um Alltagsproblemen zu entfliehen?		
Benötigen Sie Sex, um sich als „richtiger Mann“ / „richtige Frau“ zu fühlen?		
Sind Sie von den Gedanken an eine bestimmte Person besessen, obwohl diese Ihnen Unbehagen verursachen?		

Je mehr Fragen Sie mit Ja beantworten, umso eher haben Sie ein Sex-Sucht-Problem.

immer geringer. Und diese Bewusstseinsrevolution schreitet mit Sieben-Meilen-Stiefeln voran. Die künstlichen Welten wachsen. Das Leben aus zweiter Hand greift mehr und mehr um sich. Massenmedien, Internet, Unterhaltungselektronik, Computer und Automaten ersetzen immer häufiger den persönlichen Kontakt zum Mitmenschen:

Die Maschine wird zum Partner, zum Medium, mit dem man intensiven gefühlsmäßigen Kontakt aufnimmt: An die Stelle des Schachfreundes tritt der Schachcomputer, Internet- und Computerspiele

ersetzen mehr und mehr Monopoly, Mensch-ärgere-Dich-nicht und Skat. Oder sie werden gleich im Internet gespielt. Und wenn man die Beziehung von Spielsüchtigen zu „ihren“ Automaten beobachtet, mutet es einen schon seltsam an, wenn sie ihn streicheln, auf ihn wütend sind oder auf ihn einschlagen. Schließlich: Medien, mit denen man aus der Wirklichkeit fliehen kann, gibt es schon heute genug: Computer und Internet, Smartphones und Handys. Nicht mitgerechnet die ganz normalen HD-Fernseher, Blue-Ray-, DVD- und CD-Player,

die PlayStations, Wii- und Xbox-Spielkonsolen. Hinzu kommen erst recht die Medien, die sich noch in der Entwicklung befinden und die uns zukünftig immer raffinierter in die Big-Data-Welten locken wie Google Glass mit ihrer „Augmented Reality-Brille“.

Vor allem Kinder und Jugendliche werden zunehmend in die neuen Science-Fiction-Welten entführt. So ist nur zu verständlich, dass sie mitunter nicht mehr wissen, ob das Realität ist oder Fiktion. Und das ist ein idealer Nährboden für Abhängigkeit von Medien. Aber auch hier ist sich die Fachwelt nicht einig, wie man dieses Phänomen nennen soll: Mediennutzung? Mediennutzung? Mediennutzung? Mediennutzung?

Vielleicht wäre der beste gemeinsame Begriff „exzessive und inadäquate Nutzung moderner Medien“, den Prof. Manfred Beutel von der Uni Mainz geprägt hat.

Besonders der Fachverband Medienabhängigkeit e. V. beschäftigt sich intensiv mit diesem Thema. <http://www.fv-medienabhängigkeit.de/der-verband.html> (abgerufen: 12.11.2015)

Dort heißt es:

„Die Abhängigkeit von Internet und Computerspielen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen stellt eine zunehmende Herausforderung für das psychosoziale Versorgungssystem und die Gesellschaft als Ganzes dar. Für Betroffene und ihre Angehörigen ist es oft schwierig, kompetente und ortsnahen Hilfe zu finden.“

Der Fachverband Medienabhängigkeit setzt sich dafür ein, im Rahmen einer groß angelegten Kooperation ein Netzwerk von Forschern und Praktikern im deutschsprachigen Raum zu schaffen, die sich mit diesem neuartigen Krankheitsphänomen beschäftigen. Erklärtes Ziel des Verbandes ist es, dass Medienabhängigkeit als eigenständige Erkrankung anerkannt wird. In diesem Sinne versteht sich der Verein auch als eine Interessenvertretung von Betroffenen und deren Angehörigen. Denn nur über eine wissenschaftliche und rechtliche Etablierung des Krankheitsbildes kann eine ebenso wirksame wie flächendeckende präventive und medizinisch-therapeutische Versorgung aufgebaut werden. Daher besteht das primäre Ziel des Fachverbandes darin, sich wissenschaftlich und politisch an der konzeptionellen Entwicklung der Versorgungsstruktur zu beteiligen.“

Aktuell diskutiert sogar die WHO (Weltgesundheitsorganisation) die Revision des ICD 10

und beschäftigt sich dabei auch eingehend mit dem Thema Verhaltenssucht, unter die auch die **Medienabhängigkeit** zu fassen wäre. Damit würde das eng umrissene Störungsverständnis des DSM-5 (gemeint ist die dort aufgeführt **Internet Gaming Disorder**) auf andere pathologische Mediennutzungsformen erweitert.

Am weitesten verbreitet von allen Medienabhängigkeiten ist z. Zt. wohl noch die Fernsehsucht, aber Computer, Internet, Handys und vor allem Smartphones holen heftig auf, weil hier gerade junge Leuten diese Medien sehr viel exzessiver nutzen, sodass in wenigen Jahren das Fernsehen wohl durch die neuen Medien überholt sein wird.

6.6.1 Fernsehsucht

» Der übliche Fernsehzuschauer ist eine hypnotisierte Kröte. (Karl Dudesek, Direktor der Mediengruppe Ponton)

Jedes Jahr aufs Neue wird in den Medien das Thema „Fernsehsucht“ zum Thema gemacht. Dabei gehört Fernsehen seit inzwischen mehreren Generationen zum Alltag. Es ist ein „virtuelles Lebensmittel“ und strukturiert für viele den Tag. Mehr als dreieinhalb Stunden sitzen die Deutschen im Durchschnitt vor dem Fernseher (2014 waren es durchschnittlich 219 Minuten). 2/3 der Erwachsenen tun das sogar pro Tag mehr als vier Stunden. Jedes dritte Kleinkind zwischen drei und fünf Jahren verbringt seine Zeit am liebsten vor dem Bildschirm. Fernsehen und Video gehören in der Bundesrepublik zur Alltags erfahrung von 83% aller Kinder zwischen drei und neun Jahren. Häufiges und intensives Fernsehen verstärkt die Neigung zu Pessimismus und Depression. Auf der Seite **Suchtmittel.de** heißt es zu dem Thema:

„Als Fernsehsucht bezeichnet man das zwanghafte Verlangen, Fernsehen zu schauen. Das Fernsehen ist für die Betroffenen angenehm und entspannend, sobald der Fernseher aber ausgeschaltet ist, verwandelt sich der angenehme Zustand in ein Gefühl von Leere und Schlappheit. Symptome sind:

- Unruhe bis Unwohlsein, Aggressivität, Lustlosigkeit und Passivität, wenn kein Fernseher läuft oder es ruhig ist.

- Sofortiges reflexartiges Einschalten des Fernsehers, sobald man nach Hause kommt.
- Stundenlanges Zapping, d. h. Durchschalten der Kanäle, ohne dass man etwas findet, was man sehen möchte und ohne dass man den Fernseher ausschalten kann.“

Menschen, die viel fernsehen, nutzen die Programme oft zur Flucht vor Einsamkeit und Leere (man nennt das „Horror vacui“, die Angst vor der Leere). Typische „Vielseher“ sind oft Menschen mit einfacher Bildung, geringer Belastbarkeit, häufig Rentner, sehr oft Verwitwete. Im übermäßigen Fernsehkonsum sehen diese Menschen eine Möglichkeit, ihren Problemen zu entfliehen. Viel Fernsehen ist in diesem Sinne eine Droge, ein Narkotikum, das über Welschmerz und emotionale Verletzung hinweghilft. Allerdings handelt es sich dabei – ebenso wie beim exzessiven Computergebrauch – nur in den extremen Fällen um Sucht im klinischen Sinn. Eher sollte man hier von Missbrauch sprechen.

6.6.2 Internet-/Online-Sucht

- » Gott sitzt im Rechner. (Schlagzeile der Zeitschrift SPIEGEL)

Fall

„Hallo,
bin ich süchtig? Diese Frage habe ich mir jetzt schon eine Weile gestellt. Seitdem ich online bin, hat sich mein Leben drastisch verändert, mein Tag verläuft nur noch so:

Aufstehen, Rechner anschalten, Mails checken, Mails beantworten, Duschen, schnell was essen, Schule, dann wieder Rechner an, Hausaufgaben vorm Rechner machen, dabei chatten, danach Webseite verwalten, chatten, surfen, bis spät in die Nacht. Vom Wochenende möchte ich erst gar nicht reden.

Je mehr ich nun darüber nachdenke, wie das Netz und ganz besonders die Sucht mein Leben verändert hat, wünsche ich mir mein altes Leben zurück, meine Freunde, die ich immer mehr vernachlässigt habe. Erst heute Abend habe ich noch einem Freund mit einer Ausrede abgesagt. Meine sozialen Kontakte haben sich auf ein Minimum reduziert. Dafür

habe ich im Netz sehr viele Freunde. Im Chat ist es immer leichter sich zu unterhalten. Man hat die Anonymität durch den Nickname und man kann sein, wer man will.

Im Grunde habe ich zwei Leben, mein Real-Leben und mein Online-Leben. Es ist leichter im Chat neue interessante Menschen kennenzulernen, doch dafür lerne ich im Real Life keine neuen mehr kennen. Online kann ich immer über alles mit meinen Freunden reden, im Real Life nicht mehr. :-)

Mein Geld gebe ich nur noch für den Rechner aus. Mein Zimmer ist meist dunkel, auch am Tage, weil die Sonne auf den Monitor scheinen würde.

Meine Eltern beschweren sich, dass sie mich nur noch beim Essen sehen. Meine Noten sind Gott sei Dank nicht schlechter geworden, denn wenn man weiß, wo man im Netz suchen muss, gibt's ja keine Probleme mehr.:-)

Ich weiß echt nicht, was ich machen soll!!!

Ich habe mir schon oft vorgenommen, weniger Online zu gehen, habe es aber nicht einhalten können. Ich konnte es nicht aushalten, hatte das Gefühl, etwas zu verpassen oder gar *lachleise* meine Online-Freunde zu verlieren, obwohl ich ja dabei bin, meine Real-Life-Freunde zu verlieren, die mir eigentlich wichtiger sein sollten. Einen Tag habe ich es ausgehalten, einen sehr langen Freitag, doch nachts bin ich aufgewacht und bin ins Netz gegangen und habe 20 Stunden durchgesurft. Was soll nur aus mir werden?! Ich weiß nicht mehr weiter!

Auf jeden Fall hat es mir schon mal gut getan hier mein Leiden zu schildern oder auch wieder nicht, denn dieser Überblick über meine Situation macht mich traurig. Ich bin süchtig!

Wenn ihr bis hier gelesen habt, wisst ihr, wie ihr nie werden solltet, lasst es bei Euch nicht so weit kommen. Zieht vorher den Stecker!

Es verabschiedet sich ein trauriger Online-Süchtiger, dem eine weitere einsame Nacht vor dem Rechner bevorsteht.:-/

Bye

Unter dem „Nickname“ (Internet-Pseudonym, Spitzname) „Gargole“ schrieb ein Schüler diese E-Mail an eine Selbsthilfegruppe für Onlinesüchtige.

„Internet-Sucht“, „Online-Sucht“, „Pathologischer Internet Gebrauch“, „Cybersexual“-, und „Cyber-Relationship-Addiction“ oder „Internet

Addiction Disorder (IAD)“ – mit diesen Begriffen wird eine neumodische Krankheit derzeit in den Medien benannt. Handelt es sich wirklich um eine ernst zu nehmende Krankheit oder ist es eine Zeitgeist-Modeerscheinung?

Internet: Zahlen Die Internet-Nutzerzahlen sind in den letzten Jahren rasant gestiegen. Waren es 1997 erst 4,1 Mio. Deutsche (6,5% der Bevölkerung), gingen 2001 schon fast 25 Mio. Bundesbürger online (38,8%) und in 2013 waren es mit 54,2 Mio. schon mehr $\frac{3}{4}$ der Bevölkerung (77,2%). Und ein Ende der Steigerungsraten ist nicht zu erkennen. Denn auch weltweit stieg die Zahl der Internetuser von 1997 (damals waren es gerade mal 121 Mio.) auf 3 Milliarden im Jahr 2015. Und immer noch steigen die Zahlen heftig. Bald wird die Hälfte der Weltbevölkerung einen Zugang zum Internet haben. Und das ist verständlich, denn das Internet kann man als riesiges Informations- und Kommunikationsmedium beschreiben, in dem fast alles denkbar ist.

Internet: Nutzen Wir können elektronische Post innerhalb von Sekunden in alle Welt versenden, uns mit Menschen in virtuellen Themenräumen zu „Chats“ treffen. Fast alles ist im Internet bestellbar, ob der Mietwagen für unsere Reise in die Mongolei, ein Kleid aus dem amerikanischen Versandhaus oder die Pizza beim Italiener um die Ecke. Wir können an der Börse spekulieren oder unsere Überweisungen tätigen. Wir können an Auktionen teilnehmen, mit anderen Menschen die unterschiedlichsten Spiele spielen – von Skat und Doppelkopf über Rollenspiele wie die „Siedler von Catan“ und „World of Warcraft“ bis hin zu Black Jack und Roulette im Casino. Wir können Programme oder Dateien „downloaden“, große Datenbanken nach Stichworten und Begriffen durchsuchen („googlen“), Antworten auf komplizierte wissenschaftliche Fragen erhalten (z. B. bei Wikipedia), alte Zeitungsartikel nach bestimmten Stichworten durchforsten oder den neuesten Society-Tratsch erfahren („wer mit wem, wann und was“). Wir können uns mit einer eigenen Homepage im Internet darstellen. Auch Online-Sex in all seinen skurrilen Ausprägungen ist ein beliebter Zeitvertreib. Leider räumt das Internet noch nicht für uns auf, aber zumindest Putzfrauen lassen sich dort bestellen!

Für den Anwender ist es vollkommen belanglos, ob die Datenbank, auf der er Informationen sucht, um die Ecke oder am anderen Ende der Welt steht. Im Idealfall, wenn man im Besitz guter Hardware ist, PC, Tablet oder Smartphone nicht gerade abgestürzt sind und der Provider uns nicht wieder rausgeschmissen hat, sind die Daten sekundenschnell an jedem beliebigen Ort der Welt verfügbar, über Ländergrenzen und Kontinente hinweg. Der Gesprächspartner aus Kanada ist auf SKYPE so nahe wie der Gesprächspartner aus Frankfurt oder Buxtehude. Das Internet überbrückt sämtliche Zeit- und Raumgrenzen unserer bisherigen Lebenswelt. Und – nicht zu vergessen – wir hinterlassen unsere Spuren im Internet und werden dadurch zu „gläsernen Personen“, deren Vorlieben und Interessen in „**Big Data**“ gespeichert, genutzt und kontrolliert werden.

Hintergrund: Es existiert der sogenannte „**Cyberspace**“ jenseits der physischen als „virtuelle Welt“ – und der besteht ausschließlich aus Informationen. Dort treffen sich rund um die Uhr Millionen von Menschen aus aller Herren Länder, um auf virtuellen Marktplätzen oder in elektronischen Hinterzimmern miteinander zu plaudern.

Heute steht das Internet vor allem auf folgenden Säulen:

- **Info-Suche:** Das Internet hilft weltweit bei der Suche nach Informationen und Vermittlung von Wissen
- **Kontakt:** Einfache und schnelle interkontinentale Kontakt- und Beziehungspflege (E-Mail, Internet-Telefonie ...)
- **E-Commerce:** Weltweite Geschäfte im Internet
- **E-Banking:** Bank- und Geldgeschäfte über den Computer
- **Erotik, Sex und Pornos**

E-Mail, die elektronische Post, ermöglicht das unkomplizierte Versenden von Mitteilungen und Daten jeglicher Art. Beim Empfänger werden die Nachrichten automatisch im eigenen Postfach gespeichert, die er nur abzurufen braucht.

Die **E-Mail** ist mit dem herkömmlichen Briefverkehr vergleichbar, aber ihr Vorteil liegt in der Geschwindigkeit – kein lästiges Briefmarken kleben oder Briefe wegbringen. Ein weiterer Vorteil liegt in der unkomplizierten Bearbeitung der Nachricht: sie kann editiert, beantwortet, weitergeleitet, kopiert,

archiviert oder gelöscht werden – alles innerhalb von Sekunden. Und wer den Genuss einer unleserlichen Handschrift nicht missen möchte, kann seine Briefe auch auf Papier verfassen, einscannen und als Anhang versenden.

E-Mail ist der meist genutzte Dienst im Internet. Die Kommunikation per E-Mail boomt, die tot geglaubte Briefkultur erwacht zu neuem Leben. Das Ergebnis: Menschen schreiben so viel wie nie zuvor – allerdings nicht mehr per Hand, sondern direkt in den Computer oder als **SMS** („Short Message Service“) oder **MMS** („Multimedia Messaging Service“) ins Smartphone oder Handy. Nicht zu vergessen die neuen Möglichkeiten von WhatsApp etc., die mittlerweile noch viel häufiger genutzt werden als SMS. Allerdings wird damit auch jede Menge „Spam“ (unnützes Zeug, überflüssige Informationen, Werbung) produziert, das den Posteingang verstopft und die Datenautobahn vermüllt.

Sich ins Internet eingewählt zu haben, bedeutet „**Online-sein**“ und wenn man nicht eingewählt ist, heißt es „**Offline**“. Online ist es auch möglich, mit anderen Internet-Nutzern zu „chatten“ – auf deutsch zu plaudern – und das weltweit.

Der Chat ist eine schriftliche Unterhaltung von zwei oder mehreren Personen. Es werden Wörter via Tastatur eingegeben, die bei den anderen Personen auf dem Bildschirm erscheinen. Beim Eintreten in den Chat gibt sich jeder einen Spitznamen („**Nickname**“) und vor jedem versandten Text steht der Name, damit erkennbar ist, wer was gesagt hat. In den „Chatrooms“ wechseln die Nutzer meist ständig, etliche Gespräche finden gleichzeitig statt und alle reden durcheinander. Ähnlich ist es bei einem „Forum“. Diese „Räume“ sind nach Themen geordnet, sei es der „Singletreff für Menschen ab 50 Jahren“, das „Wissenschaftlermeeting zum neuesten Stand des Ozonlochs“ oder der „Austausch zwischen Lederfetischisten“. Auch bei den Themengruppen ist wieder fast alles denkbar. Es gibt regelmäßige Chatter oder Forumsbesucher, die sich jeden Tag in bestimmten Räumen treffen. Inzwischen geht das nicht nur über die Schriftsprache, sondern kann auch über eine WebCam oder über SKYPE live in Bild und Ton stattfinden. Es bilden sich meist feste Gruppen, die (im „real life“) mit einem Stammtisch vergleichbar sind. Inzwischen gehört es einfach dazu, sich im Internet bewegen zu können. Gerade junge

Leute, die mit Computer, Internet und Handy aufgewachsen sind, können sich gar nicht mehr vorstellen, wie ein Leben ohne elektronische Medien überhaupt funktionieren konnte. Für diese Generation, die man auch „**Digital Natives**“ nennt, ist aus „Ich denke, also bin ich“ ein anderer Satz geworden: „Ich bin vernetzt, also bin ich“. Ohne PC, Tablet, Smartphone und Netzzugang ist man in dieser Generation wie abgeschnitten vom Leben.

Diese Form der Internet-Kommunikation bringt in kurzer Zeit oft mehr Intimität und eine schnellere Selbstoffenbarung mit sich als im wirklichen Leben. Durch die räumliche Distanz, aber auch durch die Anonymität entsteht sehr schnell eine Sehnsucht nach Nähe. Und das ist ein guter Nährboden für Sucht. Auch die Schnelligkeit der Entstehung dieser offenen Kommunikation erzeugt eine Art Rausch. Dieses Phänomen wird von Psychologen als beschleunigte Selbstoffenbarung („**rapid intimacy**“) bezeichnet. Viele Chatter haben das Gefühl, online mehr über ihr Gegenüber zu erfahren als im wirklichen Leben, weil im Windschatten der Anonymität offener und freier erzählt wird. Aussehen, Stand, Bildung und Alter spielen zunächst keine Rolle. Scheinbar geht es ausschließlich um Worte, aber dabei entsteht das Gefühl, den Menschen eher von innen kennenzulernen, ganz ohne Fassade, wie er also wirklich ist. Und man beantwortet sich selbst Fragen, ohne dass sie direkt angesprochen werden, wie: „Hat mein Gegenüber Humor, Intelligenz, ähnliche Ansichten oder ist er zickig?“

Früher oder später kommt es auch zu „**Real-life-Treffen**“ (genannt „r/l“) zwischen den einsamen Suchern und gar nicht selten ist die Enttäuschung schon vorprogrammiert. Schließlich führt der nicht sichtbare Körper des virtuellen Partners regelmäßig dazu, seine Träume und Wünsche (wie auf eine weiße Leinwand) auf den imaginierten Anderen zu projizieren. Dem wirklichen Leben halten diese Träume leider oft nicht stand. So können bei einem realen Treffen aus den Träumen jede Menge Enttäuschungen werden und zur emotionalen Bauchlandung führen: Die Wirklichkeit zertrampelt die Träume und die idealisiert-unbegrenzte Phantasie wird durch die knallharte Realität erschlagen:

» Manchmal ist es zu schön, um wahr zu sein.
Meistens ist es zu wahr, um schön zu sein.

Je weniger reale Anhaltspunkte man hatte und je angefüllter man ist mit ungelebten Träumen, umso wilder wuchern Phantasien und Gefühle. – Das kann dann ganz schnell der Nährboden für Liebes- oder Romanzensucht werden. „Schnelles Glück“ titelte die Zeitschrift „Stern“ Anfang 2015. Es ging dabei um das Thema, wie Computer, Tablets und Smartphones die Partnersuche, die Liebe und den Sex verändern. Darin wurde beschrieben, wie heutzutage vor allem junge Leute über Apps wie „Tinder“, „eDarling“ oder „LOOO“ Kontakte herstellen. So kann man mitunter aus locker hunderten sog. „Matches“ (d. h. dass sich zwei Leute durch das Profil, das sie ins Internet gestellt haben, gegenseitig attraktiv finden) auswählen, wen man dann wirklich real treffen will.

Aber diese Profile, die man bei Facebook, WhatsApp, FriendsScout24 etc. online stellt, malen für den anderen mitunter ein Bild, das mit der Realität nur begrenzt etwas zu tun haben muss: Da werden schmalbrüstige und käsefüßige Buchhalter zu bodybuilding-gestylten Playboys. Und aus dem Mauerblümchen mit den Glasbausteinen vor den Augen wird ein attraktiv-erotisches Modell à la Scarlett Johansson: Man nennt das „faking“.

„**Faking**“ ist schließlich ein beliebter Sport nicht nur in den Chatrooms, sondern auch auf den diversen Portalen. Mitunter wird da mit falschen Altersangaben, getürkten Bildern und geschönten Infos gearbeitet. Solange es ein Spiel ist und jeder es auch bewusst als Spiel erlebt, sind die Gefahren nicht sehr groß. Es wird erst dann wirklich schlimm, wenn die **Realitätsdiffusion** und die **De-Realisation** um sich greift, wenn man selbst beginnt zu glauben, was man da als ideale Fiktion von sich in den Computer gemalt hat und allzu ernst nimmt, was man im Netz erlebt. Das Problem sind dabei die fließenden Übergänge zwischen Realität und Phantasieprodukt. Ein wunderbarer Nährboden für Romanzen- oder Liebessucht.

Hinzu kommt das Thema **Online-Sex**. Wenn sie erst mal in diesen Bereich geraten sind, können sich gerade weibliche Internet-Nutzer kaum noch vor unzweideutigen Angeboten retten. Mit Fragen wie „Stehst Du auf muskulöse, behaarte Männer?“ erscheinen nicht selten die skurrilsten Angebote mit drastischen Fotos auf dem Bildschirm. Und falls diese Frage bejaht wird, sind „Begegnungen der dritten Art“ zu erwarten.

Telefonsex ist ja bekannt, aber Online-Sex ist eine noch intensivere Form der körperlosen Begegnung – ohne Schleimhautkontakt. Durch die Anonymität scheint hier die Hemmschwelle, was sexuelle Phantasien und Praktiken angeht, zusammenzubrechen. Und so werden Situationen ausphantasiiert, die man im direkten Face-to-face-Kontakt kaum auszudrücken wagte – von wildesten Sexualpraktiken über bizarre Spiele bis hin zu Hard-core-S/M-Techniken. Aber dann gibt es ja neben dem Chat noch die unzähligen kommerziellen Sexseiten, die auch noch die abgedreisten Sexualvorlieben in bewegten Bildern und mit Gestöhne bedienen. Hier sind dann die Übergänge zum Thema Sex-Suchtfließende, weshalb HSO e. V., eine Selbsthilfegruppe für Onlinesüchtige, unterscheidet zwischen Online-Sex-Sucht, Online-Kommunikationssucht, Online-Spielsucht und allgemeiner Online-Sucht.

