



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Kai Wendt

Suchtmedizin für Nicht-Mediziner

Das Handbuch für die Suchthilfe

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

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

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

Schattauer

www.schattauer.de

J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Rotebühlstraße 77, 70178 Stuttgart

Fragen zur Produktsicherheit: produktsicherheit@klett-cotta.de

© 2025 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und

Data Mining i. S. v. § 44b UrhG vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von istock/simarik

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Martina Kunze

Projektmanagement: Ulrike Albrecht

ISBN 978-3-608-40208-7

E-Book ISBN 978-3-608-12516-0

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20739-2

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Inhalt

I. GRUNDLAGEN

1 Was ist Sucht?	19
1.1 Diagnostiksysteme: ICD und DSM	23
1.1.1 ICD-10	24
1.1.2 ICD-11	26
1.1.3 DSM-5®	27
1.2 Schädlicher Gebrauch bzw. schädliche Verhaltensstörung	29
1.3 Das Craving	30
1.4 Das Entzugssyndrom	33
1.5 Suchtentstehung	35
1.5.1 Droge	37
1.5.2 Person	38
1.5.3 Umwelt	38
1.6 Suchttherapie	39
1.6.1 Allgemeines	39
1.6.2 Die ersten Schritte: Kontakt, Information, Motivation	41
1.6.3 Entgiftungsphase	44
1.6.4 Entwöhnungsphase	49
1.6.5 Adaption	54
1.6.6 Weitere Möglichkeiten: Eingliederungshilfe	55
1.6.7 Nachsorgephase	56
1.7 Das Suchthilfesystem	57
1.8 Finanzierung der Suchtbehandlung	60
2 Substanzgebundene Süchte	63
3 Verhaltenssüchte	68
3.1 Allgemeines	68
3.1.1 Klassisches Konditionieren	69
3.1.2 Operantes Konditionieren	70
3.2 Glücksspielsucht	71
3.3 Computerspielsucht	73
3.4 Andere Verhaltenssüchte	74
3.5 Behandlungsstrategien	75

II. SUBSTANZEN

4	Alkohol	81
4.1	Grundlagen	81
4.2	Medizinische Fakten	85
4.3	Folgeschäden	89
4.3.1	Verdauungstrakt	90
4.3.2	Hormon- und Elektrolythaushalt	92
4.3.3	Herz und Gefäße	92
4.3.4	Neurologie und Psychiatrie	93
4.4	Die Entwicklung einer Abhängigkeit	95
4.5	Diagnostik	97
4.6	Entzugssyndrom	100
4.7	Akutbehandlung	101
4.8	Komplikationen im Entzug	103
4.8.1	Delir	104
4.8.2	Wernicke-Enzephalopathie	105
4.8.3	Elektrolytstörungen (Störungen der Blutsalze)	106
4.8.4	Blutdruckkrisen (Hypertonie)	106
4.8.5	Krampfanfälle	106
4.9	Alkohol in unserer Kultur	107
4.10	Alkohol in Lebensmitteln	109
5	Opiate (Heroin)	112
5.1	Grundlagen	112
5.1.1	Historischer Überblick	113
5.1.2	Epidemiologie	114
5.2	Medizinische Fakten	115
5.3	Folgeschäden	119
5.3.1	Reduzierter allgemeiner Gesundheitszustand	119
5.3.2	Abszesse	121
5.3.3	Zahnprobleme (Karies bis zum Verlust ganzer Zahnreihen)	121
5.3.4	Andere Infektionskrankheiten	122
5.3.5	Dissozialität und Kriminalität	122
5.3.6	Wiederholte Überdosierungen	124
5.4	Diagnostik	124
5.5	Entzugssyndrom	125
5.6	Akutbehandlung	129
5.6.1	Heroinentzug	131
5.6.2	Entzug vom Substitut	133
5.6.3	Entzug von opioidhaltigen Medikamenten	135
5.7	Beikonsumentgiftung	136
5.8	Komplikationen im Entzug	138