■ Internet-Sucht: Geschichte und Studien

„Ich bin drin“ hieß es in einer früheren AOL-Werbung. „Ich komme nicht mehr raus“ müsste eigentlich die Überschrift dieses Abschnitts lauten. Zum ersten Mal wurde die Internet- oder Online-Sucht 1997 in den USA thematisiert. Der erste Fall, der noch im alten Jahrtausend überregionale Aufmerksamkeit erregte, wurde in der Online-Publikation ABC NEWS von E.J. Gong Jr. beschrieben mit dem Titel „Sandra Hacker“. In dem Artikel wurde berichtet, dass eine dreifache Mutter in Cincinnati verhaftet worden sei, weil sie ihre Kinder völlig vernachlässigt hatte, um ungestört im Internet zu versinken. Sie habe 12 Stunden täglich online verbracht, während sie ihre Kinder schreiend vor Hunger in ihrem heruntergekommenen Appartement gelassen habe. Diese seien dann nach Unterbringung der Mutter im Gefängnis in die Obhut der Fürsorge übergeben worden.

Dieser Text hat eine wahre Flut von Veröffentlichungen über das Thema Internet- oder Online-Sucht losgetreten. Seit einigen Jahren wird das Problem außerdem noch unter den verschiedensten Bezeichnungen als psychologisches Problem diskutiert: Net-Addiction, Internet Addiction Disorder (IAD), Pathological Internet Use (PIU) ... Wie dem auch sei: Ich bleibe bei Internet- oder Online-Sucht.

Man kann Online-Sucht den exzessiven, unkontrollierten Gebrauch des Mediums Internet nennen. Die Betroffenen werden vom Internet beherrscht, statt es selbst zu beherrschen.

Eine Reduzierung oder der Verzicht auf das Internet erscheint dem User völlig undenkbar. Allmählich geht der Bezug zur realen Welt verloren und der Betroffene findet in der virtuellen Welt seine Anerkennung, seine Freunde, sein neues Leben. Onlinesüchtige verändern sich merklich, indem sie sich nach und nach immer mehr vom realen Leben zurückziehen und abkapseln.

Vielleicht bemerkt der Onlinesüchtige, dass „irgendetwas“ mit ihm nicht stimmt, aber wie in anderen Suchtformen wohl auch, redet er sich heraus, entschuldigt sich mit fadenscheinigen Argumenten, wie zum Beispiel, dass er doch nur eben seine E-Mails checkt, wenn Sie ihn wieder mal am Computer erwischen.

Da sein Umfeld ihm und seinen Erzählungen aus der virtuellen Welt nicht mehr folgen kann (oder will), findet er seine verständnisvolle Gemeinschaft, seinen neuen Freundeskreis, im Internet. Der Onlinesüchtige fühlt sich gar nicht selten seiner „alten Umwelt“ gegenüber überlegen.

Die amerikanische Psychologin Kimberley Young glaubt, dass vor allem diejenigen Personen gefährdet sind, die viel freie Zeit haben und ein eher isoliertes Leben führen – wie zum Beispiel Arbeitslose, Hausfrauen, Behinderte oder alte Menschen, Personen also, die mehr Zeit ohne Unterbrechung online verbringen können. Sie haben keine durch Arbeit, Universität oder Schule vorgegebene Tagesstruktur und sie finden Trost und Gesellschaft bei ihren Online-Freunden.

Generell kann man sagen, dass labile Menschen gefährdeter sind, als Menschen mit einem gesunden Selbstwertgefühl, die mit beiden Beinen fest im Leben stehen. Und je stabiler die soziale, berufliche und gesellschaftliche Einbindung ist, desto geringer ist die Gefahr dieser (wie jeder anderen) Sucht zu verfallen. Allerdings kann es auch Menschen „erwischen“, die sich selbst bis dato als absolute Realisten bezeichnen würden.

Es gibt viele Internet-Süchtige, die sich vor ihrem exzessivem Verhalten niemals als "gefährdet" gesehen haben und die zugeben, dass sie über Online-Sucht

bis zu ihrer eigenen Betroffenheit eher geschnürenzt haben. Frei nach dem Motto: „Das kann mir nie passieren“, habe die Welt nach einigen Monaten intensiven Surfens und Chattens für sie jedoch plötzlich ganz anders ausgesehen.

Es gibt eine Vielzahl von Studien zur Verbreitung von Internet-Sucht – vor allem bezogen auf junge Leute – mit unterschiedlichen Ergebnissen. Der Hintergrund: Seit Jahren diskutieren Fachleute darüber, ob diese Krankheit überhaupt existiert, wo sie anfängt und worauf sie sich bezieht. Ist ein User, der stundenlang Onlinespiele spielt, nun süchtig nach dem Internet oder nach Computerspielen? Ist man onlinesüchtig, wenn man zu lange mit seinen Freunden bei Facebook rumschreibt oder bei Tinder versucht Mädels aufzureißen? Und wie lange ist zu lange? Ab wann macht es wen krank? Gibt es objektive Daten dafür oder ist es von Person zu Person unterschiedlich?

Eine Untersuchung, die 2011 im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung erstellt wurde, kam zu dem Ergebnis, dass eine halbe Million Deutsche abhängig vom Internet seien. Bei den 14- bis 24-jährigen waren 2,4% internetsüchtig. Nach einer neueren Studie der Universität Mainz sind 0,9% der 14–17-jährigen internetsüchtig, 9,7% sind gefährdet.

In einer weiteren Studie zur „Prävalenz der Internetabhängigkeit“ (PINTA), die 2011 durchgeführt wurde, wertete man die Telefonumfrageergebnisse von ca. 15.000 Teilnehmern im Alter zw. 14 und 64 Jahren aus. Man hatte dabei eine pragmatische Definition der Online-Sucht gewählt: Wer bei der Telefonbefragung 28 von 56 möglichen Punkten erzielte, galt als online-/internetsüchtig. Laut den Forschern waren dies 1,5% der Deutschen zwischen 14 und 64 Jahren. Und dabei zeigte sich: Je jünger, umso gefährdet waren die User. Bei den 14- bis 24-Jährigen waren 2,4%, in der Altersgruppe zwischen 14 und 16 Jahren waren es 4%.

Wie groß nun die Zahl der Online-Abhängigen konkret ist, wird sich vermutlich erst in den nächsten Jahren herausstellen. Aber unbestreitbar bleibt, dass es eine beträchtliche Zahl Betroffener gibt. Dabei geht es ja nicht nur um Statistiken und Zahlen, sondern auch darum, wozu (gerade junge) Menschen das Internet benutzen.

In der Studie fand man dabei „4 digitale Positionen“ (Typologien) der Jugendlichen:

4-digitale Positionen

Typ A: „im Netz gefangen“

Dieser Typ verspürt einen Drang nach Offline-erfahrungen, jedoch fühlt er sich (evtl. auf Grund mangelnder sozialer Kompetenzen) enttäuscht, gemobbt oder ausgeschlossen und ist damit online „gefangen“.

Typ B: „alles auf die Reihe bekommen“

Dieser Typus hat einen Drang nach Offline-erfahrungen und verfügt über gute soziale Kompetenzen. Onlineaktivitäten haben hier häufig eine starke Verbindung zu Offlineaktivitäten (z. B. Jugendliche mit vielen Offlinefreunden können ebenfalls in Facebook engagierter sein).

Typ C: „erfolgreich selbstregulieren“

Dieser Typ zeigt einen Drang nach Offline-erfahrungen und sozialer Kompetenz, erfährt aber entwicklungsbedingt einen Kreis intensiver Internetnutzung und durchbricht diesen durch Selbstregulation.

Typ D: „Zeit totschlagen“

Offlineleben wird als „langweilig“ wahrgenommen, ihm fehlen alternative Interessen.

Diesem Typ fehlt der Drang nach Offline-erfahrungen, obwohl er/sie (begrenzt) soziale Fähigkeiten haben mag.

Eine weitere, von der Ambulanz für Spielsucht an der Universität Mainz (mit)initiierte Studie wird aktuell (seit Anfang 2015) gerade durchgeführt: **STICA** (Short-term treatment of Internet and Computer game Addiction).

Hier hat man ebenfalls eine pragmatische Definition von Internet-Sucht gefunden: „Internet-Sucht ist als Sammelbezeichnung zu verstehen und beinhaltet eine Vielzahl verschiedener Aktivitäten im Internet, die von Betroffenen unkontrolliert bzw. exzessiv genutzt werden.“

Haupterscheinungsformen der Internet-Sucht beziehen sich auf Computer- bzw. Online-Spiele

(Browergames, Online-Rollenspiele), die Nutzung von Social Networks und Chats, das Surfen auf Erotikseiten, die Teilnahme an Online-Glücksspielen (z. B. Poker, Online-Casinos), das Ansehen und Sammeln von Videos bzw. Filmen (z. B. Streaming-Angebote), ausuferndes Einkaufen (z. B. Online-Auktionen) oder das ziellose Recherchieren und Sammeln von Informationen (z. B. Online-Informationssysteme oder Lexika).“

■ Kriterien

Bislang gab es eine ganze Reihe von Bemühungen, Kriterien für Internet-Sucht zu erstellen, allerdings hat man sich noch nicht auf einen allgemein akzeptierten Kriterienkatalog geeinigt.

In den international verbindlichen Klassifikationssystemen, ICD-10 und DSM-5, mit denen psychische Krankheiten diagnostiziert werden, ist der Suchtbegriff immer auf Substanzen bezogen. Es gibt also die Substanzabhängigkeit und den Substanzmissbrauch, z. B. bei Alkohol, Drogen oder Medikamenten.

Dabei ist dieser Suchtbegriff in den letzten Jahren heftig ins Trudeln geraten:

Würde diese Definition zu Grunde gelegt, gäbe es keine Online- oder Internet-Sucht. Allerdings findet sich in dem von der American Psychiatric Association herausgegebenen ‘Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen’ (DSM-5) außerhalb des Suchtkapitels die sogenannte Gruppe der „Störungen der Impulskontrolle“. Dort wird z. B. Spielsucht als Störung beschrieben. Die Kriterien des krankhaften Spielens wurden auf das Internet übertragen. So hat die American Psychiatric Association analog zur Definition der krankhaften Spielsucht zehn Kriterien für eine Beurteilung krankhafter Internetnutzung veröffentlicht. Hier die Zusammenfassung:

- Das Internet beschäftigt mich; ich denke daran, auch wenn ich offline bin.
- Ich brauche immer mehr Zeit im Internet, um zufrieden zu sein.
- Ich bin unfähig, meinen Internet-Gebrauch zu kontrollieren.
- Ich werde unruhig und reizbar, wenn ich versuche, meinen Internetkonsum einzuschränken oder darauf zu verzichten.
- Das Internet ist für mich ein Weg, um vor Problemen zu fliehen oder schlechtes Befinden

6 Tabelle 6.5 Fragebogen Internet-Sucht

	Ja	Nein
Nutzen Sie regelmäßig das Internet länger als beabsichtigt?		
Haben sich Freunde und/oder Bekannte bereits über Ihren Internetkonsum beschwert?		
Leidet Ihre Arbeit unter Ihrer häufigen Internetnutzung?		
Nutzen Sie das Internet, um sich vor Problemen oder unangenehmen Gedanken zu flüchten?		
Beeinträchtigt Ihr Internetkonsum Ihre Nachtruhe? Wird diese zu Gunsten der Internetnutzung verkürzt?		
Fühlen Sie sich traurig oder nervös, wenn Sie nicht im Internet sind?		
Kreisen Ihre Gedanken ständig um das Internet, wenn Sie nicht online sind?		
Reagieren Sie gereizt wenn Sie angesprochen werden, während Sie im Internet sind?		
Haben Sie bereits (erfolglos) versucht, Ihren Internetkonsum zu reduzieren?		
Überschreiten Sie häufig selbstgesetzte Grenzen bezüglich der Internet-Nutzungsdauer?		

Je mehr Fragen Sie mit Ja beantworten, umso eher haben Sie ein Problem mit dem Internet.

(Hilflosigkeits- oder Schuldgefühl, Angst, Depression) zu bessern.

- Ich lüge meiner Familie oder Freunden gegenüber, um das Ausmaß meiner Beschäftigung mit dem Internet zu verbergen.
- Ich habe schon Arbeit, Ausbildungs- oder Karrieremöglichkeiten oder zwischenmenschliche Beziehungen wegen des Internet in Gefahr gebracht.
- Ich gehe ins Netz, auch wenn ich exzessive Gebühren zahlen müsste.
- Ich bekomme im Offline-Zustand Entzugserscheinungen.
- Ich bleibe immer wieder länger online, als ich mir vorgenommen habe.

Wenn von diesen zehn Kriterien vier zutreffen und sie über mindestens zwölf Monate bestehen, dann wird von Internet- oder Online-Sucht gesprochen.

Der folgende Fragebogen dient ebenfalls der Evaluation zum Thema Internet-Sucht (■ Tab. 6.5):

■ Hilfen

Die Personen, die das Gefühl haben, internetsüchtig zu sein und darunter leiden, können aus vielen Hilfsangeboten auswählen. Inzwischen gibt es auch eine Vielzahl von Beratungsstellen, Kliniken und

niedergelassenen Psychotherapeuten, die sich mit dem Thema Internet-Sucht gut auskennen. Es gibt also einerseits die vielen Angebote der diversen Suchttherapien, aber es besteht auch die Möglichkeit, Hilfe im Internet zu erhalten.

Das klingt fast so, als wolle man einen Spielsüchtigen in einem Casino oder einen Alkoholiker in einer Kneipe therapieren. Andererseits: „Man muss die Menschen dort abholen, wo sie sind“. So gibt es inzwischen sowohl von psychologischen Fachleuten als auch von virtuellen Selbsthilfegruppen zahlreiche Informations- und Beratungsangebote für Netzsüchtige im Internet.

Eine der wichtigsten Institutionen ist die Ambulanz für Spielsucht an der Universität Mainz. <http://www.unimedizin-mainz.de/index.php?id=5377> (abgerufen: 12.11.2015). Dort laufen viele Fäden zusammen – es wird zu Internet-Sucht geforscht (zum Teil auch im internationalen Rahmen), es wird Diagnostik und Beratung angeboten, es werden Vorträge und Informationsveranstaltungen (z. B. auf Kongressen, Tagungen und Seminaren) durchgeführt und es wird kooperiert mit und vermittelt an verschiedene Fachkliniken.

Zu erwähnen ist auch die schon genannte Gruppe „HSO e.V. – Hilfe zur Selbsthilfe für Onlinesüchtige“.

Die Ziele der HSO bestehen in der Förderung der Teilnahme betroffener Onlinesüchtiger am öffentlichen Leben und die Wiedereingliederung in ein reales („offline“) soziales Umfeld. Insbesondere stehen bei ihnen Gruppengespräche im Vordergrund, in der Betroffene und deren Angehörige gehört und beraten werden können. Die kontinuierliche und menschliche Begleitung der Betroffenen soll einen disziplinierten Umgang mit dem Medium Internet fördern. Roundtable-Gespräche mit Psychologen und Ärzten sollen Erfahrungswerte in die Ärzteschaft und Gesellschaft tragen, sowie umgekehrt den Betroffenen zugutekommen.

Hier ein paar hilfreiche Tipps für Internet-Süchtige:

1. Der Computer sollte aus dem unmittelbaren Sichtfeld des Süchtigen entfernt werden, keinesfalls sollte er sich im Wohnbereich befinden.
2. Nach jeder Sitzung soll der Computer vollständig heruntergefahren und ausgeschaltet werden.
3. Zur besseren Kontrolle erstellt der Süchtige selbst einen Tages- und später Wochenplan, wann er online sein möchte und wie häufig er seine E-Mails lesen und bearbeiten will.
4. Zur Zeiteinhaltung dient ein Wecker, der neben den Computer gestellt wird, und der vorab auf die festgelegten Internet-Zeiten eingestellt wurde.
5. Der Süchtige soll offen mit Freunden und Familie über sein Verhalten im Internet sprechen.
6. Der Süchtige soll sich nicht das unrealistische Ziel setzen, völlig „Internet-abstinent“ zu leben.
7. Ein neues oder wieder aufgefrischtes Hobby kann helfen, sich vom Internet zu lösen.
8. Durch die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe erhält der Süchtige neben wertvollen Tipps und Hilfestellungen eine Aufgabe und das Gefühl, gebraucht zu werden.
9. Oft hilft es dem Süchtigen, das Erlebte niederzuschreiben und erst hierdurch eigenes Fehlverhalten zu erkennen.
10. Beziehungen zu Online-Kontakten sollten auch offline gepflegt werden.

■ **Tipps für Angehörige von Internetsüchtigen**

- Signalisieren Sie dem Betroffenen durch offene Kommunikation Interesse an dessen Internet-Tätigkeit. Suchen Sie hierfür einen entspannten Moment, in dem der Süchtige nicht online oder in Computernähe ist.
- Versuchen Sie, objektiv zu bleiben und machen Sie dem Betroffenen keinesfalls Vorwürfe.
- Schildern Sie dem Betroffenen Ihre eigenen Gefühle, ohne vorwurfsvoll zu werden.
- Machen Sie dem Betroffenen deutlich, dass Sie ihm helfen wollen und dabei auf seine Unterstützung angewiesen sind.
- Beraten Sie sich (evtl. online) mit anderen Internet-Süchtigen und deren Angehörigen und besuchen Sie Selbsthilfegruppen (ggf. sogar mit dem Betroffenen gemeinsam)
- Verdeutlichen Sie dem Betroffenen, dass auch das reale Leben zahlreiche Möglichkeiten und Amusements bietet.

6.6.3 Handysucht: Das grosse Quasseln

» Contact me, call me, sims me. (Anonym)

Schon im Jahr 2014 gab es fast 69 Mio. Handynutzer in Deutschland – heute sind es wahrscheinlich noch ein paar Mio. mehr. Denn die Zahl der Mobilfunkanschlüsse – also aller Geräte insgesamt – lag 2014 schon bei 120 Mio.. Nur jeder 10. Deutsche hat noch kein Handy oder Smartphone, dafür haben von den anderen 90% der eine oder andere gern mal zwei, drei oder auch fünf Mobiltelefone – einfach deshalb, weil die Preise sowohl für das einzelne Gerät, wie auch für die Telefonieeinheiten sehr viel günstiger geworden sind. Ganz abgesehen davon, dass ein Großteil der User inzwischen über eine Flatrate telefoniert und surft. Fast die Hälfte der Handys sind inzwischen hochwertige, internetfähige Smartphones.

Auch in Deutschland gehören in vielen Haushalten mittlerweile zwei oder mehr dieser schicken Spielzeuge zur Standardausrüstung besorgter Eltern und modebewusster Kids. Und sie werden heftig genutzt – zum Telefonieren, zum Surfen im Internet und zum „Simsen“, also zum SMS-Schreiben. Wobei die Smartphones immer seltener fürs

Telefonieren und mehr fürs Surfen oder Fotografieren genutzt werden. Auch die hohe Zeit der SMS ist vorbei. In 2012 wurden noch über 160 Mio. SMS pro Tag verschickt, 2014 waren es gerade mal knapp 74 Mio. Aber immerhin hat sich (weil ja nicht mehr als 160 Zeichen pro SMS erlaubt sind) eine ganze Palette von SMS-insider-codes erhalten:

- BSU = Bin schon unterwegs
- AKLA = Alles klar?
- DDDR = Dreimal darfst Du raten?
- GUK = Gruß und Kuss
- 4 U = For you
- ASAP = As soon as possible
- BG = Big Grin
- BTW = By the way
- CU = See you
- LMAO = Laughing my ass off
- TGIF = Thank God it's Friday
- XOXO = Hugs & Kisses
- WZTWD Wo zum Teufel warst Du?
- TABU = Tausend Bussies
- HDL = Hab Dich lieb

Viele jüngere Menschen wollen heutzutage ständig erreichbar sein. Man könnte ja wichtige Nachrichten etwa über Facebook oder den Kurznachrichten-Dienst WhatsApp verpassen. Für sie ist das Smartphone so etwas wie eine Nabelschnur, die sie mit der Welt und vor allem mit den Freunden und Bekannten verbindet.

In einem kleinen Experiment, das ich mit Studenten bei einer Vorlesung über Sucht an der Hochschule Fresenius in Idstein machte, zeigte sich beispielhaft, wie sehr die jungen Leute an ihrem Smartphone klebten und wie sehr sie darauf fixiert waren. Da alle ein Handy dabei hatten, hatte ich sie gebeten, dieses einfach auf den Tisch zu legen und mal selbst darauf zu achten, wann sie das erste Mal von sich aus darauf schauen würden. Der Erste sagte, er habe schon nach einigen Sekunden reflexhaft aufs Smartphone gesehen, andere haben nach drei Minuten einen Blick darauf geworfen, bei wieder anderen dauerte es ein paar Minuten länger. Da die meisten online waren, wurde spätestens dann danach gegriffen, wenn es sich bewegte, summte oder klingelte, also irgendeine Nachricht ankam.

Zu einem ähnlichen Versuch entwickelten im Jahr 2014 ein Forscherteam von Psychologen und

Computerexperten der Universität Bonn eine Handy-App namens „Menthal“. Sie sollte das Verhalten von 50 Studenten über einen Zeitraum von sechs Wochen im Hinblick auf Handynutzung genau dokumentieren und analysieren. Ergebnis: Alle 12 Minuten aktivierte ein Durchschnittsnutzer sein Smartphone.

Einer der Leiter der Studie, der Psychologe Dr. Christian Montag, spricht von „erschreckenden Ergebnissen: Im Schnitt wurde das Handy am Tag 80 Mal aktiviert.“

Ein Viertel der Probanden habe das Handy länger als zwei Stunden pro Tag genutzt. Mehr als die Hälfte der Zeit nutzten die Probanden Messenger oder tummelten sich in sozialen Netzwerken. Alleine WhatsApp schlug mit 15% zu Buche, Facebook mit 9%. Spiele brachten es auf 13%, wobei einige Probanden mehrere Stunden am Tag spielten. Der typische Nutzer telefonierte lediglich acht Minuten am Tag und schrieb 2,8 SMS. Dabei tendieren die meisten Nutzer nach Beobachtungen der Wissenschaftler dazu, ihre Zeit am Handy zu unterschätzen. <http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Netzwelt/d/4296126/alle-zwoelf-minuten-am-smartphone.html> (abgerufen: 13.11.2015)

Angesagt bei jungen Leuten ist derzeit das sogenannte Instant Messaging via WhatsApp. Dort kann man bei einer Internetverbindung und über die Handynummer Nachrichten sowie Fotos und Videoaufnahmen rasch hin und her schicken. Man sieht auch, wer jeweils „online“ oder „verfügbar“ ist. Oder, ob eine Nachricht bereits eingegangen ist und gelesen wurde, was bei vielen auch zu einer regelrechten Manie wird: „Er/Sie hat doch die Nachricht erhalten, warum antwortet er/sie nicht?“ Klassische SMS, das gewöhnliche Telefonat oder E-Mails sind in den Hintergrund getreten. Auch Spiele-Apps sind auf dem Smartphone beliebt.

So wird das Smartphone zum Lückenfüller, zur Ersatznabelschnur, über die man sich emotional ernährt. Psychologen sehen hinter diesem Verhalten die Angst vor Einsamkeit und innerer Leere, dem viel beschworenen „Horror vacui“. Diese Angst zeigt sich vor allem in Situationen, in denen gerade nichts zu tun ist oder man momentan nichts tun kann – an der Straßenbahnhaltestelle, in der U-Bahn, in Warteschlangen und Pausen. Durch das Rumtippen auf dem Handy bin ich beschäftigt, die Leere ist gefüllt,

ich weiß, wohin mit meinen Händen und muss vielleicht meine Angst vor sozialen Situationen nicht spüren.

Fakt ist, dass das Mobiltelefon in sehr kurzer Zeit zu einem Gegenstand des alltäglichen Gebrauchs geworden ist und es ganz neue Möglichkeiten für unser Kommunikationsverhalten eröffnet hat. Ganz klar hat es in dieser kurzen Zeit heftig unsere zwischenmenschliche Beziehungen beeinflusst – wie das Internet im Übrigen auch – und vorher das Telefon und davor die Erfindung der Briefpost. Jede technische Neuerung ist eben nicht nur Technik, sondern beeinflusst Bereiche unseres gesamten Lebensstils.

Seine Verfügbarkeit und die Faszination, die das Handy zumindest am Anfang (wie jedes neue Spielzeug) mit sich bringt, legt daher ein gewisses Suchtpotential nahe. Dass im Einzelfall Menschen, die eine entsprechende Prädisposition mitbringen, das Handy übermäßig und zwanghaft zu nutzen („Wenn ich mein Handy Zuhause vergesse, fühle ich mich wie von der Welt abgeschottet, isoliert und vereinsamt ...“), belegen Rechnungen bis zu 1500 € im Monat, die ahnungslosen Eltern auf den Tisch flatterten, bevor es Flatrates gab. Ob es sich dabei wirklich um Elemente von Sucht im klinischen Sinne handelt, darüber wird immer noch heftig diskutiert.

Mit Handysucht ist das starke Verlangen, mit nicht anwesenden Personen per Handy oder Smartphone in Kontakt treten zu wollen, gemeint (entweder per Anruf oder per SMS) oder das verlangen, damit im Internet zu surfen. Diese Form der Abhängigkeit wird von manchen Experten – zusammen mit der Internetabhängigkeit – als MAIDS (Abkürzung von: „Mobile and Internet Dependency Syndrome“) bezeichnet.

Unter den 14- bis 24-Jährigen gelten in Deutschland etwa 250.000 Menschen nach der PINTA-Studie I und II als Online- oder Internetabhängig, 1,4 Mio. weisen in diesem Alter ein problematisches Nutzungsverhalten auf.

Für die Gefahr einer „Versüchtelung“ (gerade bei jungen Leuten) spricht z. B., dass in Großbritannien schon vor einiger Zeit das Handy bei den Jugendlichen um 15 Jahre Zigaretten den Rang als Statussymbol Nr. 1 abgelaufen hat: „Quasseln statt qualmen“ heißt dort anscheinend die Devise. Immerhin, einen Vorteil hätte dieser Trend, falls er sich auch in Deutschland durchsetzen würde: Telefonieren,

Simsen oder am Smartphone rumspielen ist sicher um ein Vielfaches (zumindest körperlich) gesünder als Rauchen (wenn man vom Elektrosmog am Ohr absieht).

■ 24/7: Vom „Puls der Zeit“ zum „Terror der Erreichbarkeit“

24 Stunden, 7 Tage die Woche erreichbar waren früher nur Diener und Sklaven („his masters voice“). Und es ist schon schwer verständlich, dass immer mehr Menschen „24/7“ erreichbar sein wollen, so als ob sie etwas Wichtiges verpassen würden, wenn sie ihr Handy ausschalten oder nicht online sind. Schließlich liefern wir uns mit diesem Rund-um-die-Uhr-Aktivismus freiwillig und voller Begeisterung der Möglichkeit kompletter Überwachung aus. Man sollte allerdings nicht vergessen, dass manche Firmen diese Erreichbarkeit stillschweigend (mitunter auch explizit) von ihren Mitarbeitern erwarten. Auch Selbstständige – vom „Free-lancer“ bis zum Kleinunternehmer – können mitunter in die Zwickmühle geraten. Schließlich müssen sie, wenn sie es sich nicht mit ihren Auftraggebern verscherzen wollen, als Dienstleister prinzipiell für ihre (potenziellen) Kunden 24 Stunden lang erreichbar sein.

Allerdings nehmen wir damit in Kauf, dass jede Menge persönlicher Daten in irgendwelchen Computern, außerhalb unserer Kontrolle („big data“), gespeichert werden. Wir nehmen weiterhin in Kauf, dass die Position unseres Handys jederzeit auf einige hundert Meter genau festgestellt werden kann und unsere Gespräche (trotz Verschlüsselung) jederzeit abhörbar sind – das entsprechende Equipment vorausgesetzt: Orwells „1984“ und Huxley „Schöne neue Welt“ in einem – und wir machen es ganz freiwillig.

6.6.4 „Infoholics“ oder: Leben im Zeitraffer

„Überall in der Welt steigt die Zahl stressbedingter Krankheiten dramatisch an“, schreibt Jeremy Rifkin, Präsident der „Foundation on Economic Trends“ in Washington. „Ein Großteil davon geht auf Informationsüberfrachtung und Burnout-Syndrom zurück“. Immer weniger Menschen können inzwischen anscheinend Stille und Ruhe aushalten, sind regelrechte „Infoholics“ geworden: Menschen, die

Informationen und mediale Reizüberflutung brauchen, wie der Fixer die Spritze.

Gerade heute, wo jeder ständig von zu vielen Informationen umgeben ist, fällt es vielen schwer, Ruhe zu ertragen, sich auf sich selbst zu besinnen und sich Zeit zu nehmen zum Nichts-tun. Alles muss schnell gehen, zack-zack, effektiv, intensiv und im Crashkurs. In den 80er Jahren gab es mal einen deutschen Popsong mit dem Titel „Schlendern ist Luxus“. Das ist nicht mehr zeitgemäß. Selbst Kinder sind ständig unter Strom, immer muss für sie etwas passieren – Langsamkeit, sich Zeit nehmen und Selbstbesinnung, „die Seele baumeln lassen“, ja auch Lange-weile kennen sie nicht mehr. Kein Wunder, dass dann schon im Kindergarten ADHS und stressbedingte Krankheiten entstehen. Was das für Auswirkungen im Erwachsenenalter haben wird, ist ja noch überhaupt nicht abzuschätzen.

Und bei den Erwachsenen ist es nicht viel anders. Bei vielen ist der zwanghafte Griff zum Smartphone mitunter wie der Griff zur Flasche oder zur Pillenpackung oder zur Zigarette. So ist auch der Griff nach dem Smartphone ein Schutzmechanismus, um nicht über sich selbst und etwaige aktuelle Probleme nachdenken zu müssen. Durch die ständig verfügbare Ablenkung muss ich mich nicht mit tieferliegenden u. U. schmerzhaften Themen beschäftigen.

Der amerikanische Querdenker Rifkin berichtet in einem Artikel mit dem Titel „Leben im Zeitraffer“, dass in den USA der Stress im vergangenen Jahrzehnt seuchenartig zugenommen habe. „43% der Erwachsenen leiden unter gesundheitlichen Störungen, die auf Stress zurückzuführen sind. Der US-Industrie entstehen dadurch jährlich Kosten in Milliardenhöhe. Nirgendwo sind die Einflüsse der sogenannten Lichtgeschwindigkeits-Gesellschaft deutlicher zu spüren als in der Dot-com-Generation. In den USA leiden Millionen Kinder, insbesondere Jungen, unter dem Aufmerksamkeits-Defizit- Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS).“

Rifkin sieht eine Generation heranwachsen, die sich nur noch schwer konzentrieren kann, leicht die Geduld verliert, schnell reizbar und frustriert ist. Wen wundert's dann, dass „desk rage“, „road rage“ und „air rage“ zunehmen? Zukünftig werden – nach Rifkin – immer mehr Menschen versuchen, ihren Stress und ihren Frustrationen durch gewalttätige Ausbrüche

im Büro, auf der Straße oder gar im Flugzeug abzureagieren. „In unserer gehetzten Gesellschaft darf sich niemand wundern, wenn viele schon bei der kleinsten Kleinigkeit ausrasten.“

Andererseits: Schon seit Menschen Gedenken wurden neue Entwicklungen und Erkenntnisse mit Angst und Skepsis begegnet. Sei es das Automobil, mit der Gefahr des Geschwindigkeitsrausches, die ersten Comics, durch die die Sprache verloren und das Lesen verlernt werden würde, oder der Niedergang der abendländischen Kultur, der mit dem Rock and Roll oder den Beatles befürchtet wurde.

So betritt jede Generation immer wieder neue Wege und meist lernt der Mensch damit um- und nicht darin unterzugehen. Und so wird es auch sein mit Computer, Internet, Smartphone und all dem, was man so an technischen Neuerungen in den nächsten Jahren entwickeln wird. Wie bei allen Dingen mit einem hohen Reiz, wird es auch immer Menschen geben, die diesen erliegen – und es wird immer auch einen größeren Teil der Bevölkerung geben, der angemessen damit umgehen kann.

■ Weiterführende Literatur

- Bleckmann P (2012) Medienmündig: wie unsere Kinder selbstbestimmt mit dem Bildschirm umgehen lernen. Klett-Cotta
- Schuhler P, Vogelgesang M (2011) Abschalten statt Abdriften: Wege aus dem krankhaften Gebrauch von Computer und Internet. Mit Online-Materialien. Beltz
- te Wildt B (2012) Medialisation: von der Medienabhängigkeit des Menschen. Vandenhoeck & Ruprecht
- Boyd D (2014) Es ist kompliziert: Das Leben der Teenager in sozialen Netzwerken. Redline Wirtschaft

6.7 Kaufsucht

- » Je größer die Löcher in der Seele, umso größer müssen die Perlen in der Krone sein. (Psychotherapeuten-Weisheit)

„Wenn ich Geld habe, dann muss es einfach raus. Wenn ich z. B. am Ende eines Einkaufes noch 20 € im Geldbeutel habe, dann kann ich gar nicht

6.8 · Kleptomanie

anders, als davon auch noch etwas zu kaufen“, erzählt eine kaufsstüchtigen Frau. Was mit 20 € beginnt, endet nicht selten im finanziellen Ruin. Unbezahlte Rechnungen, überzogene Konten und hohe Kredite, die es abzuzahlen gilt, sind das Kennzeichen der „**Shopaholics**“. Ähnlich wie bei der Spielsucht wird alles Geld, das zur Verfügung steht, umgesetzt. Während der Spielsüchtige alles in den Automaten steckt oder auf dem Roulettetisch setzt, trägt der Kaufsstüchtige alles in die Geschäfte. Von Kosmetika über Elektroartikel bis hin zu Kleidern und auch Autos reicht die Palette der gekauften Waren – je nach Geldbeutel oder Kreditwürdigkeit. Doch warum kaufen Shopaholics mehr als sie sich leisten können? Gerhard Scherhorn von der Universität Stuttgart-Hohenheim nennt zwei wichtige Gründe: „Zum einen leiden Kaufsstüchtige oft an einem sehr schwach ausgeprägten Selbstwertgefühl. Dies wurde meist schon in der Kindheit der Kaufsstüchtigen geprägt, den Kindern wurde zu wenig eigene Entscheidungsfreiheit gewährt, sie wurden oft nicht mit ihren Bedürfnissen und Gefühlen akzeptiert und lernten daher auch nicht, ihre eigenen Gefühle überhaupt wahrzunehmen. Ihren Selbstwert hoffen Kaufsstüchtige dann mit materiellen Dingen erhöhen zu können.“ „Ich möchte begehrte sein und bei den Leuten ankommen. Deshalb kaufe ich auch so viel Kleidung – ich möchte immer schön sein und glänzen“, berichtet eine Betroffene. Einen anderen Grund für die Kaufsucht sieht Scherhorn in dem Warenüberangebot unserer Konsumgesellschaft, in der alles nur darauf angelegt ist, den Menschen zum Kaufen zu verführen. Die Kaufsucht findet sich in allen Schichten, Alters- und Einkommensgruppen. Man vermutet, dass Frauen eher von der Kaufsucht betroffen sind, einfach schon deshalb, weil das Einkaufen für den täglichen Bedarf eine eher frauenspezifische Tätigkeit ist. Shopaholics sind einem inneren Drang ausgesetzt, der sie Dinge kaufen lässt, die sie gar nicht benötigen und sich oft auch nicht leisten können. Die Kaufsucht in ihrer ausgeprägtesten Form zeigt alle typischen Suchtkriterien (► Kap. 4) von Kontrollverlust über Entzugserscheinungen und Dosissteigerung bis hin zur Interessenabsorption. Kaufsstüchtige schirmen sich mit Kaufen von ihrer Umwelt ab, von der sie scheinbar nur Kränkungen erfahren, isolieren sich mehr und mehr und

schränken auch andere Hobbies und Interessen – nicht selten aus Geldmangel – ein.

Typische Symptome von Kaufsstüchtigen

- Zwang, unkontrolliert Dinge einzukaufen, die sie nicht brauchen und oft nicht bezahlen können,
- wachsender innerer Druck, der erst beim Kauf einer Ware schwindet,
- vorübergehendes Glücksgefühl beim Kauf,
- Schuldgefühle danach.

Auch hier scheint das Gekaufte die „Löcher in der Seele“ nur kurzfristig zu stopfen. Neben den hohen Schuldenbergen sind auch die seelischen und körperlichen Folgen schlimm: Nervosität, Erschöpfungsstände, Schuldgefühle. Auch hier handelt es sich nur im Extremen um wirkliche Sucht (► Tab. 6.6).

Zur Beruhigung für uns alle: Wenn man sich ab und zu aus Frust ein paar T-Shirts oder zur Belohnung Parfüm oder Pralinen kauft, hat das noch lange nichts mit Sucht zu tun. Immerhin – es kann dazu werden, wenn es chronifiziert und sich zum ständigen Konfliktlösemechanismus entwickelt. Oft ist süchtiges Kaufen allerdings nur ein Begleitsymptom von anderen süchtigen Verhaltensweisen bzw. stoffgebundenen Suchtformen. Es wird dann als Ausweichmittel benutzt, wenn das Hauptsuchtmittel nicht zugänglich ist. Link zu weiteren Informationen über Kaufsucht: <http://www.bruecke-online.de/kaufsucht-2/> (abgerufen: 13.11.2015)

6.8 Kleptomanie

» Ein Dieb ist ein Mensch, der etwas findet, was ein anderer nicht verloren hat. (Unbekannter Autor)

„Gelegenheit macht Diebe“, sagt der Volksmund. Oft sind es respektable Bürger, die im Kaufhaus zum Ladendieb werden. Parfüms, Kleider, Handys – fast nichts ist vor einem schnellen Diebstahl sicher. Studenten und Hausfrauen, Ärzte und Manager, Arbeiter und Akademiker – Kaufhausdiebe gibt es in allen

6 Tabelle 6.6 Fragenkatalog Kaufsucht

	Ja	Nein
Fühlen Sie sich traurig, leer, depressiv und/oder gereizt, wenn Sie nicht einkaufen?		
Kaufen Sie Artikel, die Sie gar nicht benötigen oder unnötig viel davon?		
Finden Sie Ihre Einkäufe im Nachhinein selbst unsinnig?		
Kaufen Sie mehr, als Sie sich finanziell leisten können?		
Empfinden Sie nach dem Kauf keine Freude mehr?		
Kaufen Sie aufgrund eines inneren Zwangs?		
Folgt der Hochstimmung beim Kauf schnell das schlechte Gewissen?		
Drehen sich Ihre Gedanken hauptsächlich um das Einkaufen?		
Versuchen Sie, sich durch Einkaufen von negativen Gefühlen und/oder Problemen abzulenken oder zu trösten?		
Lassen Sie gekaufte Artikel zuhause achtlos liegen und haben keine Freude mehr daran?		
Wirkt es sich bei Ihnen körperlich aus, wenn Sie längere Zeit nicht einkaufen waren (Kopfschmerzen, Unruhe, Nervosität)?		
Gibt es aufgrund Ihres Einkaufverhaltens häufiger Streit in der Familie oder mit Freunden und Bekannten?		
Hat sich die Anzahl Ihrer Sozialkontakte verringert?		
Geben Sie mehr Geld für das Einkaufen aus als für andere Freizeitaktivitäten?		

Je mehr Fragen Sie mit Ja beantworten, umso eher haben Sie ein Kaufsucht-Problem.

gesellschaftlichen Schichten, in jedem Alter und jeden Geschlechts. Mit Einführung der Selbstbedienungsläden in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts stieg die Anzahl der gemeldeten Ladendiebstähle sprunghaft an – allein in den Jahren 1963–1973 von 43.000 auf 221.000. Im Jahr 2013 lag die Zahl der polizeilich erfassten Ladendiebstähle bei knapp 340.000.

Dabei sind die in Hotels geklauten Handtücher, die in Restaurants gestohlenen Silberbestecke und all die anderen Kleinigkeiten noch nicht mitgerechnet. Wer es mit dem 7. Gebot („Du sollst nicht stehlen“) allzu genau nimmt, gilt bei vielen als weltfremd. Und in der richtigen Atmosphäre bekennen sich nicht wenige sogar mit Stolz zum Kleindiebstahl. Wissenschaftler meinen dazu: Der „situative Aufforderungscharakter“ in Selbstbedienungsläden verfüre einfach immer mehr zum Diebstahl. Die Kaufanreize werden ständig eindringlicher, die inneren Impulse können immer schwerer im Zaum gehalten werden. „Jeder

Diebstahl eines sonst einwandfreien Menschen ist ein Triumph der modernen Verkaufstechnik“, schrieb schon 1954 der Kriminologe von Hentig: „Was zum Kaufen anregt, regt auch zum Klauen an.“ Selbstverständlich sind nicht alle Ladendiebe auch gleichzeitig Kleptomanen. Experten schätzen, dass von den Personen, die stehlen, weniger als 1% wirklich Kleptomanen sind, für die die Suchtkriterien (Kontrollverlust, Entzugserscheinungen, Dosissteigerung etc., ► Kap. 4) zutreffen. Auch juristisch wird zwischen Kleptomanen und von dieser Krankheit nicht betroffenen Personen, also bewussten Dieben unterschieden. Während letztere mit Geld- oder Gefängnisstrafe rechnen müssen, wird Kleptomanen meist eine psychiatische oder psychotherapeutische Behandlung vorgednet. Das DSM-5, in dem alle psychiatrischen Krankheitsbilder beschrieben werden, definiert die Kleptomanie auch als das „wiederholte Versagen, Impulsen zum Stehlen von Gegenständen zu widerstehen, die nicht unmittelbar wegen ihres Nutzens

6.9 · Sportsucht

oder ihres Geldwertes gebraucht werden“. Danach erleben Kleptomanen ein zunehmendes Spannungsgefühl vor der Handlung. Stehlen ist für sie „Lust und Entspannung“, während sie es tun. Kleptomanen stehlen spontan, ohne Planung und ohne Mithilfe anderer.

Kleptomanie wird von vielen Menschen deshalb als suchtähnliches Verhalten angesehen. Der Begriff „**Klau-Sucht**“ deutet darauf hin. Die Psychologin Kühne von der Universität Hannover hat herausgefunden, dass Kleptomanen häufig in einer schwierigen und konfliktbeladenen Situation leben. Sie leiden oft unter depressiven Verstimmungen, körperlicher und seelischer Erschöpfung und sind in ihrer Partnerschaft sexuell frustriert. Oft verhalten sie sich auch ihrem Partner gegenüber aggressiv. In einer Untersuchung von Gerlinghoff und Bäckmund wurde ein Zusammenhang von Kleptomanie, Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie) festgestellt. 24% von insgesamt 63 Patientinnen waren durch kleptomanes Verhalten aufgeflogen. Als Motive für das Stehlen geben die Frauen mit Essproblemen Ersatz für menschliche Zuwendung und Heißhungerattacken, Rache und den Wunsch nach Selbstbehauptung und Selbstbestätigung an. Psychoanalytiker betrachten das Stehlen als einen Akt der „**symbolischen Selbstergänzung**“, d. h. ein Loch in der Seele – das bereits in der Kindheit entstanden ist (► [Kap. 7](#)) – soll mit einem geklauten Gegenstand ausgefüllt werden. Aber die Freude darüber ist selten von langer Dauer. Nach immer kürzerer Zeit zeigt sich die innere Wunde wieder und muss erneut durch einen Diebstahl ergänzt werden. Eine Betroffene berichtet:

Fall

„Da spielt auch meine Einsamkeit eine Rolle. Neulich sah ich auf der Straße einen Typen, den ich vom Sehen aus der Disco kenne und der mir gefällt. Doch ich denke, dass der mich bestimmt ablehnt. Also bin ich schnurstracks in ein Kaufhaus gerannt und habe ein Kleid für 60 € geklaut. In dieser Stimmung ist es mir ziemlich egal, was mir passiert. Also dieser Typ, der mich überhaupt nicht kennt, löste das aus.“

Sozialpsychologen stellen den „thrill“, den Nervenkitzel, in den Vordergrund. Andere Psychologen behaupten, dass sich Kleptomanen während des

Stehlaktes in einer Art „Situations-Psychose“ befinden. Moeller fasst im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten diese Sichtweisen zusammen und unterscheidet insgesamt vier Motive beim Stehlen:

- Stehlen als sexuelle Ersatzhandlung,
- Stehlen als emotionale Entlastungsreaktion,
- Stehlen bei Bewusstseinstrübung,
- Psychotisch motiviertes Stehlen.

Klauen ist kein Kavaliersdelikt, es kann im Extremfall süchtig entarten und auch bereits im „Vorstadium“ zur Sucht für viele Menschen einen Versuch darstellen, eigene Defizite und Bedürfnisse mit falschen Mitteln zu befriedigen. Weitere Infos: <http://kleptomanie.net/> (13.11.2015)

6.9 Sportsucht

» Ein Tag ohne Bewegung ist ein verlorener Tag!
(Jogger-Weisheit)

Sport kann, wie jedes andere Verhalten, in die Abhängigkeit führen. Gesicherte Daten zu der Anzahl Betroffener gibt es aktuell nicht; die Sportsucht ist schwer zu diagnostizieren und in Deutschland noch nicht offiziell als psychische Störung anerkannt. Man geht davon aus, dass etwa 1% aller Sporttreibenden in der BRD süchtig Sport betreiben. Wissenschaftlich untersucht werden vorwiegend Läufer und Triathleten, treffen kann die Sportsucht aber prinzipiell jeden Sporttreibenden.

Differenziertere Forschungsergebnisse finden sich vor allem in den USA, wo Sportsucht bereits seit den 1990er Jahren eine ernstgenommene, anerkannte Krankheit darstellt, und wo Sportsüchtige auch als „permanent residents“, also als „Dauerbewohner“ der Fitnessstudios, bezeichnet werden.

Sportsuchtgefährdet sind vor allem jüngere Menschen mit Persönlichkeitsmerkmalen wie verzerrter Selbstwahrnehmung, mangelndem Selbstwert, hoher Leistungsmotivation und Perfektionismus. Das Risiko, an einer Sportsucht zu erkranken, erhöht sich durch Erfolgsergebnisse, Leistungsdruck und häufige, lange Trainingseinheiten.

Sportsüchtige verwenden einen Großteil ihres Tages auf die Planung und Durchführung sportlicher Aktivitäten. Der zwanghafte Bewegungsdrang

kann nicht mehr kontrolliert werden. Es wird exzessiv Sport betrieben, nicht selten bis zur völligen körperlichen Erschöpfung und das trotz – manchmal schwerwiegender – Verletzungen.

Wenn Sportsüchtige daran gehindert werden, Sport zu treiben, treten **körperliche und psychische Entzugserscheinungen** auf. Hierzu zählen u. a., Aggressionen, Nervosität, Schlafstörungen, Schuldgefühle und Depressionen.

Doch selbst wenn der Betroffene seiner Sucht nachgeht, leidet er häufig unter emotionalen Befindlichkeitsstörungen und Stimmungsschwankungen.

Zusätzlich zur psychischen Komponente leidet der Körper: Das Immunsystem wird geschwächt, Gelenke, Knochen, Sehnen und Bänder werden (oft irreparabel) geschädigt; die körperliche Leistungsfähigkeit nimmt ab, die Verletzungsgefahr steigt.

Warum Sport zur Sucht wird, ist umstritten. Viele Betroffene versuchen, mit Sport ihre Probleme zu beherrschen oder ihnen zu entfliehen, den Problemen wortwörtlich „davonzulaufen“. Bei exzessiver körperlicher Betätigung kommt es recht zügig zu erhöhter **Endorphin-Ausschüttung** („Runner's High“) mit schmerzlindernder und euphorisierender Wirkung, was im Folgenden das Belohnungsgefühl verstärkt und zu einem Gefühl von Schwerelosigkeit und körperlicher Unbesiegbarkeit führt.

Auch das gesellschaftliche Schönheitsideal schlanker, muskulöser Körper mag seinen Teil dazu beitragen, dass Sport zur Sucht wird. Der Sportsüchtige hat das Gefühl scheinbarer Kontrolle über seinen Körper und seine Anstrengungen verschaffen ihm soziale Anerkennung sowie Erfolgserlebnisse.

Zusätzlich zum exzessiven Sporttreiben nehmen Sportsüchtige häufig Medikamente zum Muskelaufbau oder Präparate zur schnelleren Kalorienausscheidung und Fettverbrennung (siehe dazu auch 5.2.3 Anabolika).

Eine mit Sportsucht oft assoziierte Essstörung ist Anorexie. Anorexia athletica ist eine besondere Form dieser Essstörung, die rein sportinduziert ist und überwiegend Skispringer, Balletttänzer oder Bodenturner betrifft, die versuchen, kontinuierlich Gewicht zu verlieren oder ein sehr geringes Körpergewicht zu halten. Es werden weniger Kalorien aufgenommen, als der Körper eigentlich benötigt. Um die sportliche Leistungsfähigkeit dennoch zu erhalten,

werden leistungsfördernde Substanzen missbräuchlich eingenommen.

Betroffenen fällt es oft schwer, sich alleine aus dem Sportzwang zu befreien. Häufig ist eine Verhaltenstherapie indiziert, in der erlernt wird, die Kontrolle zurück zu gewinnen und ein Gleichgewicht zwischen Leistung und Regeneration herzustellen. Dies kann zum Beispiel mithilfe eines Sporttagebuchs erfolgen, in der z. B. Süchtige ihren Trainingsumfang notieren und überprüfen. Auch ein Wechsel zu Gruppensportarten kann sich aufgrund der sozialen Kontrolle innerhalb der Gruppe als nützlich erweisen.

Die gute Nachricht ist aber, dass Sport nicht – wie z. B. der Alkohol beim Alkoholsüchtigen – lebenslang tabu bleibt. Ist der ideale Zwischenweg gefunden, darf auch der ehemals Sportsüchtige wieder – kontrolliert! – dem Bewegungsdrang nachgeben.

Eine Checkliste zu Frage „Bin ich sportsüchtig?“ findet sich in **Tab. 6.7**.

6.10 Der Körper als Überdruckventil: Skin Picking, Trichotillomanie, Tattoos und anderes selbstverletzendes Verhalten

» Der Körper ist das Sprachrohr der Seele.
(Psychosomatiker-Weisheit)

6.10.1 Skin Picking („Dermatillomanie“)

» Fremde Erfahrungen ritzen die Haut.
Eigene Erfahrungen schneiden ins Fleisch.
(Koreanisches Sprichwort)

Unter Dermatillomanie oder („Skin Picking“) versteht man eine Impulskontrollstörung, bei der die betreffende Person zwanghaft bestimmte Hautstellen kratzt oder quetscht, bis diese rot und wund sind. Dies geschieht meist mit den Fingernägeln, häufig auch mithilfe von Pinzetten, Scheren oder ähnlichem. Die Folgen sind schmerzhafte Entzündungen, die häufig zu Narbenbildung und bei den Betroffenen zu Scham- und Schuldgefühlen führen.