6 Cannabis	139
6.1 Grundlagen	140
6.2 Medizinische Fakten	142
6.3 Cannabis und Psychose	146
6.4 Diagnostik	148
6.5 Entzugssyndrom und Akutbehandlung	148
6.6 Cannabis als Medizin	150
6.7 Synthetische Cannabinoide	152
6.8 Folgen der Legalisierung 2024	154
7 Kokain	156
7.1 Grundlagen	156
7.2 Medizinische Fakten	157
7.3 Folgeschäden	159
7.4 Diagnostik	160
7.5 Entzugssyndrom	161
7.6 Akutbehandlung	161
8 Amphetamine	163
8.1 Grundlagen	163
8.2 Medizinische Fakten	165
8.3 Folgeschäden	167
8.4 Akutbehandlung	168
8.5 Sonderfall: »Ecstasy« (MDMA)	169
9 Halluzinogene	172
9.1 Grundlagen	172
9.2 Medizinische Fakten	174
9.3 Folgeschäden	177
9.4 Behandlungsstrategien	178
9.5 Bonus: Rauschdrogen in der medizinischen und psychotherapeutischen Anwendung	179
10 Tabak/Nikotin	180
10.1 Grundlagen	180
10.2 Medizinische Fakten	182
10.3 Folgeschäden	183
10.4 Entzugssyndrom	184
10.5 Behandlungsstrategien	184
10.6 E-Zigarette, Vapes und Shishas	187

11	Neue psychotrope Substanzen (»Legal Highs«)	189
11.1	Grundlagen	189
11.2	Substanzklassen	191
11.3	Juristische Situation in Deutschland	192
11.4	Folgeschäden	193
11.5	Behandlungsstrategien	194
12	Polytoxikomanie	195
13	Medikamentenabhängigkeit	197
13.1	Allgemeines	197
13.2	Benzodiazepine und Z-Drugs	198
13.3	Opioide	204
13.4	Pregabalin	209
13.5	Psychostimulanzien	211
13.6	Andere psychotrope Substanzen	212
13.6.1	Propofol	213
13.6.2	Ketamin	213
13.6.3	Dextrometorphan	213
13.6.4	Clomethiazol	214
13.6.5	Barbiturate	214
13.6.6	Chloralhydrat	214
13.6.7	Gamma-Hydroxybuttersäure bzw. Gamma-Butyrolacton	214
13.6.8	Antihistaminika	215
13.6.9	Antidepressiva	215
13.7	Substanzen ohne psychotrope Effekte	216
13.8	Behandlungsstrategien	218
13.9	Nicht bestimmungsgemäßer Konsum von Medikamenten in der Jugendkultur	218
13.10	Die Opioidkrise in den USA	220

III. KOMORBIDITÄTEN

14	Doppeldiagnosen: Abhängigkeit und psychiatrische Komorbidität	225
14.1	Allgemeines	226
14.2	Psychopathologie	227
14.3	Schizophrenie	231
14.4	Affektive Störungen	234
14.4.1	Depression	234
14.4.2	Bipolare Störung	235
14.5	Angststörungen	236
14.5.1	Phobie	237

14.5.2	Panikstörung	237
14.5.3	Generalisierte Angststörung	238
14.6	Persönlichkeitsstörungen	238
14.7	Traumafolgestörungen	244
14.8	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	246
14.9	Psychosomatik	248
14.10	Suizidalität	249
14.11	Epidemiologie	252
14.12	Entstehungskonzepte	253
14.13	Behandlung von Doppeldiagnosen	255
15	Somatische Krankheitsbilder	257
15.1	Hepatitis	257
15.2	Leberzirrhose	259
15.3	HIV und AIDS	261
15.4	Krampfanfälle und Epilepsie	263
15.5	Herz, Kreislauf und Gefäße	264
15.6	Polyneuropathie	266
15.7	Phlegmone, Abszesse und lokale Infektionen	267
15.8	Lungenerkrankungen	267

IV. BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

16	Medikamentöse Behandlungsstrategien	271
16.1	Psychopharmaka	272
16.1.1	Neuroleptika (Antipsychotika)	272
16.1.2	Antidepressiva	273
16.1.3	Phasenprophylaktika	274
16.1.4	Beruhigungs- und Schlafmittel, Anxiolytika	274
16.1.5	Psychostimulanzien	274
16.2	Medikamente in der Akutbehandlung	275
16.2.1	Medikamente zur Behandlung einer akuten Entzugssymptomatik	275
16.2.2	Medikamente zur Beruhigung im Entzug	276
16.2.3	Medikamente zur Prophylaxe von Komplikationen	279
16.3	Anti-Craving-Substanzen	280
16.3.1	Acamprosate (Campral®)	281
16.3.2	Naltrexon (Adepend®, Nemexin®)	281
16.3.3	Nalmefen (Selincro®)	282
16.3.4	Disulfiram (Antabus®)	282