■ Tabelle 6.7 Fragebogen „Bin ich sportsüchtig?“

	Ja	Nein
Ich treibe meinen Sport fast immer alleine.		
Oft ignoriere ich Schmerzen und körperliches Unwohlsein solange, bis der Körper nicht mehr in der Lage ist, sich überhaupt sportlich zu betätigen.		
Es ist nicht das erste Mal, dass ich über diese Grenzen gegangen bin („Übertraining“).		
Vor meinen Verwandten und Freunden verberge ich meist, wie viel und welche Sportarten ich mache.		
Oft verzichte ich wegen Sport auf Schlaf.		
Auch wenn meine sportliche Leistung nicht steigt, steigere ich meine sportlichen Aktivitäten.		
Es ist schon vorgekommen, dass ich, auch wenn ich verletzt war, weiter trainiert habe und sich dadurch meine Heilung verzögert hat.		
Nicht selten sage ich Verabredungen mit Freunden zugunsten des Sports ab.		
Wenn ich mal eine Trainingspause einlegen muss, kommt es nicht selten zu depressiven Verstimmungen, Gereiztheit, Nervosität, u. ä..		
Gar nicht selten überschreite ich mein Trainingsspensum.		
Manchmal habe ich ernsthaft über den Einsatz von Medikamenten zur Leistungssteigerung nachgedacht oder schon durchgeführt.		

Bei mehr als 2 mit Ja beantworteten Fragen, sollten Sie Ihr Sportverhalten überdenken und sich gegebenenfalls Hilfe suchen.

Patienten, die unter Dermatillomanie leiden, empfinden das Bearbeiten von Pickeln, Härchen oder Hautverkrustungen als entspannend. Bevorzugte Stellen sind Gesicht, Hals, Dekolletée, Schultern und Rücken. Durch die Handlung kann negativen Gefühlen wie Stress, Wut, Trauer oder Langeweile begegnet werden und die Betroffenen knibbeln, kratzen oder quetschen sich in einen tranceähnlichen Zustand. Diese „**Picking-Attacken**“ können mehrmals am Tag über mehrere Minuten, bis zu einigen Stunden täglich auftreten. Sobald die Hände oder Werkzeuge von der betreffenden Stelle genommen werden, stellen sich Gefühle von Scham und/oder Reue ein. Skin Picker leiden sehr unter dieser Impulskontrollstörung und versuchen, die betreffenden Stellen zu verbergen, indem sie diese z. B. stark überschminken und den Kontakt zu anderen vermeiden. Das kann bis zur sozialen Isolation führen und somit den Leidensdruck weiter erhöhen.

Auch wenn die Erkrankung seit 2015 als eigenständige Störung im DSM-5 geführt wird, ist Dermatillomanie bisher wenig erforscht. Erste

Untersuchungen zeigen, dass vor allem junge Frauen mit höherem Bildungsniveau betroffen sind. Die Gesamtzahl aller Betroffenen beläuft sich in Deutschland auf schätzungsweise eine Million. In den USA sind mehr als 12 Mio. Bürger betroffen.

Die Auslöser für das selbstverletzende Knibbeln sind vielseitig und reichen von Nervosität und Spannungsabbau über Langeweile bis hin zu einer unbewussten Selbstwert-Problematik.

Begegnet werden kann der Dermatillomanie z. B. durch das Aufsuchen von Selbsthilfegruppen (z. B. www.skin-picking.de), Hautärzten oder Psychotherapeuten. Besonders die Verhaltenstherapie und das Verfahren der Hypnotherapie haben sich hier als wirksam erwiesen.

6.10.2 „Trichotillomanie“

Trichotillomanie hat viele Ähnlichkeiten mit der Dermatillomanie. Dabei reißen sich die Patientinnen (meist sind es junge Frauen) selbst Haare aus.

Meistens handelt es sich um Kopfhaare, mitunter auch Augenbrauen, Wimpern oder Schamhaare. Bei Männern können es auch Barthaare sein. Es kann dabei bis zu regelrechten Kahlstellen kommen. Manche Patienten untersuchen die ausgerissenen Haare und Haarwurzeln nach dem Ausreißen genau, bevor diese weggeworfen, aufbewahrt oder gar verschluckt werden („Trichophagie“).

Die Gründe für die Trichotillomanie haben viele Ähnlichkeiten mit der Dermatillomanie.

Unterschieden werden muss aber zwischen **zwei Gruppen** Tätowierter und Gepierter:

- Diejenigen, die wenige dezenten Tattoos oder Piercings haben und dies z. B. aufgrund eines aktuellen Modetrends oder als Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis oder einen wichtigen Menschen machen.
- Und diejenigen, denen die schmerzhaften Körpermodifikationen nicht nur dem Zweck der körperlichen Verschönerung oder der Gruppenidentifikation dienen.

6.10.3 Schmerzvolle Erlösung: Selbstverletzendes Verhalten

- » Wenigstens den Gedanken gelingt es, der Haut zu entkommen. (Harald Schmidt)

Weiter als die oben genannten beiden genannten Krankheitsbilder gehen Personen, die sich z. T. bleibende Verletzungen zufügen: Sie ritzen sich mit Messern oder Glasscherben Wunden in die Haut („Schnippler“, „Ritzer“), verstümmeln, verätzten oder verbrennen sich. Was vordergründig dem aktuellen Spannungsabbau dient, hat häufig tiefer liegende Gründe und mitunter verbergen sich dahinter schwere seelische Erkrankungen. Nicht selten ist selbstverletzendes Verhalten auch bei Magersüchtigen und anderen Essstörungen zu finden. Oft findet man bei dieser Patientengruppe (meist junge Frauen) einen sexuellen Missbrauch in der früheren Kindheit.

6.10.4 Tattoo- und Piercing-„Sucht“?

- » Der Dämon steckt in unserer eigenen Haut. (Christoph Martin Wieland)

Warum Menschen sich überhaupt tätowieren oder piercen lassen, ist nicht leicht zu beantworten. Vielen dient der Körperschmuck zur Erhöhung der eigenen Attraktivität oder als Zeichen, zu einer bestimmten Gruppe zu gehören. Für manche stellen Tattoos Erinnerungen oder Denkmäler an besondere Menschen oder Ereignisse dar. Tattoos und Piercings dienen nicht nur einem gewissen Schönheitsideal, sondern verdeutlichen v. a. auch den Wunsch nach Identifikation.

Die meisten Tätowierten oder Gepiercten werden scherhaft bestätigen, dass der Körperschmuck durchaus zur Sucht werden kann. Hierbei handelt es sich allerdings nicht um eine Sucht im engeren Sinne, wie sie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben wurde. Es kommt in den seltensten Fällen zu Symptomen wie Kontrollverlust oder Entzugserscheinungen. Das schmerzhafte Durchstechen oder die Farbeinspritzungen in die Haut dienen allerdings dem Zweck, andere, tief sitzende psychische Probleme oder diffuse Selbstwertproblematiken zu überdecken oder scheinbar die Kontrolle über den eigenen Körper zu erlangen: Wenn es in der Seele chaotisch zugeht, soll wenigstens der eigene Körper kontrollierbar bleiben.

Findet sich für die eigentliche Problematik kein anderes Ventil, greifen manche auf Piercings oder Tattoos zurück. Mit dem **Schmerz**, der dem Körper beim Tätowieren oder Piercen zugefügt wird, werden häufig Machtgefühle verbunden, die wiederum – zumindest kurzzeitig – ein Glücksgefühl verschaffen. Dieses Erleben von Macht bzw. dieses Glücksgefühl ist, was Suchtpotenzial birgt, nicht die eigentliche Körpermodifikation selbst.

Tattoos gibt es bereits seit vielen 1000 Jahren. Der älteste tätowierte Europäer ist die im Ötztal gefundene Mumie Ötzi: Er ist am ganzen Körper mit Tätowierungen übersät, vermutlich aus gesundheitlichen Gründen. In vielen Kulturen werden Tattoos magische oder heilende Wirkung zugeschrieben. Selbst bekannte Persönlichkeiten wie Graf Bernadotte, Kaiserin Sissi, Roosevelt und Churchill waren tätowiert. Der Körperschmuck ist nicht per se schlecht und zu verfeuern. Problematisch wird es, wenn der Betroffene die Kontrolle verliert, mehr Geld für die äußerliche „Verschönerung“ ausgibt als er zu Verfügung

hat oder sich gesundheitlichen Risiken aussetzt, die leicht zu vermeiden wären. Sollte es tatsächlich so weit kommen, können Selbsthilfegruppen oder Psychotherapeuten helfen, einen gesunden Umgang mit der Selbstmodifikation zu entwickeln.

6.10.5 Amputations-Sucht (Body Integrity Identity Disorder, BIID): Das Fremde im eigenen Körper

» Mein Körper ist mein Vertrauter. (Ironische Anmerkung eines Amputationssüchtigen)

Die eigenen Gliedmaßen stundenlang in Eiswasser legen, sie absägen oder gar wegschießen: Das sind Methoden sogenannter „Amputationspersönlichkeiten“. Menschen, die unter der „Body Integrity Identity Disorder“ (kurz BIID) leiden, haben das Gefühl, dass bestimmte eigene Körperteile nicht zu ihnen gehören. Erst durch eine Amputation dieses Körperteils haben sie das Gefühl wieder ganz mit sich eins zu sein.

Freiwillige Amputationen gesunder Körperteile verstößen gegen den Hippokratischen Eid und werden deshalb normalerweise nicht durchgeführt. Einem schottischen Arzt, der die psychischen Probleme zweier Patienten in den Jahren 1999 und 2000 ernst nahm und freiwillige Amputationen durchführte, wurden diese umgehend verboten.

Was treibt einen Menschen dazu, sich eines gesunden Körperteils entledigen zu wollen? Forscher vermuten neuroanatomische Veränderungen, die teilweise bereits im Mutterleib entstehen, sowie entwicklungspsychologisch bedingte Störungen des Körperschemas. Wenn ein unvollständiges Körper-Selbstbild, in dem ein Arm oder ein Bein nicht repräsentiert ist, nicht korrigiert wird, kann es im Laufe der Entwicklung zu dem dringenden Bedürfnis kommen, das als nicht zugehörig empfundene Körperteil loswerden zu müssen.

Schätzungen zur Anzahl der Betroffenen belaufen sich weltweit auf mehrere tausend Personen. Solange BIID nicht als eigenständige Krankheit im ICD oder DSM geführt wird, dürfte es schwierig sein, genaue Zahlen zu erfassen. Auch eine adäquate Behandlung muss erst noch gefunden werden. Durch

Psychotherapien kann zumindest der zwanghafte Wunsch, Körperteile loszuwerden, reduziert werden.

6.10.6 Münchhausen- und Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom

» Glück ist die Abwesenheit von Schmerz. (Chinesisches Sprichwort)

Eine andere Art der Sucht nach Skalpellen bzw. ärztlichen Eingriffen ist das Münchhausen-Syndrom: Jene psychische Störung, bei der die Betroffenen äußerst glaubhaft Krankheiten vortäuschen, um ärztlich behandelt zu werden. Um glaubwürdig zu erscheinen, manipulieren Betroffene Temperaturmessungen, veräzten Hautpartien oder schlucken Gifte, um Beeinträchtigungen von Herz oder Magen/Darm auszulösen. Die Betroffenen erschleichen sich so Mitgefühl und Aufmerksamkeit, sie genießen die Krankenhausaufenthalte und fühlen sich befreit, wenn der als negativ erlebte Teil ihres Körpers mit dem Skalpell weggeschnitten bzw. die als belastend erlebte „Krankheit“ behandelt wird.

Bei einer bestimmten schwerwiegenden Form des Münchhausen-Syndroms, dem Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom (auch **Münchhausen-by-proxy-Syndrom**), manipulieren Betroffene nicht ihren eigenen Körper, sondern den anderer. Fast immer sind die leidtragenden die eigenen Kinder, über die sich -in den allermeisten Fällen- die Mutter Aufmerksamkeit und Sympathie der behandelnden Ärzte zu erschleichen versucht. Durch die inszenierte Abhängigkeit des Kindes von der Mutter wird außerdem der kindliche Ablöseprozess unterbunden. Die Mutter genießt die Rolle der Versorgerin, die sich aufopferungsvoll um den kranken Schützling kümmert.

Wie es dazu kommt, dass ein Mensch sich selbst oder nahe Angehörige vorsätzlich krank macht und in lebensgefährliche Situationen bringt, ist bislang ungeklärt. Forscher vermuten Zusammenhänge mit traumatischen Erlebnissen in der Kindheit und verschiedene Persönlichkeitsstörungen als Auslöser.

Da der subjektiv empfundene Leidensdruck der Betroffenen mit Münchhausen-Syndrom oft sehr gering ist, stehen die Prognosen für eine erfolgreiche

Behandlung äußerst schlecht. Oftmals wird die Krankheit zu spät oder gar nicht diagnostiziert, da sich Betroffene häufig einen neuen Arzt suchen, wenn sie auf eine eventuell vorliegende psychische Erkrankung angesprochen werden.

Noch schwerwiegender sind die Folgen des zu spät oder nicht diagnostizierten Münchhausen-Stellvertreter-Syndroms: Erst im Frühjahr 2014 wurde in Norddeutschland Anklage gegen eine Mutter erhoben, die ihren Sohn vorsätzlich mit verunreinigten Infusionen vergiftet haben soll, an deren Folgen der Dreijährige letztlich verstarb. Auch in den USA wurde im Januar 2014 der Fall einer jungen Mutter bekannt, die ihren fünfjährigen Sohn mit mehreren Überdosen Salz vergiftet haben soll, an denen der Junge schließlich verstarb.

Ob es sich bei diesen Erkrankungen wirklich um süchtiges Erleben und Verhalten handelt, ist nur im Einzelfall zu entscheiden.

6.11 Extremsituationen

» Der kalkulierte Wahnsinn oder: Bis zum Limit und darüber hinaus. (Anonym)

Die Sehnsucht danach, die eigenen Grenzen zu überwinden oder so weit nach hinten zu schieben, dass man sie nicht mehr spüren muss und die Suche nach Extremsituationen sind so alt wie die Menschheit. Sich selbst überwinden, die eigenen Begrenzungen überschreiten, Neues erforschen, es genauer wissen zu wollen, Experimentieren mit riskanten Situationen – all das gehört zur Evolution der Menschheit. „Testing the limits“ (die Grenzen erproben) nennen es die Psychologen. Und dieses Abstecken und Überwinden der eigenen Grenzen gibt es bis heute. Wenn Leute über glühende Kohlen laufen („Feuerlaufen“) oder aus fahrenden S-Bahn-Zügen klettern, mitunter um dort Graffiti anzubringen („S-Bahn-Surfen“), wenn sie sich an Gummiseilen von hohen Türmen oder Brücken stürzen („bungee-jumping“), sich auf riskante Bergtouren begeben („free-climbing“) oder waghalsige Auto- und Motorradrennen („joy-riding“) unternehmen, dann ist der Stress für sie Lust. Genauso, wenn sie auf Skiern steile Geröllhalden hinter rasen („trash skiing“) oder mit einem Schlauchboot Wildwasser zu bezwingen versuchen („rafting“).

Und es gibt eine Vielzahl von neuen Extremsportarten: Vom „Hai-Tauchen“, bei dem man mit den Haien in einem Käfig schwimmt, über „Big-wave-surfing“ (Surfen auf Monsterwellen) und „Highlining“ (Seiltanz zwischen Wolkenkratzern oder über Schluchten, mitunter ohne Sicherung), Eisklettern und Höhlentauchen, bis hin zu Base-Jumping (Sprünge mit Fallschirm von Hochhäusern, Brücken, Antennen ...).

Ob das Ganze Wahnsinn ist, ob Todesmut oder Lebensmüdigkeit - wer will das schon sagen? Auf jeden Fall geht es bei diesen selbstgewählten Angstsituationen darum, das Risiko in den Griff zu bekommen. Man bezeichnet diese Reizsucher deshalb auch als „Kontra-Phobiker“, die nach dem Motto leben: „Wo die Angst ist, geht's lang.“ Für viele sind diese Extremsituationen wie ein Ritt auf dem Tiger. Und das Gefühl, vom Rücken des Tigers jederzeit in dessen Maul landen zu können, macht ihnen diese „Angst-Lust“, diesen „thrill“, diesen „kick“.

Gefahr und Risiko sind eben auch „High-Macher“, bei denen es nicht nur um äußerliche und vorzeigbare Erfolge geht, sondern auch um einen inneren Prozess, also um Selbstüberwindung und Selbstkontrolle.

Der Reiz des Risikos: Die Psychoanalytiker deuten die Ambivalenz dieser Personen dem Risiko gegenüber als den Versuch, die als verschlingend erlebte Mutterfigur unter Kontrolle zu halten. Einerseits lieben und brauchen sie die Mutter (eben auch die „Mutter Natur“), andererseits fühlen sie sich von ihr bestimmt, dominiert, unterdrückt, verschlungen. Deshalb müssen sie gegen das geliebte Objekt kämpfen, um es zu bezwingen und sich so die Liebe ebenso zu erhalten, wie die Bewunderung durch andere und das innere Gefühl der grenzenlosen Freiheit. Neuere Forschungen zeigen, dass auch bei diesen Extremsituationen die angst- und schmerzhemmenden „Endorphine“ im Gehirn freigesetzt werden (► [Abschn. 6.1](#)).

Diese körpereigenen „Drogen“ können durchaus zu einem Stimulus werden, der – wie bei Extrembergsteiger Reinhold Messner, Stratosphärenspringer Felix Baumgartner oder dem Überlebenstrainer Bear Grylls – immer wieder gesucht wird und in eine gewisse Abhängigkeit führen kann, wenn es sich auch nur in den seltensten Fällen um wirkliche Sucht handelt. Weitere Infos: <http://www.adrenalin-deals.com>.

6.12 Ist das wirklich Sucht?

» Wo die Sinne herrschen, schweigt der Sinn.
(Hans Much)

„Workaholics“, „Internetfreaks“, „free-climber“, Kaufsüchtige etc. – sind das wirklich Süchtige? Sind sie so abhängig von ihren Verhaltensweisen wie ein Drogensüchtiger von der Droge? Die Suchtexperten streiten seit langem darüber, welche der stoffungebundenen Suchtformen wirklich als Sucht zu deklarieren sind (► **Abschn. 6.1**). Doch unabhängig davon, welche Verhaltensweisen – exzessiv betrieben – wirklich das Etikett „Sucht“ verdienen, sollte man folgendes bedenken: Nicht die Droge selbst macht abhängig, sondern ihre Wirkung, der seelische und körperliche Zustand, den man durch sie erreicht. Letztendlich kann jede Tätigkeit süchtig entgleisen. Insofern ist nicht so sehr die Art der „Droge“ von Bedeutung, sondern das Ziel, das mit ihr verfolgt wird und die Gründe für das süchtige Verhalten.

Sucht ist eine Möglichkeit, dem Leben davonzulaufen, eine innere Leere zu füllen. Dabei ist Sucht weniger eine Frage der wissenschaftlichen Definition, als ein Grundproblem unserer Konsumgesellschaft. Trotz der Grenzen des Wirtschaftswachstums ist der Leitsatz dieser Gesellschaft: Noch mehr, noch größer, noch besser, noch bequemer. Dabei verlieren wir immer mehr den Kontakt zu unseren Grundbedürfnissen: Wir essen z. B. nicht mehr nur das, was uns sättigt, sondern das, was uns angeboten oder eingeredet wird. Konsum und Luxus dienen nur allzu oft als Trostpflaster für eine tiefe Leere und Sinnlosigkeit. Die Löcher in der Seele werden mit materiellen Gütern gestopft. Der Psychologe Wolfgang Schmidbauer schreibt: „Das Suchtmittel ermöglicht eine Ersatz-Identität. Es ist ein Mittel, zu ordnen, in der Hand und unter Kontrolle zu behalten, was sonst unkontrolliert und bedrohlich wäre. Mir fehlt etwas. Wenn ich süchtig bin, weiß ich genau, was mir fehlt. Die Sucht ist eine subjektive Lösung des Sinnproblems in der Wohlstandsgesellschaft.“ Zwei Dinge wären also nötig, um langfristig Suchtkrankheiten in

unserer Gesellschaft einzudämmen: Zum einen eine gesellschaftliche Rückbesinnung auf Lebenswerte, die ein sinnvolles und lustvolles Leben auch ohne Drogen oder süchtige Verhaltensweisen möglich machen. Zum anderen aber ist es notwendig, eine eindeutige, von allen Experten akzeptierte **Begriffsdefinition der Sucht** zu finden – gleichgültig, ob ein Stoff oder ein Verhalten als Suchtmittel benutzt wird. Bisher sind nur Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit und Drogensucht eindeutig von den Krankenkassen anerkannte Suchtkrankheiten. Hinzu kommt – in begrenztem Rahmen – Spielsucht (Pathologische Spielen). Was ist aber mit den vielen Menschen, die unter den anderen, stoffungebundenen Süchten leiden? Wenn ein gewisser Beeinträchtigungsgrad im Alltagsleben vorhanden ist (z. B. die Unfähigkeit, für seinen Lebensunterhalt selbst zu sorgen, die Beziehungen zu den Mitmenschen total gestört sind und die Sucht das einzig Wichtige im Leben geworden ist), dann kann diesen Menschen nur geholfen werden, wenn sie auch als Suchtkranke erkannt und behandelt werden.

6.12.1 Sucht oder Zwang?

Schon lange gibt es unter Fachleuten eine Diskussion darüber, ob es sich bei den angeführten Verhaltensweisen eher um Zwang als um Sucht handelt. Aber was sind die Unterschiede zwischen Sucht und Zwang, wo sind die Gemeinsamkeiten? Bei der Sucht lautet das Anfangsmotto „Ich will, denn es gibt mir gute Gefühle“, beim Zwang hingegen heißt die Anfangsdevise eher „Ich will nicht, aber ich muss, sonst geschieht etwas Furchtbare“. Das Eigenerleben bei der **Sucht ist ich-nahe („ich-synton“)** und lustbetont, wohingegen es beim **Zwang ich-fremd („ich-dyston“)** ist und als unsinnig erlebt wird. Bei der Sucht sind die Hauptgefühle zunächst Rausch und Lust, die sich später in Dysphorie umwandeln, beim Zwang steht die Angst im Vordergrund. Der Grad der Ritualisierung ist bei der Sucht niedrig, im späteren Verlauf kommt es dort zu gar keiner Ritualisierung, beim Zwang hingegen ist diese hoch ausgeprägt und immer vorhanden. Der Sinn der Ritualisierung ist bei der Sucht eine Lusterhöhung, beim Zwang dagegen eine Angstminderung. Im Spätstadium ist kaum noch ein Unterschied zwischen Zwang und Sucht festzustellen.

Sucht: Ein unabänderliches Schicksal? Zur Frage der Suchtpersönlichkeit

- 7.1 Genetische und konstitutionelle Faktoren – 124**
- 7.2 Die frühkindliche Situation – 125**
- 7.3 Familientraditionen – 126**
- 7.4 Adoleszenz/Pubertät: Die Bedeutung der „Peer-Group“ – 126**
- 7.5 Schule/Universität/berufliche Situation – 126**
- 7.6 Lebensstile – 127**
- 7.7 Kulturelles Umfeld – 127**

- » Der Mensch ist wie ein Kreuzworträtsel. Allein die Zeit, seine Gene und seine Erfahrungen entscheiden, aus welchen Wörtern er besteht. (Werner Braun)

„Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“, sagt ein altes deutsches Sprichwort. Vielen genügt das als Erklärung dafür, dass fast die Hälfte der Kinder aus suchtkranken Familien als Erwachsene selbst süchtig wird. In Wirklichkeit aber gibt es eine große Variationsbreite verschiedenster Ursachen, wie Sucht bei den einzelnen Betroffenen entstehen kann.

7.1 Genetische und konstitutionelle Faktoren

- » Seine Fehler gibt man gern als angeboren aus; seine Tugenden will man errungen haben. (Peter Sirius)

Eine Frage, die gerade in den letzten Jahren von neuem zunehmend Forscher aus Biologie und Medizin beschäftigt: Ist die Entstehung von Sucht nicht vielleicht doch vor allem durch Erbfaktoren zu erklären? Als Beleg für diese Vermutung werden immer wieder Untersuchungen an Orientalen und Japanern angeführt, die bereits auf kleine Alkoholmengen mit massiven Allergien und heftiger Übelkeit reagieren. Dies waren keine Einzelfälle, sondern man konnte die Reaktionen bei 3/4 der untersuchten feststellen. Offensichtlich gibt es ganze Volksstämme, die durch eine angeborene Alkoholsensibilität vor einer Alkoholabhängigkeit geschützt sind. „Ein sozusagen in bestimmten Kulturen genetisch fixierter Mechanismus“ – so lautet die Interpretation der Wissenschaftler. Könnte da nicht auch umgekehrt ein angeborener Mechanismus direkt in die Abhängigkeit hineinführen? Kinder aus nichtsuchtkranken Familien werden nur mit einer Wahrscheinlichkeit von 10% zu Abhängigen, bei Kindern aus suchtkranken Familien ist diese Wahrscheinlichkeit mehr als zweieinhalb Mal so hoch. Man kann dies nicht allein mit dem Vorbild der Eltern erklären, denn bei einer Untersuchung von Adoptivkindern, die ihre suchtkranken Eltern niemals gesehen hatten und in geordneten Verhältnissen aufgewachsen waren, stellte sich heraus, dass die Adoptivkinder viermal so stark

gefährdet waren wie Kinder aus gesunden Familien. Doch wie genau soll das Erbe aussehen, das Kindern aus geschädigten Familien in die Wiege gelegt wird? Gibt es ein Gen, das direkt zur Sucht führt – ein „**Sucht-Gen**“? Forschungsergebnisse belegen: ein Alkoholismus- oder Drogen-Gen gibt es nicht, allerdings können bestimmte genetische Dispositionen die Entwicklung einer Suchtkrankheit begünstigen, natürlich nur, wenn der Betroffene das Suchtmittel übermäßig konsumiert. Um diesen Mechanismus zu verstehen, muss man wissen, dass jeder Mensch in seinem Gehirn ein „Belohnungszentrum“ hat, das lustvolle Empfindungen auslöst. Dieses Belohnungszentrum ist im Limbischen System angesiedelt und es handelt sich um eine Ansammlung von Nervenzellen, die im Hirnstamm sitzen. Das Gehirn empfängt ständig Reize aus der Umwelt und bewertet diese affektiv, z. B. freuen wir uns über eine schöne Blume oder ekeln uns vor einer Spinne.

Das Limbische System ist nun für die Bewertung all der Reize zuständig, die uns mit Freude, Lust, kurz mit positiven Gefühlen, erfüllen. Niemand würde beispielsweise essen, wenn uns das Limbische System nicht dafür mit angenehmen Gefühlen belohnen würde. Diese positiven Gefühle werden vor allem durch eine Substanz mit dem Namen „**Dopamin**“ ausgelöst. Um jedoch das Dopamin überhaupt zu aktivieren, ist noch ein weiterer Stoff nötig: ein körpereigenes Morphin namens **Beta-Endorphin**. Beta-Endorphin wirkt schmerzstillend, baut Angst ab, kann Depressionen verschwinden lassen und führt zu leicht euphorischen Gefühlen. (mehr hierzu ▶ Abschn. 6.1).

Wissenschaftler haben nun herausgefunden, dass dieser Stoff Beta-Endorphin bei Alkohol- und Drogenabhängigen bis zu einer dreimal geringeren Menge vorhanden ist, als bei nicht Suchtkranken. Stattdessen finden sich bei vielen Süchtigen Stresshormone in etwa vierfacher Konzentration – d. h. Menschen mit dieser niedrigen Beta-Endorphin-Konzentration sind leichter depressiv, erleben weniger angenehme und lustvolle Gefühle. Nun setzt aber gerade Alkoholkonsum im Anfangsstadium mehr Beta-Endorphine frei, als natürlicherweise im Körper umgesetzt würden. Alkohol hat also anfangs eine euphorisierende Wirkung, befreit von Depressionen, macht fröhlich. Allerdings ist es nicht möglich, sich dieses „künstliche Lustgefühl“ bis zum

7.2 • Die frühkindliche Situation

Exzess ständig selbst zuzuführen. Denn: Während kurzfristiger Alkoholkonsum Beta-Endorphine freisetzt, führt chronischer Alkoholgenuss genau zum Gegenteil. Er reduziert die Beta-Endorphin-Produktion, frisst sie sozusagen auf. In diesem Stadium ist ein Betroffener in einer ähnlichen Situation wie ein Schiffsbrüchiger, der auf dem Meer Salzwasser trinkt. Warum aber trinken Alkoholiker trotzdem weiterhin Alkohol? Der euphorisierende, rauschhafte Zustand müsste bei chronischem Trinken doch eigentlich wegfallen? Hier entsteht ein weiterer Effekt: der Genuss von Alkohol setzt, sozusagen nebenbei, noch Stoffwechselprodukte frei, die „Tetrahydroisoquinoline“, kurz **TIQs**. Und auch diese TIQs aktivieren Dopamin, wirken aber eher indirekt auf das Belohnungssystem. Und hier beginnt – oft erst 15 oder 20 Jahre später – ein Teufelskreis. Die Beta-Endorphine können vom eigenen Körper überhaupt nicht mehr produziert bzw. freigesetzt werden, das Limbische System kann nur über TIQS, also nur über den Genuss von Alkohol aktiviert werden. Jetzt spätestens gerät der Suchtkreislauf ins Rotieren und dann dreht das Suchtkarussell immer schneller. Trotzdem: Ein Mangel an Beta-Endorphinen führt natürlich nicht automatisch in die Sucht. Dazu gehört noch ein negativer Lernprozess, in dem nur durch Rauschmittel (Alkohol, Drogen, Medikamente) positive Gefühle erzeugt werden können. Schließlich:

Nur wer Alkohol konsumiert, kann Alkoholiker werden! Weitere Untersuchungen, die sich mit dem genetischen Ursprung von Suchtkrankheit beschäftigt haben, zeigen, dass bereits bei Kindern von Alkoholkranken, die selbst noch nie Alkohol getrunken haben, ein neurologischer Defekt vorliegen kann. Während diese Kinder Lernaufgaben lösen mussten, wurden ihre Hirnströme gemessen, besonders die P-3-Welle, die Aufmerksamkeit und Lernfähigkeit eines Menschen anzeigt. Während diese Welle in der Normalbevölkerung nur selten unter einen gewissen Wert absinkt, fanden sich bei Kindern mit suchtkranken Eltern extrem niedrige Werte, die einer leichten geistigen Behinderung gleichkommen. Diese niedrigen Werte sind sonst fast nur bei chronischen Alkoholkranken zu finden. Wieder andere Untersuchungen beschäftigen sich mit dem Symptom der „**Antisozialen Persönlichkeit**“, einer Persönlichkeitsstörung, die sich bereits im Kleinkindalter durch Hyperaktivität, Impulsivität, der Suche nach

starken Außenreizen und einer erhöhten Aggressivität bemerkbar macht. Als Erwachsene sind Antisoziale Persönlichkeiten weitgehend unfähig, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben, können wiederholt ihre finanziellen Verpflichtungen nicht erfüllen, sich nicht an die rechtlichen Normen der Gesellschaft anpassen, sind rücksichtslos gegen sich selbst und andere, haben meist nur für kurze Zeit monogame Beziehungen, sind oft in Schlägereien verwickelt und verspüren keine Gewissensbisse. Diese Krankheit kommt nur sehr selten vor, bei etwa 1 bis 3% der Bevölkerung. Allerdings ist eine Vererbbarkeit nicht auszuschließen, denn Kinder, deren Eltern das beschriebene Krankheitsbild zeigten, erkrankten fünf- bis zehnmal häufiger selbst daran als Kinder von gesunden Eltern. Da Antisoziale Persönlichkeiten sehr häufig auch Alkohol oder Drogen konsumieren, suchte man einen Zusammenhang zwischen dieser Persönlichkeitsstörung und Suchtkrankheit. Das Ergebnis: Bei Kindern aus alkoholkranken Familien ist die Antisoziale Persönlichkeit häufiger als in der Normalbevölkerung zu finden. Etwa ein Viertel der Kinder alkoholkranker Eltern weist diese Persönlichkeitsstörung auf. Man vermutet also hier einen genetischen Ursprung der Antisozialen Persönlichkeit, einer Krankheit, die sehr leicht in die Sucht führen kann (mehr dazu siehe auch: ► [Abschn. 5.2.1 „Alkohol in der Schwangerschaft“](#)). Dies alles sind jedoch erst vorläufige Ergebnisse, vielfach eher Vermutungen. Die Frage nach einem genetischen Ursprung von Sucht ist noch lange nicht geklärt. Sicher ist, dass nicht Genetik und Konstitution allein, sondern vielfältige psychosoziale Faktoren auch zur Sucht führen können.

7.2 Die frühkindliche Situation

» Was Hänschen lernt, verlernt Hans hoffentlich wieder. (Andrea Mira Meneghin)

Vor allem Psychoanalytiker sprechen von der Bedeutung der frühkindlichen Entwicklung für die Entstehung von Sucht. Man spricht von „**oraler Gier**“ und meint damit eine Metapher für einen „verschlingenden Weltbezug“. Danach schreit – eventuell verursacht durch eine Vernachlässigung als Säugling oder Kleinkind – der spätere Erwachsene nach „immer mehr“

und sucht dieses Mehr in der endlosen Zufuhr eines Suchtmittels – ohne dass er letzten Endes wirklich etwas davon hat. Er ist wie ein Fass ohne Boden, denn seine frühkindlichen Entbehrungsgefühle können im späteren Leben nicht mehr aufgefüllt werden. Selbst „alles“ ist – trotz anfänglicher Befriedigung – zu wenig. Als zweites wird von Psychoanalytikern ein **narzisstisches Defizit**, entstanden in der frühkindlichen Phase, angenommen. Die ersten Bezugspersonen dieser narzistisch geschädigten Kinder waren oftmals nicht in der Lage, die Bedürfnisse des Säuglings zu erkennen und entsprechend auf sie einzugehen: Der „**Glanz im Auge der Mutter**“ (d. h. die Freude der Mutter über das Kind) fehlte. Stattdessen wurden die Kinder häufig als Trostpflaster für die Defizite, das ungelebte Leben der Eltern (vor allem der Mutter) missbraucht. Dadurch wurde den Kindern ein Gefühl der Bedeutungslosigkeit und Selbstverachtung vermittelt. Sie lernten niemals, dass sie für sich selbst einen Wert haben und können ihr eigenes Ich mit seinen besonderen Bedürfnissen nur sehr schwer annehmen.

Sehr prägnant hat diese Schädigung Alice Miller in ihrem Buch „Das Drama des begabten Kindes“ beschrieben. Die Folge dieser frühkindlichen Erfahrung ist ein „ich-schwacher“ Erwachsener, der seine innere Leere durch das süchtige Verhalten zu betäuben versucht (► [Abschn. 4.10](#) die Bedeutung des Suchtverhaltens).

7.3 Familientraditionen

» Die schlechten Vorbilder sind beliebter, denn sie lassen sich leichter nachahmen.
(Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger)

Wenn Heranwachsende in ihrer Herkunftsfamilie nicht lernen können, unabhängig zu werden und Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen, kann das zu einer süchtigen Entwicklung führen. Vor allem lerntheoretisch (und sozialpsychologisch) orientierte Psychologen sprechen von dem „Einfluss der in der Familie gelernten Konfliktlösemechanismen“ für Probleme. Wenn von den Eltern mit ausweichenden, suchtähnlichen Verhaltensweisen Probleme gelöst werden, gleichgültig ob es sich um Alkoholkonsum oder um Flucht ins Essen oder in Arbeit handelt, übernehmen Kinder – unabhängig vom Suchtmittel –

die Suchtstrukturen durch „**Modell-Lernen**“. Bei einem arbeitssüchtigen Vater und einer esssüchtigen Mutter muss man sich nicht wundern, wenn aus dem Kind ein Drogensüchtiger oder ein Spieler wird. Doch müssen die Eltern nicht unbedingt selbst suchtkrank sein, um eine Suchterkrankung ihres Kindes zu fördern. Sind die Eltern in ihrem Ehrziehungsverhalten emotional eher kühl und abweisend, wenig empathisch und belohnend oder aber auch überbehütend und einengend, so können diese Faktoren sein, die bei Kindern häufig eine Flucht in Drogen- und Alkoholkonsum auslösen.

7.4 Adoleszenz/Pubertät: Die Bedeutung der „Peer-Group“

» Junge Leute gehen in Gruppen. Erwachsene in Paaren und alte Menschen allein.
(Schwedisches Sprichwort)

„Peer-Group“ ist die Bezugsgruppe der Gleichaltrigen, deren Normen Jugendliche nach der Kindheit übernehmen. Die Bedeutung der Peer-Group ist – nach Ansicht von Sozialpsychologen – besonders stark in der Jugendzeit, wenn sich die jungen Leute aus dem Normensystem des Elternhauses befreien. Wenn in diesen Peer-Groups der süchtige Umgang mit Drogen als positiv angesehen wird bzw. süchtige Verhaltensweisen (z. B. Drogen, Alkohol, Automatenspiele, Internet-Pornographie) als erstrebenswert dargestellt werden, übernehmen Jugendliche häufig diese Einstellungen und Verhaltensweisen, um in der Gruppe sozialen Status zu gewinnen. Nicht selten erfolgt Drogenkonsum in diesem Alter nur um der sozialen Beziehungen willen. Zu den u. U. bereits vorhandenen suchtförderlichen Bedingungen, wie u. a. Vorhandensein von Modellen (z. B. Suchtmittelkonsum bei Eltern oder Geschwistern) oder mangelnden Bewältigungsressourcen, treten also soziale Funktionen der Umwelt in den Vordergrund.

7.5 Schule/Universität/berufliche Situation

» Lieber sechs Stunden Schule als gar keinen Schlaf. (Schülerweisheit)

Ist der berufliche und soziale Alltag geprägt durch chronischen Stress, neigen viele Personen dazu, dem Druck, der Hektik und Ängsten durch Drogenkonsum zu begegnen (man denke z. B. an die vielen Tassen Kaffee oder Packungen Zigaretten, die bei einem Berg von Arbeit entspannen helfen sollen). Das gleiche gilt auch für die gegenteilige Situation: Personen, die sich unterfordert fühlen oder eine als sinnlos erlebte Tätigkeit ausüben müssen, erhöhen nicht selten ihren Drogenkonsum oder zocken am Spielautomaten. Die meisten jugendlichen Suchtkranken, die illegale Drogen in größeren Mengen konsumieren, sind bereits in der Kindheit durch Schulschwierigkeiten aufgefallen.

Für sie sind schulische und berufliche Entwicklung meist nicht sehr wichtig – oder sie haben eine lange Reihe von Misserfolgen erlebt, resignieren und geben sich keine beruflichen Karrierechancen, landen stattdessen in einer Suchtkarriere. Denn auch hier gilt: schulische Schwierigkeiten oder Probleme an der Universität können auch zum Drogenkonsum führen (ein Beginn können z. B. die morgendlichen „Aufputscher“ sein, die viele Mütter ihren Kindern vor Schulbeginn verabreichen, oder die Beruhigungssuppen, die zu guten Ergebnissen in der Klassen- oder Semesterarbeit führen sollen).

7.6 Lebensstile

» Der Mensch lebt durch die Gewohnheit, aber für seine Aufregungen und Sensationen.
(William James)

Der Lebensstil eines Erwachsenen ist zum großen Teil der Niederschlag dieser oben beschriebenen Faktoren. Ob nach den Normen dieses Konglomerats „Lebensstil“ süchtige Verhaltensweisen erlaubt sind, davon kann ebenfalls eine Suchtentwicklung abhängen. Forschungsergebnisse zeigen, dass Personen, deren Lebensstil einen ausgeprägten „Reizhunger“ aufweist, sehr viel häufiger zu Drogen greifen als Personen, bei denen die Suche nach Abwechslung und Sensationen keinen zentralen Lebensinhalt darstellt. Physiologen gehen davon aus, dass die

neuronale Tätigkeit der „Reizsucher“ herabgesetzt ist und sie daher vermehrt Anreize von außen benötigen. In der Regel zeigen sich solche Personen als eher extravertiert.

7.7 Kulturelles Umfeld

» Mit der Gesellschaft zu leben – welche Qual!
Aber außerhalb der Gesellschaft zu leben – welche Katastrophe. (Oscar Wilde)

Die süchtige Entwicklung eines Menschen hängt in starkem Maße auch davon ab, ob bestimmte Drogen oder süchtige Verhaltensweisen in Kultur und Gesellschaft toleriert oder sanktioniert werden.

Ein Beispiel für die Bedeutung gesellschaftlicher Faktoren bei der Verbreitung eines Suchtmittels mag die Hippie-Bewegung der 70er Jahre sein. Der Gebrauch von Haschisch und Halluzinogenen (z. B. LSD) war in dieser Zeit stark ideologisch geprägt und stellte eine Absage an das Leistungs- und Konsumdenken der bürgerlichen Gesellschaft dar. Und genau deshalb schätzt man, dass bis heute 600.000 Bundesdeutsche regelmäßig Haschisch und Marihuana konsumieren: Drogenkonsum aus Protest.

Die Bedeutung kultureller Normen zeigt sich auch am Beispiel des Alkoholverbotes in islamischen Ländern aus religiösen Gründen. Hier wird deutlich, dass durchaus die Zugänglichkeit einer Droge ein wichtiger Faktor für Suchtentstehung sein kann. Es gibt dort sehr wenige Alkoholiker, allerdings jede Menge Khat-Kauer, Ganja- und Marihuana-Raucher.

Allerdings muss auch hier darauf hingewiesen werden, dass der Staat am Drogenkonsum seiner Bürger sehr gut verdient. Solange die Steuern auf Alkohol und Zigaretten einen nicht unbeträchtlichen Teil dazu beitragen, den Etat eines Staates zu erhöhen, solange auf Plakatwänden und in Fernsehspots kräftig für legale Drogen wie Alkohol, Zigaretten und Medikamente geworben wird, solange sollte die Bedeutung der Gesellschaft an der Entstehung von Sucht nicht unterschätzt werden (► Abschn. 6.10 und 8.6).

Der Suchtkranke und sein Umfeld: Co-Abhängigkeit

- 8.1 Partner und Angehörige von Süchtigen – 130
- 8.2 Kinder suchtkranker Eltern – 131
- 8.3 Freundeskreis – 133
- 8.4 Arbeitskollegen – 134
- 8.5 Gesellschaft – 134
- 8.6 Kriterien für Co-Abhängigkeit – 134

- » Ich bin schon Witwe – nur dass mein Mann noch lebt. (eine Co-Abhängige)

Wenn Menschen süchtig werden, leiden nicht nur sie selbst. Man übersieht sie leicht und doch sind sie von der Sucht unmittelbar und massiv betroffen: die Partner, Kinder und Angehörigen des Suchtkranken. Sie sind Mitspieler in einem kranken System und leiden mitunter genauso stark wie der Betroffene selbst, manchmal sogar noch mehr als dieser, da sie bewusstseinsklar mitbekommen, was da passiert, ohne sich dagegen wehren zu können. Familienmitglieder und enge Freunde werden in den Suchtstrudel hineingezogen. Sie erfahren, wie die Süchtigen ihre Gesundheit ruinieren und leiden zwangsläufig mit.

Das ganze Leben vieler „Co-Abhängiger“, wie sie genannt werden, kreist um den Suchtkranken. Das beginnt mit ständigem Nachdenken über den Süchtigen: „Trinkt er gerade wieder? Was macht er mit dem Geld? Schlägt er wieder zu, wenn er nach Hause kommt?“ Und die Hilfe geht von dem Versuch, den Süchtigen von seiner Sucht zu befreien, über das Verleugnen oder Banalisieren seiner Krankheit vor Angehörigen, Freunden oder Arbeitskollegen, bis hin zum Pflegen des Betroffenen während süchtiger Phasen oder gar dem Beschaffen von Suchtmitteln. Man kann Co-Abhängigkeit folgendermaßen definieren:

Definition Co-Abhängigkeit

Von Co-Abhängigkeit spricht man, wenn der Angehörige eines Suchtkranken zum Komplizen des Abhängigen wird. Der/die Co unterstützt den Süchtigen in seinem Suchtverhalten, indem er dessen Suchtmittelkonsum und eventuell dessen auffälliges Verhalten vertuscht oder deckt, Fehler bagatellisiert oder entschuldigt. Indem der Co-Abhängige den Süchtigen vor anderen – Arbeitgeber, Nachbarn, Freunden, der Polizei – in Schutz nimmt, verhindert er, dass der Abhängige die problematischen Auswirkungen seiner Sucht und die damit verbundenen negativen Konsequenzen direkt zu spüren bekommt. Dadurch kann sich beim

Betroffenen nicht genug „Leidensdruck“ aufbauen, damit dieser etwas gegen seine Sucht unternimmt. Der/die Co-Abhängige zögert damit den Zeitpunkt hinaus, an dem der Abhängige zu der Einsicht kommt, dass er sich therapeutische Hilfe suchen muss. Dadurch verlängert sich das Suchtproblem, oft verstärkt es sich im Laufe der Zeit – mitunter massiv.

Noch fragen sich die Wissenschaftler, ob das Verhalten des Co-Abhängigen nur eine Gewohnheit ist, die sich im Laufe des Lebens mit einem Suchtkranken ausbildet, oder ob es sich dabei bereits um eine **Persönlichkeitsstörung**, also um eine eigene Krankheit handelt.

Sicher ist, dass die Co-Abhängigkeit eines Menschen seine Persönlichkeitsstruktur vollständig verändert kann und der Co echte Symptome mit Krankheitswert entwickeln kann: der/die Co-Abhängige beginnt, sich nicht nur um den angehörigen Suchtkranken intensiv zu kümmern, er/sie bildet eine Persönlichkeit aus, die völlig auf die Bedürfnisse anderer Menschen ausgerichtet ist. Im schlimmsten Fall verschmilzt die eigene Identität mit der anderer und der Co-Abhängige kann nur leben, indem er die Sorgen und Nöte der Mitmenschen zu seinen eigenen macht. Er kann letztendlich nur noch in Beziehung mit einem Suchtkranken existieren und eine Heilung des Suchtkranken bedroht den Co-Abhängigen manchmal existentiell, da er/sie dann auf die eigenen Lebensprobleme zurückgeworfen würde. Mitunter führt genau das dazu, dass die Co-Abhängigen dem Süchtigen das Suchtmittel wieder beschaffen und so einen Rückfall einleiten.

8.1 Partner und Angehörige von Süchtigen

- » Mitfühlen ist menschlich. Mitleiden ist Selbstzerstörung. (Eda Kocapinar)

Unterscheiden muss man zwischen Co-Abhängigen, die bereits in eine suchtkranke Familie hineingeboren wurden, und solchen, die erst als Erwachsene Teil einer schiefen Familien- oder Sozialstruktur wurden.

Ehepartner eines Süchtigen bzw. die Eltern oder Geschwister eines suchtkranken Kindes sind in der Regel die Personen, die dem Suchtkranken am nächsten stehen. Sehr häufig übernehmen sie in diesem Beziehungsgefüge den Part des „**Enablers**“, d. h. sie ermöglichen oder fördern unbewusst die Sucht ihres Angehörigen geradezu – meistens, ohne dass sie es selbst merken. Und das aus den verschiedensten Motiven. Sie sind sozusagen „**Komplizen“ der Sucht**. Das suchtfördernde Verhalten kann dabei sehr unterschiedlich aussehen. Deutlich sind drei verschiedene Verhaltensweisen zu unterscheiden, die meist in Phasen nacheinander ablaufen.

1. Phase: Beschützer- und Erklärer-Phase Wird die Sucht erstmals offensichtlich, so neigen Partner und Eltern oft dazu, den Suchtkranken zu entschuldigen. Die Situation wird verharmlost, die Realität teilweise geleugnet, um das Verhalten des Süchtigen zu erklären. Vor allen Dingen möchten die Angehörigen dem – offensichtlich problembelasteten - Familienmitglied direkt helfen. Sie decken ihn beispielsweise vor Verwandten, Freunden oder dem Arbeitgeber, erledigen Aufgaben, die der Süchtige selbst vernachlässigt, und sorgen auf diese Weise dafür, dass seine Sucht vor der Öffentlichkeit verborgen bleibt.

2. Phase: Kontrollphase Wird den Angehörigen bewusst, dass trotz ihres Engagements der Suchtkranke in seiner Abhängigkeit gefangen bleibt, so beginnen sie, ihn zu kontrollieren. Dies kann direkt geschehen, indem sie - mitunter mehrfach am Tag - überprüfen, wo sich der Suchtkranke aufhält, oder indem sie das Suchtmittel entfernen, z. B. Alkohol einfachwegschütten, Drogen verstecken etc. Doch die Kontrolle kann auch indirekt ausgeübt werden: der Angehörige beginnt, den Suchtkranken mit Liebesentzug zu bestrafen, versucht, durch Drohungen oder Bitten den Abhängigen vom Suchtmittelkonsum oder dem süchtigen Verhalten abzuhalten.

3. Phase: Anklage-Phase Haben weder Entschuldigungen noch Kontrolle den Abhängigen in seinem süchtigen Verhalten verändert - was so gut wie nie langfristig geschieht - folgt die Anklagephase. Liebe schlägt hier nicht selten in Hass um, der Süchtige wird emotional fallengelassen.

Doch selbst in dieser Phase gelingt es dem Co-Abhängigen und dem Süchtigen nicht, sich voneinander zu lösen, da beide in einem eingespielten System miteinander verhaftet sind – sie passen zusammen, wie ein Schlüssel ins Schloss. Jede Veränderung scheint für beide unmöglich zu sein und ist mit massiven emotionalen und mitunter auch materiellen Verlusten auf beiden Seiten verbunden.

Bei Eltern von Suchtkranken entwickelt sich dieses suchtunterstützende Verhalten oft ganz natürlich aus der Rolle des Versorgers. Bei Ehepartnern entsteht es häufig aus der Not heraus, das Familienleben finanziell und/oder sozial aufrecht zu erhalten.