17	Psychotherapeutische Behandlungsstrategien	284
17.1	Spezifische Therapie von Suchtkranken	285
17.1.1	Verhaltenstherapie	285
17.1.2	Tiefenpsychologische Therapie	286
17.1.3	Psychoanalyse	286
17.1.4	Systemische Therapie	287
17.1.5	Paar- und Familientherapie	287
17.1.6	Psychoedukation	287
17.1.7	Training sozialer Kompetenzen	288
17.1.8	Andere Therapien	289
17.2	Therapieziele	290
17.3	Suchttherapie mit Substitut	292
18	Alternative Behandlungsstrategien	294
18.1	Alternative Behandlungsmethoden im Entzug	294
18.2	Therapeutische Behandlungsalternativen	295
19	Schadensmindernde Maßnahmen (Harm Reduction)	298
20	Umgang mit Suchtkranken	301
20.1	Die Ambivalenz des Suchtkranken	302
20.2	Das Abstinenzparadigma	304
20.3	Motivational Interviewing	307
20.4	Übertragung und Gegenübertragung	309
20.5	Nähe und Distanz	311

V. SPEZIELLE THEMEN

21	Opioidgestützte Substitutionsbehandlung	317
21.1	Allgemeines	317
21.2	Vorschriften, Regeln und Gesetze	319
21.2.1	Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG)	321
21.2.2	Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV)	322
21.2.3	Die Richtlinien der Bundesärztekammer	322
21.2.4	Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung (MvV-Richtlinie)	323
21.2.5	Kontrollorgane	323
21.2.6	Verstöße und Strafverfahren	323
21.3	Substitutionsmittel	324
21.3.1	Methadon	325
21.3.2	Levomethadon (L-Polamidon®)	327
21.3.3	Buprenorphin (Subutex®, Buvidal®)	328
21.3.4	Buprenorphin-Depot (Buvidal®)	330

21.3.5	Buprenorphin/Naloxon (Suboxone®)	331
21.3.6	Retardiertes Morphin (Substitol®)	331
21.3.7	Diacetylmorphin (Diaphin®)	333
21.3.8	Codein und Dihydrocodein	334
21.3.9	Andere Substanzen	334
21.4	Umstellung	335
21.5	Dosiseinstellung	337
21.6	Ambulante Substitutionsbehandlung	339
21.6.1	Praxisorganisation	340
21.6.2	Vergaberegeln	340
21.6.3	Zusammenarbeit mit Apotheken	342
21.6.4	Dokumentation	343
21.6.5	Take-home	343
21.6.6	Urlaubsregelungen	344
21.6.7	Beikonsum	345
21.6.8	Beendigung der Therapie	346
22	Nachweis von Substanzen	348
22.1	Allgemeines	348
22.2	Probenmaterialien	348
22.2.1	Urin	348
22.2.2	Blut	349
22.2.3	Speichel	349
22.2.4	Schweiß	350
22.2.5	Haare	350
22.3	Analyseverfahren	350
22.3.1	Nachweis im Urin	351
22.4	Methoden der Verfälschung	357
23	Abhängigkeit und Schlaf	359
24	Juristische Aspekte	363
24.1	Gesetzliche Betreuung	363
24.1.1	Aufenthaltsbestimmung	364
24.1.2	Gesundheitsfürsorge	365
24.1.3	Vermögensverwaltung	365
24.1.4	Wohnungsangelegenheiten	365
24.2	Geschlossene Unterbringung und Zwangsbehandlung	365
24.3	Gesetze und Paragraphen	368
24.3.1	Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG)	368
24.3.2	Das Strafgesetzbuch (StGB)	370
24.4	Finanzierung der Suchtbehandlung	371

25	Geschlechtsspezifische Aspekte der Sucht	374
26	Schwangerschaft und Sucht	376
27	Konsum und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen	380
28	Sucht im Alter	383
29	Schmerzen und Sucht	386
30	Notfallsituationen	389

VI. BLICK ÜBER DEN TELLERRAND

31	Co-Abhängigkeit	393
32	Fahrtauglichkeit	396
33	Pharmakologisches Neuroenhancement und Doping	399

VII. ZUM NACHSCHLAGEN

34	Suchtmittellexikon	405
34.1	Alkohol	405
34.2	Amphetamine	406
34.3	Ayahwasca	407
34.4	Benzodiazepine	407
34.5	Cannabis	409
34.6	Ecstasy (MDMA, MDA, MDE u. a.)	410
34.7	Gammahydroxybuttersäure (GHB), Gammabutyrolacton (GBL)	411
34.8	Heroin	412
34.9	Ketamin	414
34.10	Kokain	414
34.11	Koffein	415
34.12	Kratom	416
34.13	Krokodil (»Crocodile«, Desomorphin)	416
34.14	Lachgas	417
34.15	LSD (Lysergsäurediethylamid)	417
34.16	Mescaline	418
34.17	Nikotin	419
34.18	Nitazene	419