Was zunächst noch als Hilfsbereitschaft und Loyalität einem Angehörigen gegenüber zu verstehen ist, entgleitet bei vielen Co-Abhängigen jedoch zu einem realitätsverkennenden, zwanghaften Muster.

Der Gewinn, den die Enabler aus ihrem unterstützenden Verhalten ziehen, kann vielfältiger Art sein. Eltern beispielsweise halten es häufig für ihre Pflicht, das Kind in allen Lebenslagen – und sei es in der Sucht – zu unterstützen. Sie werden als Enabler ihrem Verständnis nach der Rolle als „gute und versorgende Eltern“ gerecht. Außerdem scheint ihr Selbstwertgefühl bedroht zu sein, wenn offenbar wird, dass ihr Kind suchtkrank ist, und so tun sie alles dafür, diese Krankheit zu verbergen.

Den „Schein zu wahren“ bemühen sich auch viele Ehepartner, die z. B. vor den Nachbarn, vor Freunden, aber auch vor Arbeitgebern und „offiziellen Personen“ (wie Gerichtsvollziehern oder der Polizei) einen möglichst „normalen“ Eindruck machen wollen.

Enabler entwickeln häufig selbst süchtige oder selbstersterbende Verhaltensweisen, z. B. zwanghaftes Ess- und Arbeitsverhalten oder Nikotin- bis hin zu Medikamenten- und Drogenmissbrauch (► [Abschn. 6.5](#), „Liebessucht“).

8.2 Kinder suchtkranker Eltern

» Der Vater Sünde ist der Kinder Fluch. (Theodor Toeche-Mittler)

Zwei bis drei Millionen Kinder und Jugendliche gibt es alleine in bundesdeutschen Familien mit Alkoholabhängigen, wobei Zahlen von Kindern, die drogen-,

medikamenten- oder z. B. arbeitssüchtige Eltern haben, nicht vorliegen.

Ganz abgesehen von den körperlichen Missbildungen, die durch Alkohol- oder Drogenkonsum der Mutter während der Schwangerschaft entstehen können, zeigen diese Kinder vielfältige psychische und psychosoziale Schäden. Sie wachsen im Laufe ihrer psychischen Entwicklung sozusagen in die Rolle des Co-Abhängigen hinein und entwickeln so eine co-abhängige Charakterstruktur.

Kinder von suchtkranken Eltern zeigen viel eher Konzentrations-, Schlaf- und Sprachstörungen, aggressives Verhalten, Hypermotorik, Angstprobleme und psychosomatische Symptome als Kinder aus Familien ohne Suchtproblem.

Unterschiedlich zeigen sich die Störungen in Abhängigkeit davon, ob Vater oder Mutter ein Suchtproblem aufweisen. Ist der Vater suchtkrank, so finden sich bei den Kindern verstärkt Störungen des Sozialverhaltens, während die Suchtkrankheit der Mutter eher affektiv-emotionale Beeinträchtigungen der Kinder erkennen lässt (Angst, Depressivität, Zurückgezogenheit).

Die suchtkranken Familie stellt **unausgesprochene Familienregeln** auf, denen die Kinder seit ihrer Geburt unterliegen:

- „Sprich nicht über die Sucht.“
- „Vertraue auf nichts und niemanden.“
- „Empfinde nichts und zeige keine Gefühle.“

Mit diesen Regeln unterstützt das süchtige Familiensystem die Sucht, weil niemand es wagt, sich dem Suchtproblem zu stellen.

Ein weiteres Problem in suchtkranken Familien stellt die häufig vorhandene körperliche Gewalt dar, die viele Süchtige gerade in einer rauschhaften Phase ausüben (z. B. randalieren, prügeln etc.), ohne sich später daran erinnern zu können. Auch sexueller Missbrauch von Kindern kommt in suchtkranken Familien gehäuft vor.

Gerade Kinder sind körperlicher Gewalt vollkommen hilflos ausgeliefert und entwickeln nicht selten extreme Ängste, empfinden das Verhalten des suchtkranken Elternteils als unberechenbar und werden – auch im späteren Leben – misstrauisch gegenüber allen Bezugspersonen (► [Abschn. 6.5](#)).

Kinder, die in eine suchtkranke Familie hineingeboren werden, sind oftmals geradezu dafür prädestiniert, gewisse Rollenmuster im Familiensystem zu übernehmen. Dieses Muster scheint – wie Erfahrungen mit Kindern aus abhängigen Familien zeigen – stark abhängig von der Konstellation der Geschwister zu sein.

Sharon Wegscheider-Cruse klassifizierte schon 1984 vier typische Rollenmuster, die Kinder im Laufe ihrer Entwicklung – wohlgemerkt nicht bewusst, sondern eher unbemerkt – einnehmen können:

Held/Heldin Held/Heldin wird meist das erstgeborne Kind, das allein durch seine Position bereits in dem Gefühl aufwächst, etwas Besonderes zu sein. Kinder in der Rolle des Helden sind stark leistungsorientiert, sie sind der „Stolz“ der Familie, überverantwortlich, „tun immer das Richtige“. Sie versorgen häufig die Familie, wenn die Eltern aufgrund ihrer Suchtkrankheit den Haushalt vernachlässigen. Teilweise kommt es sogar zu einer Rollenverkehrung von Eltern und Kind: der/ die Familienheld/in kümmert sich um den süchtigen Elternteil, der betrunken im Bett liegt.

Familienhelden werden sehr schnell erwachsen, da sie eine verantwortliche Position in der Familie ausfüllen müssen. Sie reifen sozusagen im Eiltempo heran.

Das Ergebnis ist dann eine „**Pseudo-Reife**“.

Das Gefühl, etwas Besonderes zu sein und viel leisten zu können, muss der Familienheld teuer erkaufen: er kann kaum Freude oder Spaß empfinden, ist überkontrolliert – auch im Gefühlsbereich. Niemals hat er das Gefühl, genug geleistet zu haben und Selbstwert kann er sich nur durch ständige Leistung erarbeiten. Häufige Schuldgefühle und ein starkes Bedürfnis, die gesamte Umwelt zu kontrollieren und zu beherrschen, sind die Kehrseite der großen Verantwortung, die der Familienheld bereits im Kindesalter aufgetragen bekommt.

Sündenbock Zum Sündenbock wird oft das zweite Kind in der suchtkranken Familie. Die Rolle des „guten“ Kindes füllt bereits der Familienheld aus, das zweite Kind kann durch noch so „gutes“ Verhalten keine Aufmerksamkeit mehr auf sich ziehen. So fällt es eher durch negatives

Verhalten auf, neigt später auch zur Delinquenz. Ein Kind in dieser Position fühlt sich meist zurückgewiesen und hat ein ausgeprägt **niedriges Selbstwertgefühl**.

Die Familie zieht allerdings eine Menge Nutzen aus dem „Sündenbock“: das Verhalten des Kindes steht oft im Mittelpunkt des Familiengeschehens, die Prügelei mit dem Klassenkameraden, das geklauten Geld lenken ab von dem eigentlichen Problem der Familie: der Suchtkrankheit eines oder beider Elternteile.

Das verlorene Kind Als „Kind der Mitte“ wird das dritte Kind der Familie leicht zum verlorenen Kind. Da das erste Kind bereits als das „gute“, das zweite als das „böse“ Kind die Aufmerksamkeit der Eltern voll in Anspruch nehmen, wird das verlorene Kind häufig „übersehen“. Es „segelt“ sozusagen im Windschatten der Suchtfamilie“ und wird nicht selten zum Einzelgänger und unauffälligem „**Mitläufer**“, ruhig und scheu. Daraus resultieren dann Gefühle der Bedeutungslosigkeit und Verlassenheit.

Maskottchen Das jüngste Kind der Familie wird häufig auch ihr „Maskottchen“. Es bringt die Familie zum Lachen, wird „**Familienclown**“, bleibt klein und niedlich und trägt auf diese Weise zur Entspannung der Familienatmosphäre bei. Dabei ist es allerdings häufig unkonzentriert und ängstlich, neigt zu hysterischen Ausbrüchen und fühlt sich eigentlich bedeutslos und unzulänglich.

All diese Rollenzuweisungen (die natürlich nicht immer nur in dieser reinen Typologie vorkommen), finden sich bei Kindern aus suchtkranken Familien mit erstaunlicher Regelmäßigkeit. Die Rollen werden von Kindern übernommen, um der gespannten Familienatmosphäre gerecht zu werden und das „Überleben“ in den rigiden Strukturen der kranken Familie zu sichern.

Durch die teilweise verblüffend perfekt ausgefüllte Rolle (der „Held“ versorgt die Familie unbedingt und zuverlässig, das „Maskottchen“ hilft, die aggressive und gereizte Stimmung der Familie immer wieder zu entspannen etc.) werden auch die Kinder zu Enablers, die helfen, das dysfunktionale Familiensystem aufrechtzuerhalten. Sie werden zu

Co-Abhängigen. Und als erwachsene Co-Abhängige gelingt es ihnen nur mühsam – wenn überhaupt – die einst übernommene Rolle wieder abzulegen und nicht ewig der Sündenbock oder der Clown zu bleiben.

Erwachsene Kinder aus suchtkranken Familien werden zu einem hohen Prozentsatz selbst süchtig oder neigen dazu, eine Partnerbeziehung mit einer suchtkranken Person einzugehen.

8.3 Freundeskreis

» Du bist das, was Deine Gesellschaft ist. (Philip Dormer Stanhope Lord Chesterfield)

Der Suchtkranke sucht sich häufig Freunde, die ebenfalls abhängig sind, um seine Sucht vor sich selbst und anderen zu rechtfertigen. Nach dem Motto: „Hier trinken doch alle, was ist schon dabei?“

Denn Unterstützung von gleichgesinnten Freunden ist für einen Suchtkranken oft lebensnotwendig, damit die süchtige Persönlichkeitsstruktur nicht zusammenbricht. Freunde müssen um Geld angepumpt werden, wenn der eigene Geldbeutel gerade versiegt, sie müssen helfen, wenn es darum geht, das süchtige Verhalten zu vertuschen. So unterstützen sich Suchtkranke häufig untereinander in ihrer Sucht und bilden damit auch ein Beziehungsgefüge von Co-Abhängigen.

Auch nichtsuchtkranke Freunde geraten in dem Bemühen, einem Süchtigen zu helfen, leicht in die Rolle des Co-Abhängigen. Sie versuchen ihrem Freund/ihrer Freundin zu helfen, indem sie z. B. für sein/ihr Fehlen am Arbeitsplatz Ausreden erfinden oder dem Süchtigen Geld leihen. Sie kümmern sich um den Suchtkranken, auch wenn dieser sich häufig als unzuverlässig erweist. In ihrem Bemühen um Loyalität und dem ehrlichen Wunsch zu helfen, merken sie oft nicht, dass sie die Sucht ihres Freundes/ihrer Freundin dadurch geradezu unterstützen, ihn/sie sozusagen vor dem heilsamen Zusammenbruch des süchtigen Systems bewahren.

Ein weiteres mögliches Beziehungsmuster besteht darin, dass sich Süchtige nach der Regel „„Gegensätze ziehen sich an“, besonders stark

erscheinende Partner suchen. Diese haben – nach Meinung des Suchtkranken – genau das, was ihnen selbst fehlt: Widerstandskraft, Belastbarkeit und Durchhaltevermögen.

8.4 Arbeitskollegen

» Tradition ist, wenn sich nichts ändert. (Erhard Horst Bellermann)

Untersuchungen haben ergeben, dass 5% aller Beschäftigten in Unternehmen alkoholabhängig sind, in Führungspositionen sollen es sogar 25% sein. Durch Fehlzeiten, Erkrankungen, Unfälle am Arbeitsplatz und geringere Leistung entstehen dem Arbeitgeber und der Gesellschaft immense Kosten. Nach amerikanischen Untersuchungen zeigen Arbeitnehmer unter Alkoholeinfluss 25% weniger Leistung.

Auch Arbeitskollegen stehen in Gefahr, zu Co-Abhängigen oder zu Enablers der Sucht zu werden. Hier sind besonders solche Personen gefährdet, die in ihrer eigenen Familie oder im Freundeskreis mit Kranken oder Süchtigen zu tun haben und deren Persönlichkeit bereits dadurch auf „Helfen“ programmiert ist.

Meist versucht der Suchtkranke, seine Abhängigkeit vor Arbeitskollegen zu verbergen, um seinen Arbeitsplatz nicht zu gefährden. Doch spätestens, wenn sein Bedarf am Suchtmittel steigt, wird es ihm kaum gelingen, die Abhängigkeit vollkommen verdeckt zu halten. Da wird es dann zum Zwang, mit dem „Flachmann“ in die Pause zu gehen, schnell auf der Toilette einen zu „zischen“ oder jeden Anlass zu einem Umrunk oder einer kleinen Abteilungsfeier zu nutzen. Bei Medikamenten- und Drogenabhängigen verläuft das Ganze zwar stiller, aber nicht weniger gefährlich.

Arbeitskollegen beweisen oft eine hohe Loyalität, versuchen, dem Suchtkranken beratend zu helfen, decken ihn vor Vorgesetzten oder erledigen sogar teilweise die Arbeit des Suchtkranken. Oder aber sie scheuen sich, den abhängigen Kollegen auf seine Sucht hin anzusprechen und versuchen, alle Anzeichen der Sucht, wie unvollständig erledigte Arbeit, hohe Fehlzeiten, Zuspätkommen oder frühes Nachhausegehen, zu übersehen.

In diesen Fällen unterstützen sie indirekt die Sucht ihres Kollegen und halten – wie die Familienmitglieder – ein System aufrecht, das schon längst den Zusammenbruch in sich birgt.

8.5 Gesellschaft

» Der Irrsinn ist bei Einzelnen etwas Seltenes, aber bei Gruppen, Parteien, Völkern, Zeiten die Regel. (Friedrich Wilhelm Nietzsche)

Selbst die Gesellschaft kann vielfach als Enabler der Sucht betrachtet werden. Eine zunehmende „**Verküchtung**“ kennzeichnet unsere Gesellschaft. Immer mehr wird das Ausweichen in süchtige Verhaltensweisen zum kurzfristigen Problemlösemechanismus. Viele Suchtmittel sind nicht nur in der Öffentlichkeit akzeptiert (Zigaretten, Alkohol, Medikamente, Spielautomaten), sondern sind durch hohe Steuern eine wichtige Geldquelle, damit unsere Gesellschaft überhaupt funktioniert.

Allgegenwärtig ist die Werbung für Alkohol, Nikotin und andere Suchtmittel. Nicht nur Wirtschaft und Staat profitieren von den legalen Drogen. Sie sind aus dem gesellschaftlichen Alltag einfach nicht mehr wegzudenken: Der Oberbürgermeister, der beim Oktoberfest das Bier anzapft, das Glas Sekt bei der Vernissage, der Ouzo beim Griechen an der Ecke, der Stammtisch, der passende Wein zum Festessen, die kollektiven Besäufnisse bei der Bundeswehr, bei Betriebsfeiern, im Fußballstadion oder in der Studentenverbindung oder auch die angebotene Zigarette erscheinen uns allen selbstverständlich.

So fördert die Gesellschaft und ihr falscher Umgang mit Suchtmitteln sowie ihre akzeptierenden Normen süchtige Verhaltensweisen und wird dadurch ganz global zur „Co-Abhängigen-Gesellschaft“ (► [Abschn. 6.10](#)).

8.6 Kriterien für Co-Abhängigkeit

» Selbstaufgabe ist eine vorgezogene Form des Todes. (Justus Vogt)

Was genau kennzeichnet nun Co-Abhängige, gleichgültig, ob es sich um Kinder, Eltern oder

Partner handelt? Welche Störungen entwickeln sie im Laufe des Zusammenlebens mit einem Suchtkranken?

Hier einige typische Kriterien, die Co-Abhängigkeit als bedrohliche Krankheit ausweisen:

1. Völlige Selbstaufgabe Co-Abhängige sind Menschen mit einem extrem niedrig ausgeprägten Selbstbewusstsein. Dies geht einher mit großer Angst vor dem Verlassenwerden. Der Co-Abhängige ordnet seine eigenen Bedürfnisse völlig denen des Suchtkranken unter, reagiert sensibel auf die leiseste Äußerung des Abhängigen und hofft, auf diese Weise unersetzlich für den Süchtigen zu werden.

So wird die co-abhängige Person zum Spiegel des Suchtkranken. Es fällt ihr sehr schwer, Grenzen zwischen der eigenen Person und dem Abhängigen zu ziehen. Erfolge und Misserfolge, Gefühle und Erlebnisse des Süchtigen – alles wird zum eigenen Erleben der Co-Abhängigen. Sie identifiziert sich völlig mit dem Abhängigen und bezieht auch ihren Selbstwert von diesem.

Daraus resultiert dann ein Beziehungsgefüge, das eher eine Verschmelzung, eine Symbiose, ist, als eine Beziehung zweier selbständiger Personen. Als Pendant dazu sind viele Co-Abhängige gar nicht dazu in der Lage, reife Beziehungen einzugehen, da ihre eigene Identitätsentwicklung nur rudimentär ist.

2. Unterdrücken von Emotionen Ein weiteres Kriterium der Co-Abhängigkeit ist das völlige Einfrieren der Emotionen: Wut, Angst, Traurigkeit, Verwirrung, Bitterkeit und Einsamkeit – das sind Gefühle, die in einer suchtkranken Familie meist nicht ausgesprochen werden dürfen. Gerade Kinder, die in einer solchen Familie aufgewachsen sind, finden als Erwachsene nur schwer Zugang zu ihren Gefühlen. Würde ein Familienmitglied seine Gefühle ehrlich äußern, wäre das ganze Gefüge, das auf Realitätsverleugnung, -verzerrung und Schweigen aufbaut, in Gefahr.

Co-Abhängige verwenden nicht selten den größten Teil ihrer Energie darauf, das Familiensystem aufrechtzuerhalten. Dabei unterdrücken sie Angst und Verzweiflung.

3. Depression Das völlige Aufgeben des eigenen Selbst und die Unterdrückung negativer Emotionen

führen nicht selten in tiefe Depressionen. Vielfach wird jedoch die Depression verleugnet. Sie wahrzunehmen und zu erkennen würde heißen, eigene Bedürfnisse zu akzeptieren und sich Defizite einzugehen. Der Co-Abhängige stellt jedoch die Bedürfnisse des Anderen über seine eigenen.

4. Erhöhte Wachsamkeit Das Verhalten einer suchtkranken Person ist unberechenbar. Der Co-Abhängige ist ständig auf der Hut, denn immer muss er äußerst sensibel auf den Suchtkranken reagieren.

Diese stets vorhandene „Alarmsbereitschaft“ ist ein typisches Stress-Symptom. Co-Abhängige weisen daher häufig stressbedingte körperliche Krankheiten wie Magenschmerzen, Herz-Kreislauf-Probleme, Kopfschmerzen auf. Es ist ihnen nach gewisser Zeit nicht mehr möglich, von ihrer erhöhten Alarmbereitschaft abzuschalten und sich zu entspannen. Und das kann zu massiven psychosomatischen Störungen (Magengeschwüre, Herz-Kreislauf-Probleme, Nervenzusammenbrüche, etc.) führen.

5. Zwanghaftes Verhalten Die Notwendigkeit, das eigene Verhalten ständig den Bedürfnissen des Abhängigen anzupassen, und das Unvermögen, sich zu entspannen, führen beim Co-Abhängigen zu erhöhter Kontrolle und zwanghaftem Verhalten, z. B. zwanghaftem Essen, Rauchen, fanatischer Religiosität, Dauer-Fernsehen etc.

6. Angst Die ganz reale Bedrohung des Co-Abhängigen durch den Süchtigen, die nicht selten mit körperlicher Gewalt verbunden ist, immer aber mit Streit und Konflikten, führt zu einer permanent vorhandenen Angst.

Hinzu gesellen sich diffuse Ängste, die durch die emotionale Verschmelzung des Co-Abhängigen mit dem Suchtkranken ausgelöst werden: Befürchtungen, die eigene Identität zu verlieren oder im anderen verlorenzugehen, können die Folge sein.

7. Körperliche Schäden Gesundheitliche Schäden erleidet der Co-Abhängige oft durch körperliche Misshandlung oder stressbedingte Krankheiten. Häufig finden sich bei Co-Abhängigen vielfältige psychosomatische Beschwerden. Nicht selten gleiten Co-Abhängige selbst in eine Suchtkrankheit hinein (es muss nicht das gleiche Suchtmittel sein).

Im folgendem Link finden Sie einen Test, ob Sie Co-abhängig sind: http://www.blaues-kreuz.de/bundeszentrale/uebersicht/info_an gehoerige/co_selbst-test/ (abgerufen am 14.11.2015)

Tipps bei Co-Abhängigkeit

- Wenn es in Ihrer Familie Suchtprobleme gibt, sprechen Sie Personen an, denen Sie vertrauen oder suchen Sie sich Hilfe in Beratungsstellen, bei Psychologen, Psychotherapeuten oder Selbsthilfegruppen.
- Seien Sie sich darüber im Klaren, dass Sucht eine Krankheit ist, durch die Abhängige zumeist die Kontrolle über ihr süchtiges Verhalten verlieren (► [Abschn. 4.2, „Kontrollverlust“](#)). Sie müssen selbst wollen, also die Verantwortung für ihre Genesung/ Abstinenz selbst übernehmen. Diese innere Entscheidung können Sie den

Süchtigen nicht abnehmen. Sie haben für Süchtige eine Beratungskompetenz, keine Entscheidungskompetenz. Missionarische Ambitionen helfen selten weiter.

- „Hilfe durch Nichthilfe“ bedeutet nicht, Süchtige im Stich zu lassen. Sie können sie nur dabei unterstützen, mehr nicht. Pauschal gesagt: Unterstützen Sie alles, was die Abstinenz fördert (Hilfe bei der Suche nach Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Kliniken, etc.) und nichts, was seine Sucht verlängert (z. B. ihm Geld geben, für ihn lügen, in der Firma für ihn anrufen, wenn er betrunken ist ...)

■ Weiterführende Literatur

- Flassbeck J ([2014](#)) Ich will mein Leben zurück! Selbsthilfe für Angehoerige von Suchtkranken. Klett-Cotta, Stuttgart

Die Helfer I: Berufsgruppen

- 9.1 Psychologen – 138
- 9.2 Ärzte – 138
- 9.3 Sozialarbeiter – 138
- 9.4 Pädagogen/ Sozialpädagogen – 138
- 9.5 Suchtkrankenhelfer/Suchtkrankentherapeuten – 139
- 9.6 Weitere Berufsgruppen – 139

Die wichtigsten Berufsgruppen in der Suchtkrankenhilfe sind:

- Psychologen
- Ärzte
- Sozialarbeiter
- Pädagogen/Sozialpädagogen
- Suchtkrankenhelfer/Suchttherapeuten

9.1 Psychologen

Diplom-Psychologen (oder Psychologen mit Master- oder Bachelor-Abschluss) arbeiten in den meisten Behandlungseinrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Ihre Arbeitsgebiete sind:

- Psychologische Begutachtung und Diagnostik
- Psychologische Beratung und Therapie
- Supervision, Fort- und Weiterbildung
- Prävention und Gesundheitspolitik
- Erstellung, Realisierung und Weiterentwicklung von Therapiekonzeptionen
- Mitarbeiterführung, Personalauswahl und Organisationsentwicklung
- Psychologische Forschung

In Beratungsstellen, ambulanten Behandlungseinrichtungen und Drogenlangzeitprogrammen (► Abschn. 10.2) befinden sich Psychologen sehr häufig in Leitungsfunktionen, in Fachkrankenhäusern (die von Ärzten geleitet werden) sind sie meist Leiter von Teams oder Abteilungen.

Psychologen haben ein mehrjähriges Universitätsstudium und wenn sie (approbierte) Psychotherapeuten sind, meistens eine mehrjährige Weiterbildung in einer Psychotherapiemethode absolviert (oft in tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie, Verhaltenstherapie, systemischer Therapie oder in Verfahren der humanistischen Psychologie – Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama, etc.), die sie für die Arbeit mit Süchtigen qualifiziert.

9.2 Ärzte

Ärzte werden vor allem zu Beginn einer Suchttherapie tätig; in Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien sind sie für die medizinische Betreuung der süchtigen Patienten während des **Entzugs** zuständig. Mitunter vergeben sie auch in ambulanten

Arztpraxen Methadon – quasi auf Krankenschein. Daneben sind sie auch in Einrichtungen tätig, die kontrolliert **Methadon und Heroin** an eine bestimmte Gruppe von Süchtigen vergeben.

In den ambulanten Behandlungseinrichtungen und in den Drogenlangzeitprogrammen (► Abschn. 10.2) spielen sie – wenn sie überhaupt in den Therapieverbund einbezogen sind – eine eher nachgeordnete Rolle, z. B. indem sie eine **konsiliарische Tätigkeit** übernehmen, d. h. den Patienten für medizinische Behandlungen zur Verfügung stehen.

Man kann die Methadonprogramme (► Exkurs: Aids, Methadon, und Codein) u. a. als einen Versuch der Ärzte ansehen, auch in der Drogentherapie stärker Fuß zu fassen.

Die Ärzte haben ein mehrjähriges Universitätsstudium hinter sich und verfügen teils – wenn auch nicht sehr häufig – über eine psychotherapeutische Weiterbildung.

9.3 Sozialarbeiter

Der Anteil der Sozialarbeiter in der Suchtkrankenhilfe nimmt immer noch zu. Sie arbeiten vor allem in der ambulanten Behandlung (► Abschn. 10.1), z. B. in der Beratung von Süchtigen, in der Abklärung weiterer therapeutischer Maßnahmen, als Streetworker, etc. aber auch in Nachsorge und Therapie. Das hat z. T. damit zu tun, dass die Gehälter und Honorare für Sozialarbeiter (und übrigens auch für Pädagogen und Sozialpädagogen) niedriger sind als von Psychologen und Ärzten. Da sich viele Suchteinrichtungen keine Psychologen „leisten“ können oder wollen, übernehmen diese Berufsgruppen (mehr oder weniger qualifiziert) mitunter Aufgaben, die eigentlich in das Tätigkeitsgebiet der Psychologen gehören.

Der Titel „Sozialarbeiter“ ist ungeschützt, im Grunde kann sich jeder so nennen. Sozialarbeiter, die ein „grad.“, „Dipl.“, „Master“ oder „Bachelor“ hinter ihrem Titel tragen, haben ein mehrjähriges (Fach-) Hochschulstudium hinter sich.

9.4 Pädagogen/ Sozialpädagogen

Diplom-Pädagogen und Diplom-Sozialpädagogen oder (Sozial-)Pädagogen mit Bachelor- oder Mastertitel haben ein Universitäts- bzw. Fachhochschulstudium

hinter sich. Sie übernehmen ähnliche Aufgaben wie Sozialarbeiter.

9.5 Suchtkrankenhelfer/ Suchtkrankentherapeuten

Suchtkrankenhelfer oder Suchtkrankentherapeuten sind Personen, die aus allen möglichen Berufsgruppen kommen und eine Suchtkrankenhelfer- oder eine Suchtkrankentherapeutausbildung absolviert haben. Sehr häufig handelt es sich bei diesen Personen um abstinenten Süchtige, die über eine Behandlung trocken oder clean geworden sind und dann meist beim gleichen Träger tätig werden.

9.6 Weitere Berufsgruppen

Außer den oben genannten Berufsgruppen gibt es in der Suchtkrankenhilfe noch eine Reihe anderer Berufe: Neben Krankenschwestern sind - vor allem im kirchlichen Bereich - Pastoren, Pfarrer und Theologen tätig. In manchen Fachkliniken gibt es Musik-, Mal-, Ergo-, Beschäftigungs- und/oder Bewegungstherapeuten, die aus verschiedenen Berufen kommen. Auch Soziologen sind in diesem Bereich tätig.

Die Helfer II: Beratungs- und Behandlungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen

- 10.1 Ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote – 142**
 - 10.1.1 Beratungs- und Behandlungsstellen – 142
 - 10.1.2 „Streetwork“: Aufsuchende Drogenhilfe – 142
 - 10.1.3 Kontaktläden und „Sleep-Ins“ – 143
 - 10.1.4 Nottelefone für Süchtige – 143
 - 10.1.5 Methadonprogramme und diamorphingestützte Behandlung – 143
- 10.2 Stationäre Therapieeinrichtungen – 143**
 - 10.2.1 Kliniken und Fachkrankenhäuser für Suchtkranke – 143
 - 10.2.2 Psychiatrische Krankenhäuser – 144
 - 10.2.3 Drogenlangzeitprogramme – 144
- 10.3 Teilstationäre Einrichtungen – 144**
 - 10.3.1 Nachsorgeeinrichtungen – 144
 - 10.3.2 Tageskliniken – 144
 - 10.3.3 Betreute Wohngruppen – 144
- 10.4 Selbsthilfegruppen und -organisationen, Abstinenzgruppen, Eltern- und Angehörigen-Kreise – 145**

Nach Angaben der Drogenbeauftragten der Bundesregierung gibt es derzeit (Stand Ende 2014) bundesweit über 1.800 ambulante Suchtberatungsstellen und 800 stationäre Suchthilfeeinrichtungen.

Nach Schätzungen der DHS, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, werden jährlich in Deutschland professionelle Hilfsangebote in ambulanten oder stationären Einrichtungen von mindestens 370.000 Menschen in Anspruch genommen. Über die Anzahl der Menschen mit Suchtproblemen, die eine oder mehrere der ca. 8.700 Selbsthilfegruppen in Deutschland besuchen, gibt es aktuell keine gesicherten Zahlen, sie dürfte jedoch in die Hunderttausende gehen.

Man unterscheidet bei den Hilfsangeboten für Süchtige vor allem Angebote in vier Bereichen:

1. Ambulante Hilfen
2. Stationäre Hilfen
3. Teilstationäre Einrichtungen
4. Selbsthilfegruppen

Diese Behandlungseinrichtungen unterscheiden sich hinsichtlich:

- ihrer Behandlungsschwerpunkte (z. B. ob sie nur mit Alkoholikern oder Fixern, nur Männern oder Frauen, oder nur mit bestimmten Altersgruppen arbeiten),
- der Berufsgruppen, die darin vertreten sind (► [Kap. 9](#)),
- der Kostenträger (► [Abschn. 12.2](#))
- der therapeutischen Arbeit, der Methoden, mit denen dort gearbeitet wird und hinsichtlich der Therapieziele,
- der Professionalität der dort arbeitenden Mitarbeiter und der materiellen Ausstattung.

10.1 Ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote

Unter dem Begriff ambulanter Hilfe werden eine Vielzahl verschiedener Beratungs- und Behandlungseinrichtungen zusammengefasst.

10.1.1 Beratungs- und Behandlungsstellen

Die Palette dieser Einrichtungen reicht von allgemeinen (Lebens-)Beratungsstellen, in denen neben Ehe-, Partner- und Erziehungsproblemen auch Suchtprobleme behandelt werden, über generelle Suchtberatungsstellen, in denen für Suchtprobleme aller Art (vom Fixer über die Alkoholikerin bis zum Spieler) Hilfe angeboten wird, bis hin zu ganz speziellen Beratungsstellen, z. B. ausschließlich für tablettenabhängige Frauen oder nur für Spielsüchtige. Es gibt außerdem eine Vielzahl von ambulanten Einrichtungen mit einem genau spezifizierten Ziel.

Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) gab es im Jahr 2013 etwa 1.300 suchthilfebezogene Beratungsstellen und -dienste, deren Angebot von mehr als 500.000 Personen (pro Jahr) in Anspruch genommen wurde. Hierbei handelt es sich sowohl um längerfristige Beratungen und Therapien, als auch um kurzfristige (Einmal-)kontakte und Informationsgespräche.

Nahezu alle **ambulanten** Einrichtungen, von denen entsprechende Angaben vorliegen, nennen als ihre **Zielgruppe** Patienten mit einer Problematik im Zusammenhang mit Alkohol (100%), Medikamenten (97%) oder illegalen Drogen (89%). 82% der Einrichtungen geben als Zielgruppe pathologische Glücksspieler an und 81% haben Angebote, die sich an Patienten mit Störungen aufgrund des Konsums von Tabak richten. Fast zwei 2/3 (65%) der ambulanten Einrichtungen hat darüber hinaus auch Patienten mit Essstörungen als Zielgruppe.

10.1.2 „Streetwork“: Aufsuchende Drogenhilfe

In immer mehr Städten (Berlin, Hamburg, Frankfurt etc.) gibt es Mitarbeiter von Beratungsstellen, die in die Drogenszene gehen und mit Süchtigen Kontakt halten, um ihnen so den Weg in die Beratungsstelle oder eine stationäre Therapie zu erleichtern. Man nennt das „Streetwork“ oder aufsuchende Drogenhilfe. Eng damit zusammen hängen die ...

10.1.3 Kontaktläden und „Sleep-Ins“

Ein alter Trend aus den Zeiten der frühen Drogenhilfe der 70er Jahre sind die Sleep-Ins, die Aufwärmstuben und Kontaktläden für Süchtige.

In diesen Einrichtungen können die Betroffenen für ein paar Tage übernachten, ihre Wäsche waschen oder sich bei schlechtem Wetter aufzuhalten, einen Kaffee trinken, sich duschen oder Hilfe für Probleme aller Art finden.

Der gemeinsame Nenner ist hier der Begriff „niedrigschwellige Angebote“, mit denen Süchtige erreicht werden sollen, die durch die sonstigen Therapie- und Beratungsangebote nicht erreicht werden oder aus ihnen herausgefallen sind (Altfixer, Therapieresistente, Therapieabbrecher). Bundesweit gibt es hiervon etwa 300 Angebote (Quelle: Jahrbuch Sucht 2014).

10.1.4 Nottelefone für Süchtige

In verschiedenen Städten (z. B. Hamburg, Köln, Berlin) gibt es Notruftelefonnummern für Süchtige, bei denen jeder Süchtige anrufen kann, der Hilfe braucht.

10.1.5 Methadonprogramme und diamorphingestützte Behandlung

In vielen Bundesländern werden inzwischen ambulante Methadonprogramme für ein ausgewähltes Klientel von Fixern erprobt (mehr dazu s. unter Exkurs: AIDS, Methadon und Codein).

Laut Substitutionsregister erhalten 75.400 Opiat-abhängige in Deutschland eine Substitutionsbehandlung mit Methadon (Stand: 2012, Quelle: Drogenbeauftragte der Bundesregierung).

In verschiedenen deutschen Städten wird außerdem ein Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung von Heroinabhängigen („diamorphingestützte Behandlung“) durchgeführt. Heroingestützt bedeutet, dass die Abhängigen in speziell

eingerichteten Ambulanzen „sauberes“ Heroin und natürlich saubere Spritzbestecke zur Verfügung gestellt bekommen. Dabei findet der Konsum meist unter ärztlicher Aufsicht statt. 2013 befanden sich laut Drogen- und Suchtbericht ca. 500 Personen in diamorphingestützter Behandlung.

10.2 Stationäre Therapieeinrichtungen

Bei den stationären Angeboten unterscheidet man folgende drei große Gruppen von Hilfen:

1. Kliniken und Fachkrankenhäuser für Suchtkranke
2. Psychiatrische Krankenhäuser
3. Drogenlangzeitprogramme

10.2.1 Kliniken und Fachkrankenhäuser für Suchtkranke

Unter Fachkrankenhäusern für Suchtkranke versteht man Einrichtungen, in die Abhängige nach dem körperlichen Entzug für einen längeren Zeitraum (von 4 Wochen bis zu 2 Jahren) zur psychischen Entwöhnung, zur psycho- und soziotherapeutischen Aufarbeitung der Ursachen für ihre Suchterkrankung, der Planung und Einübung eines suchtfreien Lebens gehen.

Diese Kliniken unterscheiden sich bezüglich des Klientels (Männer und/oder Frauen) und bezüglich der Krankheitsbilder (Alkohol, Medikamente, Drogen, andere Suchtformen), die dort behandelt werden. So gibt es reine Männer- und reine Frauenkliniken. Über 90% sind allerdings Kliniken mit gemischem Klientel.

Während die Anteile der stationären Einrichtungen, die Patienten mit Alkohol- (87%) oder Medikamentenproblemen (85%) sowie mit Störungen aufgrund des Konsums von Tabak (66%) zu ihren Zielgruppen zählen, ähnlich den Anteilen im ambulanten Bereich sind, wenden sich nur 2/3 (67%) der stationären Einrichtungen an Konsumenten illegaler Drogen. Noch seltener liegen in den stationären

Einrichtungen Angebote für pathologische Glücks-spieler (44%) und Essstörungen (32%) vor. (Quelle: Jahrbuch Sucht 2015)

10.2.2 Psychiatrische Krankenhäuser

Fast alle Suchtkliniken nehmen ausschließlich Suchtkranke auf, die den körperlichen Entzug bereits hinter sich haben. Dieser **körperliche Entzug** wird entweder in Allgemeinkrankenhäusern (dort meistens in der Abteilung für Psychiatrie) oder in psychiatrischen Krankenhäusern gemacht. Er dauert in der Regel 1–2 Wochen. In den meisten Psychiatrien wird ausschließlich der körperliche Entzug durchgeführt und die Patienten werden dann – sofern sie eingewilligt haben – in die Fachkrankenhäuser bzw. Drogenlangzeitprogramme überwiesen.

Es gibt deutschlandweit etwa 300 psychiatrische Krankenhäuser mit über 22.000 Behandlungsplätzen für Suchtkranke. Daneben gibt es über 300 für Suchtkranke spezialisierte Krankenhausabteilungen mit über 7.500 Plätzen (Quelle: Jahrbuch Sucht 2014).

10

10.2.3 Drogenlangzeitprogramme

Da Fixer und Abhängige von illegalen Drogen in der Regel jünger sind und meistens eine ganz andere Sozialisation und Suchtentwicklung hinter sich haben, wurden schon sehr früh Spezialeinrichtungen für Drogensüchtige gegründet. Die Behandlung dort sieht meistens ganz anders aus als in den anderen Fachkrankenhäusern.

Einen Sonderfall stellen die Drogenselbsthilfe-Einrichtung „Synanon“ und deren Abkömmlinge dar. Es handelt sich um eine Lebensgemeinschaft mit mehreren Betrieben, in denen Drogenabhängige clean werden und ohne Zeitbegrenzung miteinander leben können. In und bei Berlin betreibt Synanon mehrere Einrichtungen, in denen u. a. die Bewohner aus- und weitergebildet und somit auf ein eigenständiges Leben vorbereitet werden.

In der Nähe von Marburg/Hessen etablierten Mitglieder von Synanon bereits in den 1980er Jahren ein großes Projekt, das sich inzwischen zur eigenständigen Suchthilfeinstitution „Die Fleckenbühler“ umformiert hat und im Rhein-Main-Gebiet

mehrere Einrichtungen betreibt, in denen insgesamt über 200 Menschen leben und arbeiten.

10.3 Teilstationäre Einrichtungen

Unter Teilstationären Einrichtungen versteht man:

- Nachsorge-Einrichtungen
- Tageskliniken
- Betreute Wohngruppen

10.3.1 Nachsorgeeinrichtungen

Dies sind Einrichtungen, die von Patienten besucht werden, die eine Entzugsbehandlung hinter sich haben und sich auf den normalen Alltag vorbereiten. Diese Vorbereitung kann auf das Arbeitsleben gerichtet sein und in Tageskliniken stattfinden oder in betreuten Wohngruppen, denn hier wird mehr auf die sozialen und anderen Aspekte des Lebens eingegangen.

10.3.2 Tageskliniken

Hierunter versteht man Einrichtungen für Süchtige, die zwar eine eigene Wohnung haben, bei ihrer Familie oder in betreuten Wohngemeinschaften leben, die aber für einen begrenzten Zeitraum einer Strukturierung ihres Tagesablaufes bedürfen. Die Tätigkeiten, denen die Betroffenen tagsüber nachgehen, reichen von Beschäftigungstherapie über Planung von Freizeitaktivitäten bis hin zu Arbeitsversuchen. Oft wird auch mit den Betroffenen geübt, wie man sich um eine Stelle bewirbt, wie man sich auf ein Bewerbungsgespräch vorbereitet und es später dann durchhält, die Arbeitsstelle, die man eventuell gefunden hat, regelmäßig zu besuchen.

10.3.3 Betreute Wohngruppen

In betreuten Wohngruppen leben sowohl ehemalige Patienten aus Suchteinrichtungen, die auf Arbeitssuche sind bzw. schon arbeiten, als auch Patienten, die sich auf eine Therapie vorbereiten oder versuchen,

ohne stationäre Behandlung vom Suchtmittel wegzukommen.

Manche betreuten Wohngruppen haben viel Ähnlichkeit mit dem, was man in der Sozialpsychiatrie als Nachtkliniken bezeichnet.

10.4 **Selbsthilfegruppen und -organisationen, Abstinenzgruppen, Eltern- und Angehörigen-Kreise**

Es gibt derzeit bundesweit etwa 8.700 Sucht-Selbsthilfegruppen (Jahrbuch Sucht 2014).

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) vereinigt als Dachorganisation die bundesweiten Suchtselbsthilfeverbände:

- Blaues Kreuz in Deutschland (BKD)
- Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche (BKE)
- Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit
- Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur
- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe
- Guttempler in Deutschland (IOGT)
- Kreuzbund
- Wohlfahrtsverbände mit ihren Suchtarbeitsbereichen.

Die fünf großen Suchtselbsthilfeverbände – BKE, BKD, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe,

IOGT und Kreuzbund – vertreten bundesweit ca. 80.000 Menschen in tausenden Gruppen.

(Quelle: <http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/suchtstoffuebergreifende-themen/selbsthilfe.html>) (abgerufen am 16.11.2015)

Hinzu kommt der „Clan der Anonymen“, angeführt von den „Anonymen Alkoholikern“ (AA), die bundesweit mit mehreren hundert und regional fast in jeder großen und kleinen Stadt vertreten sind.

An Gruppen, die sich am AA-Programm orientieren, gibt es derzeit

- Overeaters Anonymous-Gruppen (AO) für Essgestörte
- Anonyme Spielsüchtige-Gruppen (AS + GA)
- Narcotics-Anonymous-Gruppen (NA) für Tablettenabhängige und Drogensüchtige
- Anonyme Sex-und Liebessüchtige Gruppen (SLAA)
- Co-Dependents Anonymous (CoDA)
- Emotions Anonymous (EA) ...

Die Selbsthilfegruppen haben eine wichtige Funktion – sowohl in der Vorbeugung von Suchtkrankheiten als auch in der Begleitung von ambulanten und stationären Therapien. Vor allem liegt aber der Nutzen in der Nachsorge: Nach einem Klinikaufenthalt ist es fast unumgänglich, eine Selbsthilfegruppe zu besuchen. Der regelmäßige Besuch einer solchen Gruppe ist der beste Schutz vor einem Rückfall und die beste Hilfe, langfristig ein suchtfreies Leben einzuüben.

Sucht und Wissenschaft

Es gibt sowohl an verschiedenen Universitätsinstituten als auch in ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen Suchtforschung verschiedenster Art. Das reicht von großen Forschungsprojekten über kleinere Studien bis hin zu Diplomarbeiten. Suchtforschung ist teilweise naturwissenschaftlich ausgerichtet – indem etwa biochemische Grundlagen der Sucht naturwissenschaftlich aufgeklärt werden – in großen Teilgebieten allerdings rein sozialwissenschaftlich-psychologisch. Integrierende Forschungsansätze, die eine Gesamtschau des Bereiches Sucht versuchen, sind bislang die Ausnahme.

Neben den psychologischen und medizinischen Universitätsinstituten sind besonders wichtige Verbände und Einrichtungen im Bereich Suchtforschung:

- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
- Fachverband Drogen und Rauschmittel
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

(Adressen ► Anhang).

Gesellschaftliche Kosten der Sucht

- 12.1 Fakten – 150
- 12.2 Kostenträger – 151
- 12.3 **Krankenkassen/Krankenversicherungen – 151**
 - 12.3.1 Rentenversicherungen – 152
 - 12.3.2 Andere (z. B. Firmenfonds, Stiftungen, etc.) – 152

12.1 Fakten

Die gesellschaftlichen Kosten der Sucht sind immens. So wurden im Jahr 2012 in den alten Bundesländern allein von den Rentenversicherungen 500 Mio. Euro für die stationäre Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen aufgewendet. Dies entsprach 16% aller Kosten der Rentenversicherungen für medizinische Rehabilitationsleistungen.

Von den Krankenkassen liegen dazu keine Zahlen vor, ebenso wenig von den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen. Schätzungen gehen von mehreren Milliarden Euro aus.

Aber auch das scheint nur die Spitze des Eisberges zu sein, denn es müssen bei dieser Frage zwei Ebenen der Kosten unterschieden werden – und dabei scheint die zweite Ebene die noch kostenintensivere zu sein:

■ Direkte Kosten

Die direkten Kosten für Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherung etc.), die für jeden einzelnen Suchtkranken durch medizinische, psychotherapeutische Behandlung und psycho-soziale Betreuung entstehen, werden ausgemacht durch

- vermehrte Arztbesuche (durch gehäufte Krankheit von Süchtigen),
- Krankenhausaufenthalte (z. B. Entzug),
- psychotherapeutische Behandlung (Beratung, Therapie – ambulant und stationär),
- psycho-soziale Kosten (z. B. Sozialarbeiter, Street-Worker, vermehrte Gerichtsverfahren, Sozialhilfe etc.).

Ebenso zu den direkten gesellschaftlichen Kosten der Sucht können die Folgen des Alkohols im Straßenverkehr gerechnet werden.

Das Kraftfahrt-Bundesamt geht davon aus, dass die Unfallursache „Alkoholeinfluss“ vergleichsweise (nicht nur finanzielle) schlimme Folgen hat: Im Jahr 2012 wurden bei Alkoholunfällen 338 Verkehrsteilnehmer getötet und 18 983 Personen verletzt. Nahezu jeder elfte Verkehrstote in Deutschland starb im selben Jahr an den Folgen eines Alkoholunfalls.

■ Indirekte Kosten

Die indirekten Kosten sind Kosten, die dadurch entstehen, dass Suchtkranke ihren Arbeitsplatz nicht mehr ausfüllen und damit ihre gesellschaftliche Aufgabe nicht mehr erfüllen können.

Ein paar Hinweise:

- 25% aller Arbeitsunfälle sind auf Alkohol zurückzuführen.
- Suchtkranke haben sehr viel höhere Fehlzeiten (durch Krankheit oder „blaumachen“).
- Nach US-Untersuchungen erbringen Arbeitnehmer unter Alkoholeinfluss 1/4 weniger Leistung.
- 5% aller Beschäftigten in Unternehmen sind alkoholabhängig, bei Personen in Führungspositionen rechnet man mit 25%.

Oft wird folgende Formel zur Berechnung der jährlichen betriebswirtschaftlichen Folgekosten für ein Unternehmen durch Suchtkrankheiten herangezogen:

Anzahl der Mitarbeiter des Unternehmens (M) multipliziert mit dem geschätzten Prozent-Anteil der Süchtigen (S) multipliziert mit dem jährlichen Durchschnittsgehalt (D) dividiert durch 4 (= 25% Minderleistung durch Sucht).

$$\frac{M \times S\% \times D}{4}$$

Beispiel: Unternehmen mit

- M : 1.000 Mitarbeitern
- S : 5% Süchtige
- D : 30.000 € Durchschnittsgehalt

$$\frac{1000 \times 5\% \times 30000}{4} = 375000 \text{ €}$$

Diesem Unternehmen entsteht also durch süchtige Mitarbeiter ein jährlicher Schaden von 375.000 €.

Bei diesen Berechnungen wird verständlich, weshalb immer mehr Unternehmen dazu übergehen, betriebsinterne Sucht- oder Sozialberater (meist Diplom-Psychologen) einzustellen. Die Betriebe, die das tun, haben ihre guten (nicht nur) betriebswirtschaftlichen Gründe dafür.

Hinzu kommt: Die Produktivität der Kollegen, die sich ständig mit den Problemen und Auswirkungen des süchtigen Verhaltens ihres Mitarbeiters auseinandersetzen müssen, ist erheblich geringer – aber das ist nur schwer finanziell zu berechnen.

Was die gesamtgesellschaftlichen Kosten betrifft, ist nicht zu vergessen, dass bei den von illegalen

Drogen Abhängigen (z. T. auch bei den Spielsüchtigen) die Beschaffungskriminalität extrem hoch ist (vor allem Diebstahl, Einbruch, Raub), da die Süchtigen täglich sehr viel Geld für ihre Sucht brauchen, das sie nur durch kriminelle Aktionen oder Prostitution beschaffen können.

Schwer quantifizierbar (aber nicht zu unterschätzen) sind außerdem die Folgekosten für das soziale Umfeld (z. B. Familie, Mitarbeiter, etc.):

- Die Familie, die ihren Ernährer verliert: Was geschieht mit der Ausbildung der Kinder? Was ist mit den laufenden finanziellen Verpflichtungen (Miete, Ratenverträge, etc.)?
- Was passiert mit den Mitarbeitern eines suchtkranken Selbständigen, der seinen Betrieb aufgeben muss? Welche Kosten entstehen durch diese Arbeitslosigkeit? etc.

Es gibt Schätzungen, dass ein langjähriger Fixer die Gesellschaft (alle Kosten – inklusive Kriminalität – zusammengenommen) pro Jahr mindestens **70.000 €** kostet. Für chronische Alkoholiker oder Tablettenabhängige dürften diese Zahlen im Frühstadium niedriger liegen, in den Spätstadien werden sie sich nur wenig unterscheiden.

Abgesehen von dem persönlichen Leid der Betroffenen und des sozialen Umfeldes – sollte sich eine Gesellschaft nicht auch aus rein betriebswirtschaftlichen Gründen dazu entscheiden, mehr für Suchtkranke zu tun? Vieles spricht also dafür, möglichst viel Gewicht (und auch finanzielle Hilfen) auf Prävention und Aufklärung zu legen.

12.2 Kostenträger

Seit dem 18.06.1968 ist – durch ein Urteil des Bundessozialgerichtes – Alkoholismus als Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland anerkannt.

Seit dem 15.11.1973 wird Medikamenten- und Drogensucht dem Alkoholismus gleichgestellt – d. h. die gesetzlichen Kostenträger sind zur Übernahme der Behandlungskosten verpflichtet.

Auch Glücksspielsucht ist (wenn auch unter der Diagnose „Pathologisches Glücksspiel“) seit 2001 sowohl von den Rentenversicherungsträgern als auch von den Krankenkassen als Krankheit anerkannt.

Damit besteht ein rechtlicher Anspruch auf ambulante, stationäre und (Nachsorge-)Leistungen sowie auf berufliche Rehabilitation, die von den Kostenträgern zu finanzieren ist.

Andere Suchtformen sind bislang nicht als Krankheit anerkannt.

12.3 Krankenkassen/ Krankenversicherungen

Im Jahr 2015 gab es insgesamt 132 gesetzliche Krankenkassen und ca. 50 private Krankenversicherungen. Derzeit unterliegen vor allem die gesetzlichen Krankenkassen aus Kostengründen einem sehr starken Fusionsdruck, sodass die Anzahl der Kassen sinkt. Manche Experten gehen deshalb davon aus, dass es bis zum Jahr 2020 nur noch ca. 60–80 gesetzliche Krankenkassen geben wird.

Man unterscheidet bei den Krankenkassen drei große Gruppen:

Primärkassen Darunter versteht man die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Knappschaft. Etwas über die Hälfte der Bundesbürger sind Mitglieder in den Primärkassen (ca. 52 Mio.).

Ersatzkassen Es gibt 6 Ersatzkassen, die zusammen geschlossen sind im Verband der Ersatzkassen (VDEK). Es sind die BARMER-GEK, die Techniker Krankenkasse (TK), die DAK-Gesundheit, die Kaufmännische Krankenkasse (KKH), HEK-Hanseatische Krankenkasse und die Handelskrankenkasse (hhk). Ungefähr 20 Millionen Versicherte sind Mitglieder in den Ersatzkassen. 37% der Bundesdeutschen sind in den Ersatzkassen versichert.

Primärkassen und Ersatzkassen nennt man zusammen gesetzliche Krankenkassen (GKV).

Private Krankenversicherungen Zurzeit gibt es knapp 50 private Krankenversicherungen. Die größten sind: DeBeKa, DKV, Axa, Allianz-Private, Signal-Iduna/Deutscher Ring, HUK-Coburg ...

Etwa 12% der Bundesbürger (ca. 7,5 Mio.) sind Mitglieder in privaten Krankenversicherungen. Dieser Anteil steigt leicht.

12.3.1 Rentenversicherungen

Wenn die Süchtigen Arbeitnehmer sind, sind sie in der Deutschen Rentenversicherung (DRV) rentenversichert. Bei den stationären Behandlungen von Arbeitnehmern sind meistens die Rentenversicherer zuständig.

12.3.2 Andere (z. B. Firmenfonds, Stiftungen, etc.)

Es gibt bei großen Firmen mitunter betriebliche Versicherungen, Fonds oder Stiftungen, aus denen mitunter die Sucht-Behandlungen finanziert werden.

Serviceteil

Anhang – 154

Literatur – 158

Stichwortverzeichnis – 160

Anhang

Der letzte Zugriff auf die angegebenen Webseiten erfolgte am 16.11.2015.

Adressen

- **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)**
 Westenwall 4
 59065 Hamm
 Telefon: +49 2381 9015-0
 info@dhs.de
www.dhs.de
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,**
 Ostmerheimer Straße 220
 51109 Köln
 Telefon: +49 221 89 92-0
 poststelle@bzga.de
www.bzga.de
 Dazu gehört auch:
 Bundesweite Sucht & Drogen Hotline
 Telefon: +49 1805 31 30 31
www.sucht-und-drogen-hotline.de/index.html
- **Deutscher Caritasverband e. V.**
 Fachbereich Suchthilfe
 Karlstraße 40
 79104 Freiburg
 Telefon: +49 761 200-0
 info@caritas.de
www.caritas.de
- **Gesamtverband für Suchthilfe e. V. (GVS)**
 Fachverband der Diakonie Deutschland
 Invalidenstraße 29
 10115 Berlin
 Telefon: +49 30 83 001 500
 gvs@sucht.org
www.sucht.org
- **Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband**
 Referat Rehabilitation und Gesundheit
 Oranienburger Str. 13-14
 10178 Berlin
 Telefon: +49 30 24636-0
www.der-paritaetische.de
www.der-paritaetische.de/startseite/online-beratung/beratungsstellen/suche/
- **Beratungsstellensuche:**
 Drogentherapie-Zentrum Berlin e. V.
 Nodrax Betreutes Wohnen
 Frankfurter Allee 40
 10247 Berlin-Friedrichshain
 Telefon: +49 30 2938 5102
 nodrax@dtz-berlin.de
www.drogentherapie-zentrum.de
- **FrauSuchtZukunft Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e. V.**
 Dircksenstraße 47
 10178 Berlin-Mitte
 Telefon: +49 30 282 41 38
 info@frausuchtzukunft.de
<http://www.frausuchtzukunft.de>
- **AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.**
 Heinrich-Albertz-Haus
 Blücherstr. 62/63
 10961 Berlin
 Telefon: +49 30 26309-0
 info@awo.org
www.awo.org

- **Deutscher Guttempler-Orden (I.O.G.T.) e. V.**
Adenauerallee 45
20097 Hamburg
Telefon: +49 40 24 58 80
info@guttempler.de
www.guttempler.de
- **Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.**
Postfach 1453
59004 Hamm
Telefon. +49 2381 4179-98
dg-sucht@t-online.de
www.dg-sucht.de
- **Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (BUSS)**
Wilhelmshöher Allee 273
34131 Kassel
Telefon: +49 561 77 93 51
buss@suchthilfe.de
www.suchthilfe.de
- **Fachverband Drogen und Suchthilfe e. V.**
Gierkezeile 39
10585 Berlin
Telefon: +49 30 854 004 90
mail@fdr-online.info
<http://fdr-online.info>
- **Fachverband Sucht e. V.**
Walramstraße 3
53175 Bonn
Telefon: +49 228 26 15 55
sucht@sucht.de
www.sucht.de
- **Fachverband Glücksspielsucht (fags) e. V.**
Meinderstraße 1a
33615 Bielefeld
Telefon: +49 521 557721-24
verwaltung@gluecksspielsucht.de
www.glucocksspielsucht.de
- **Fachverband Medienabhängigkeit e. V.**
c/o Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Telefon: +49 511 532 7350
info@fv-medienabhaengigkeit.de
www.fv-medienabhaengigkeit.de
- **Anonyme Alkoholiker (AA)**
Interessengemeinschaft e. V.
Postfach 11 51
84122 Dingolfing
Telefon: +49 8731 325 73-0
aa-kontakt@anonyme-alkoholiker.de
www.anonyme-alkoholiker.de
- **Bundesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe**
Untere Königsstr 86
34117 Kassel
Telefon: +49 561 78 04 13
mail@freundeskreise-sucht.de
www.freundeskreise-sucht.de
- **Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher (BVEK)**
Braunsbergstraße 23
48155 Münster
Telefon: +49 251 142 07-33
info@bvek.org
www.bvek.org
- **Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e. V.**
c/o Jürgen Heimchen
Ravensberger Str. 44
42117 Wuppertal
Telefon: +49 202 423519
info@akzeptierende-eltern.de
www.akzeptierende-eltern.de

- **Blaues Kreuz in Deutschland e. V.**
Schubertstraße 41
42289 Wuppertal
Telefon: +49 202 62003-0
bkd@blaues-kreuz.de
www.blaues-kreuz.de
- **Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Bundesverband e. V.**
Julius-Vogel-Straße 44
44149 Dortmund
Telefon: +49 231 586 41 32
bke@blaues-kreuz.org
www.blaues-kreuz.org
- **Kreuzbund e. V.**
Münsterstr. 25
59065 Hamm
Telefon: +49 2381 67 27 20
Kontaktformular: www.kreuzbund.de/de/kontakt-e-mail.html
www.kreuzbund.de/de/kreuzbund-startseite.html
- **Anonyme Spieler (GA) Interessengemeinschaft e. V.**
Bovestr. 41a
22043 Hamburg
Telefon: +49 40 209 90 09
verein@anonyme-spieler.org
www.anonyme-spieler.org
- **GamAnon – Angehörige Anonymer Spieler, Kontaktstelle**
Eilbeker Weg 20
22089 Hamburg
Telefon: +49 1805 10 40 11
info@gamanon.de
www.gamanon.de
- **Fachverband Glücksspielsucht e. V.**
Meindersstr. 1a
33015 Bielefeld
Telefon: +49 521 / 557721-24
verwaltung@gluecksspielsucht.de
www.glucksspielsucht.de
- **ANAD, Anorexia-Bulimia Nervosa e. V.**
Poccistr. 5
80336 München
Telefon: +49 89 21 99 73 – 0
kontakt@anad.de
www.anad.de
- **Cinderella, Selbsthilfe-Initiative für Essstörungen**
Westendstr. 35
80339 München
Telefon: +49 89 502 12 12
cinderellaberatg@aol.com
www.cinderella-rat-bei-essstoerungen.de
- **Overeaters Anonymous (OA)**
Heckenrosenweg 33-35
47804 Krefeld
Telefon: +49 176 34 40 55 55
kontakt@overeatersanonymous.de
<http://overeatersanonymous.de>
- **Bundesfachverband Essstörungen e. V.**
Pilotystraße 6 / Rgb.
80538 München
Telefon +49 151/58 85 07 64
bfe-essstoerungen@gmx.de
www.bundesfachverbandessstoerungen.de
- **Anonyme Sex- und Liebessüchtige (Deutschsprachige S.L.A.A. e. V.)**
The Augustine Fellowship
Postfach 18 01 68
60082 Frankfurt
info@slaa.de
www.slaa.de
- **Anonyme Sexaholiker (AS), AS Deutschland**
Postfach 1262, 76002 Karlsruhe, Telefon: +49 175 792 5113
info@anonyme-sexsuechtige.de
www.anonyme-sexsuechtige.de
- **Narcotics Anonymous (NA)**
Narcotics Anonymous Regions-Service
Komitee e.V. (NARSK e.V.), Postfach 11 10 10
64225 Darmstadt
info@narcotics-anonymous.de
www.narcotics-anonymous.de

In vielen Regionen werden von niedergelassenen Diplom-Psychologen lokale und regionale Selbsthilfegruppen unterstützt bzw. z. T. mit initiiert. Deshalb kann es sinnvoll sein, sich bei Fragen an folgende Adressen zu wenden:

- **Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.**
 Bundesgeschäftsstelle
 Am Köllnischen Park 2
 10179 Berlin
 Telefon: +49 30 209 166 600
 Kontaktformular: www.bdp-verband.org/kontakt/info.html
www.bdp-verband.org
- **Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPTV)**
 Am Karlsbad 15
 10785 Berlin
 Telefon: +49 30 2350090
 bgst@dptv.de
www.dptv.de
- **Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP)**
 Sektion Klinische Psychologie
 Sektionsgeschäftsstelle: Vorstandssekretariat
 Heike Gilles
 Kirchstraße 3 b
 56203 Höhr-Grenzhausen
 Telefon: +49 2624 94 277 40
 info@bdp-klinische-psychologie.de
www.bdp-klinische-psychologie.de
- **Verband Psychologischer Psychotherapeuten im BDP (VPP)**
 Bundesgeschäftsstelle
 Am Köllnischen Park 2
 10179 Berlin
 Telefon: +49 30 2063990
 info@vpp.org
www.vpp.org

- **Anregungen, Kritik, Informationen?**
 Bitte schreiben Sie an:
 Dipl. Psych. Werner Gross
 c/o Psychologisches Forum
 Bismarckstr. 98, 63065 Offenbach/Main
 oder
 Zum Schnepfenkopf 3, 63571 Gelnhausen
www.wernergross.com
 Mail: pfo-mail@t-online.de

Literatur

Alle genannten Links wurden am 18.11.2015 das letzte Mal abgerufen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2014). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland 2013. Köln

Carnes PJ (1987). Zerstörerische Lust: Sex als Sucht. Heyne

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: <http://www.dhs.de/datenfakten.html> (09.09.2015)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2014). Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015). Jahrbuch Sucht 2015. Lengerich: Pabst

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Drogen- und Suchtbericht 2013

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Drogen- und Suchtbericht 2015

Dittrich A. (1996). Ätiologie-unabhängige Strukturen veränderter Wachbewusstseinszustände. VWB Verlag, Berlin

Glaeske G, Schicktanz C (2012). BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. Siegburg: Asgard

Goldmedia (2013). Glücksspielmarkt Deutschland 2017. Berlin: Goldmedia

Hölling H, Schlack R (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 50 (5-6), 794-799 <http://www.a-connect.de/sucht.php>

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53075/Gemeinsamer-Bundesausschuss-will-Diamorphin-Behandlung-vereinfachen>

<http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/illegale-drogen/heroin.html>

<http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/suchtstoffuebergreifende-themen/selbsthilfe.html>

<http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-e/entzugserscheinung/>

<http://www.fv-medienabhaengigkeit.de/der-verband.html>

<http://www.neuroculturelab.com/portfolio/edelrausch-im-labor/>

<http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Netzwelt/d/4296126/alle-zwoelf-minuten-am-smartphone.html>

<http://www.onlinesucht.de/site2/index.php>

<http://www.onlinesucht.de/>

<http://www.suchtmittel.de/info/fernsehsucht/>

<http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/nahaufnahme-schick-mal-cannabis-rueber-1.2436154>

<http://www.unimedizin-mainz.de/index.php?id=5377>

Jellinek EM (1960). The disease concept of alcoholism. New Haven: Hillhouse

Körkel J, Lauer G (1988). Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik. In J. Körkel (Hrsg.), Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht? (S. 36–92). Berlin: Springer

Knopf H, Grams D (2013). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 56 (5), 868–877

Kraus L, Piontek D (2013). Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Sucht, 59 (6), 309–366

Norwood R (1986). Wenn Frauen zu sehr lieben. Die heimliche Sucht gebraucht zu werden. Reinbeck: Rowohlt

Pabst A, Piontek D, Kraus L, Müller S (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. Sucht, 56 (5), 327–336

Rosenkranz J. (31. Juli 2014). Das Gift, das sich durch Deutschland frisst. Stern, 32

Rumpf HJ, Meyer C, John U (2011). Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA): Ergebnisse und Ausblick, Bundesministerium für Gesundheit. Berlin

UNODC, World Drug Report 2013 (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6)

Weiterführende Literatur

Bleckmann P (2012) Medienmündig: wie unsere Kinder selbstbestimmt mit dem Bildschirm umgehen lernen. Klett-Cotta

Boyd D (2014) Es ist kompliziert: Das Leben der Teenager in sozialen Netzwerken. Redline Wirtschaft

Flassbeck J (2014) Ich will mein Leben zurück!: Selbsthilfe für Angehörige von Suchtkranken. Klett-Cotta, Stuttgart

<http://www.adrenalin-deals.com/blog/2013/09/19/die-10-gefährlichsten-extremsportarten/>

<http://www.bruecke-online.de/kaufsucht-2/>

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_5_Medikamente.pdf

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_4_Drogen.pdf

<http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/alkohol.html>

<http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/illegale-drogen/kokain.html>

<http://de.drugfreeworld.org/drugfacts/crystalmeth.html>

<http://drugscouts.de/de/lexikon/lsd>

<http://www.kenn-dein-limit.de/infomaterial/>

<http://kleptomanie.net/>

<http://www.kontrolliertes-trinken.de/>

<https://legal-high-inhaltsstoffe.de/de>

<http://www.rauchfrei-info.de/>

<http://www.suchtmittel.de/info/methadon/>

<http://www.suchtmittel.de/>

Jünger E (2013) Annäherungen: Drogen und Rausch. Klett-Cotta

- Körkel J (2013) Kontrolliertes Trinken: so reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum. Georg Thieme Verlag
- Kuntz H (2012) Haschisch. Konsum-Wirkung-Abhängigkeit- Selbsthilfe-Therapie. Beltz
- Mann K (Hrsg.) (2014) Verhaltensstörungen: Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention. Springer-Verlag
- Meyer G, Bachmann M (2011) Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. Springer-Verlag
- Schuhler P, Vogelgesang P (2011) Abschalten statt Abdriften: Wege aus dem krankhaften Gebrauch von Computer und Internet. Mit Online-Materialien. Beltz
- te Wildt B (2012) Mediälisation: von der Medienabhängigkeit des Menschen. Vandenhoeck & Ruprecht
- Teischel O (2014) Krankheit und Sehnsucht - Zur Psychosomatik der Sucht: Hintergründe-Symptome-Heilungswege. Springer-Verlag

Stichwortverzeichnis

A

Abführmittel 66, 92
 Abhängigkeit
 – körperliche 6
 – lebenslange 25
 – psychische 6
 Abstinenz 20
 Abstinenzunfähigkeit 23
 AIDS 33
 Alkohol 50
 – Folgeschäden 55
 – Schwangerschaft 54
 Alkoholdelir 56
 Alkoholentzug 56
 Alkoholismus 50
 Ambulante Hilfe 142
 Amotivationales Syndrom 36
 Amphetamin 43, 64
 Amygdala 82
 Anabolikum 71
 Angst 135
 Anonyme Alkoholiker 145
 Anorexia nervosa 90
 Antidepressivum 69
 Antisoziale Persönlichkeit 125
 Appetitzügler 65, 92
 Arbeitssucht 92
 – Hauptphasen 94
 – Varianten 94
 Arzneimittel
 – Abhängigkeit 61
 – psychotropen 61
 – Selbstmedikation 61
 Aufklärung 50
 Aufputschmittel 64

B

Baclofen 58
 Barbiturat 69
 Behandlungsstelle 142
 Belohnungsgedächtnis 83
 Belohnungssystem 82
 Beratungsstelle 142
 Beschaffungskriminalität 32, 49
 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) 29, 49
 Bewusstseinsveränderung 10
 Bewusstseinszustand 11
 Big Data 103
 Binge-Drinking 51

Binge-Eating 88
 Body Integrity Identity Disorder (BIID) 119
 Bulimie 89

C

Cannabis 36
 – Anhängigkeitspotential 37
 – Intoxikationspsychose 38
 Cannabis-Psychose 38
 Co-Abhängigkeit 130
 – Freundeskreis 133
 – Kinder 132
 – Kriterien 135
 – Phasen 131
 – Tipps 136
 Codein 34
 Coffee-Shop 38
 Crack 42
 Craving 7, 23, 31, 42–43, 58, 75, 83
 Crystal Meth 46
 Cyberspace 99, 103

D

Depression 135
 Dermatillomanie 116
 Designer-Droge 44
 Desomorphin 47
 Digital Native 104
 Diplom-Pädagoge 138
 Diplom-Sozialpädagoge 138
 Dom 48
 Dopamin 46, 65, 82, 124
 Doping 72
 Dosissteigerung 22–23, 32, 99
 Drogen 12
 – Gefahren, potentielle 29
 – illegale 29
 Drogenpsychose 43
 Drogenselbsthilfe-Einrichtung 144
 Drogentote 29

E

Ecstasy 45
 E-Mail 103
 Enabler 131
 Endorphine 81, 116, 120

Energy Drink 77
 Entwöhnung 23
 Entzugserscheinung 6, 20, 23
 Erregungsniveau 12
 Ess-Brech-Sucht 89
 Essstörung 88
 Esssucht 88
 – latente 89
 Extremsituationen 120
 E-Zigarette 75

F

Fachkrankenhaus 143
 Faking 105
 Familie 130
 Familienclown 133
 Fernsehsucht 101
 Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD) 55
 Fettleber 55
 Filmriss 53
 Fixer 32
 Fixer-Stube 34
 Flashback 11, 38–39
 Flush 30
 Freunde 130

G

Gebrauch 16
 Gelegenheitstrinker 52
 Genuss 16
 Gesellschaftlicher Abstieg 24
 Gewohnheit 16
 Gewöhnung 18
 Gewöhnungstoleranz 30
 Goldener Schuss 32

H

Halluzinogen 11, 39
 Halluzinogenrausch 39
 Handysucht 109
 Hasch-Brownie 38
 Haschisch 36, 38
 Heroin 31–32, 138
 – sauberes 143
 HIV 33
 – Postexpositionsprophylaxe 34

Hollandgras 38
 Horror vacui 102, 110
 Hypnotika 30
 Hypothalamus 82

I
 Infoholic 111
 Internet Gaming Disorder 101
 Internet-Sucht 102, 107
 Isolation 24

J
 Janusköpfigkeit der Sucht 28
 Johanniskraut 70

K
 Kaffee 76
 Kaufsucht 113
 Kind
 – Held/in 132
 – Maskottchen 133
 – Sündenbock 132
 – verlorenes 133
 Kleptomanie 114
 Kokain 41
 Kokain-High 41
 Komasaufen 51
 Konfliktlösung 16
 Kontaktladen 143
 Kontrolliertes Trinken 57
 Kontrollverlust 22, 99
 Körperlicher Zerfall 24
 Kosten
 – direkte 150
 – indirekte 150
 Kostenträger 151
 Krankenkasse 151
 Krokodil 47 Siehe Desmorphin

L
 Lebensstil 127
 Lebenswerte 121
 Leberzirrhose 55
 Legalisierung 50
 Leistungsgesellschaft 64
 Liebessucht 95
 Limbisches System 81, 124
 Interessenabsorption 24
 Lysergsäurediethylamid (LSD) 39

M
 Magersucht 90
 Magic Mushroom 40
 MAO-Hemmer 70
 Marihuana 36, 38
 Medienabhängigkeit 101
 Medikamentenabhängigkeit 59
 Medikamentenmissbrauch 62
 Methadon 34, 138
 Methadonprogramm 143
 Methamphetamin 46
 Methylphenidat 64
 Missbrauch 17
 Mobile and Internet Dependency Syndrome (MAIDS) 111
 Modell-Lernen 126
 Morbus Parkinson 48
 More-Effekt 23
 Morphin 31
 Münchhausen-by-proxy-Syndrom 119
 Münchhausen-Syndrom 119

N
 Nachhallpsychose 39
 Narzismus 126
 Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) 44
 Neuroleptikum 70
 Neurone 28
 Neurotransmitter 28, 81
 Nickname 104
 Nikotin 74
 Noradrenalin 46, 65, 70
 Nucleus accumbens 82

O
 Online-Sex 105
 Online-Sucht 102
 Opiat 30
 Opium 31
 Orale Gier 125
 Oxytocin 82

P
 Paraphylitiker 98
 PCP 48
 Peer-Group 126
 Persönlichkeitsstörung 130
 Polytoximanie 73
 Prävention 50

Problemtrinker 52
 Prostitution 32, 49
 Pseudo-Reife 132
 Psilocybin 40
 Psychiatrie 144
 Psychiatrischer Zerfall 24
 Psychologe 138
 Psychopharmaka 67

Q
 Quartalstrinker 53

R
 Rauchen 74
 Rausch 10
 Realitätsdiffusion 105
 Real-life-Treffen 104
 Rebirthing 81
 Reizhunger 127
 Ritalin 64
 Rückfall 25
 Rund-um-die-Uhr-Aktivismus 111
 Runner's-High 82

S
 Schlafmittel 68
 Schmerzmittel 63
 Schnüffelstoff 73
 Schwangerschaft 54
 Sedativa 30
 Selbsthilfegruppe 145
 Selbstmedikation 61
 Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) 70
 Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) 70
 Selincro 58
 Sensation Seeker 37
 Serotonin 45, 70, 82
 Sex-Sucht 97
 – Charaktere 97
 – Phasen 98
 Shisha-Bar 75
 Shopaholic 113
 Skin Picking 116
 Sleep-In 143
 Smartphone 110
 Sozialarbeiter 138
 Space Cake 38
 Spiegeltrinker 52

Spieleucht 84
– Phasen 86
Sportsucht 115
Steroide 71
Stimulanz 41, 64
Streetwork 142
Substanzabhängigkeit 6
Substanzmissbrauch 6
Substitutionstherapie 35
Sucht 16, 19
– Definition 6
– Ebenen 6
– Entstehung 124
– Erleben 6
– Forschung 148
– Frühkindliche Entwicklung 125
– Genetik 124
– Kosten 150
– stoffgebundene 81
– Stufen 16
Suchtentstehung 7
Suchtforschung 148
Suchtgedächtnis 83
Sucht-Gen 124
Suchtklinik 144
Suchtkrankenhelfer 139
Suchtkrankenhilfe 138
Suchtmittel
– stoffgebundene 28
Suchtziele 8
Symbolische Selbstergänzung 115

V

Verhalten
– abweichendes 17
– ausweichendes 17
– süchtiges 18

W

Wachstumskrise 62
Wernicke-Korsakow-Syndrom 56
Wiederholungszwang 23
Wohngruppe 144
Workaholic 92

Z

Z-Drug 68–69
Zentrierung 24
Zwang 121

T

Tagesklinik 144
Tee 76
Teilstationäre Einrichtung 144
Telefonsex 105
Tetrahydroisochinoline 125
Teufelskreis der Sucht 28
Toleranzentwicklung 6, 22
Tranquilizer 67
Trichotillomanie 117
Trinkertypen
– Gelegenheitstrinker 52
– Problemtrinker 52
– Quartalstrinker 53
– Spiegeltrinker 52
– Süchtiger Alkoholiker 52

U

Urschrei 81