34.19	Opioidhaltige Medikamente	420
34.20	Opium	421
34.21	Phencyclidin (PCP)	421
34.22	Pregabalin	421
34.23	Psilocybin	422
34.24	Schnüffelfstoffe	422
34.25	Spice (synthetische Cannabinoide)	422
34.26	Z-Drugs	423
35	Drogensprache	424
36	Sehenswerte Filme	432
37	Literaturempfehlungen	437

ANHANG

Abkürzungen	443
Literaturverzeichnis	446
Sachverzeichnis	455

Vorwort

Nun ist es mittlerweile gut acht Jahre her, seit ich den Text für mein erstes Buch »Suchthilfe und Suchttherapie« geschrieben habe – seitdem ist viel passiert. Einiges, was ich damals geschrieben habe, ist nicht mehr aktuell, auch fehlen aus meiner Sicht noch einige wichtige Themen. Also war es höchste Zeit für eine komplette Überarbeitung.

Bei dieser Gelegenheit habe ich nicht nur alle Themen aktualisiert und auf den neuesten Stand gebracht, sondern auch die gesamte Inhaltsstruktur neugestaltet. Einige Kapitel habe ich zusammengefasst, andere Themen sind deutlich umfangreicher geworden und haben ein eigenes Kapitel bekommen. So habe ich vor allem das Thema Therapie wesentlich ausführlicher und differenzierter vorgestellt, auch die Verhaltenssuchte werden nun in einem eigenen Kapitel abgehandelt. Die häufigsten Substanzen werden ausführlicher besprochen und sind um einige wichtige Drogen (Kokain, Halluzinogene, Nikotin) ergänzt worden. Außerdem sind noch ein paar wirklich gute Filme in das Kapitel über sehenswerte Filme am Ende hinzugekommen, wobei diese Liste lange noch nicht vollständig ist. Eine weitere, grundlegende Veränderung kam schließlich auch 2024 mit der Teillegalisierung von Cannabis. Welche konkreten Folgen dieses neue Gesetz allerdings für die Suchtszene hat, ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht absehbar.

Und schließlich habe ich noch einige komplett neue, aber sehr spannende Themen mitaufgenommen, wie Sucht im Kindes- und Jugendalter, Fahrtauglichkeit und pharmakologisches Neuroenhancement. Somit hat sich das gesamte Konzept des Buches verändert, so dass es erheblich umfangreicher geworden ist. Daher ist das vorliegende Werk auch keine zweite Auflage des alten Buches, sondern etwas Neues, Eigenes.

Bei all den Veränderungen war mir aber immer wichtig, die ursprüngliche Idee beizubehalten, nämlich ein Buch zu schreiben, das einen allgemeinen Überblick über die Suchtmedizin vermittelt, ohne zu viele medizinische Details oder ärztliches Spezialwissen einzubringen. Es sollte für medizinische Laien verständlich sein, meine Hauptzielgruppe sind nach wie vor hauptsächlich Nichtmediziner, die in der Suchthilfe tätig sind, und andere Personen, die sich für das Thema interessieren.

Gleichzeitig soll das Buch auch nicht zu oberflächlich sein und gezieltes Fachwissen vermitteln. So ist das Buch jetzt zwar deutlich umfangreicher als das alte, ich hoffe aber sehr, dass mein Konzept »kurz & knackig« dennoch aufgeht. Denn das aus meiner Sicht alles entscheidende Kriterium, das zumindest bei mir persönlich bestimmt, ob ich ein Buch (egal ob Fachbuch oder Belletristik) weiterlese oder nicht, ist: Es soll unterhalten. Ich will keine fachspezifische Abhandlung, die seitenlang nur irgendwelche Studien zitiert und sich in endlosen Fachbegriffen oder der Beschreibung neuroanatomischer Strukturen verliert – und ich am Ende nur noch Bahnhof verstehe. Ich möchte ein Buch für die praktische Anwendung, für den Alltag, für den täglichen Gebrauch, zum Nachschlagen, zum Stöbern und zum Entdecken. Das Lesen soll Spaß machen, ich

möchte unterhalten werden und ich möchte gerne in diesem Buch lesen. Und vor allem möchte ich nicht gelangweilt werden.

In diesem Sinne wünsche ich allen Leserinnen und Lesern, dass sie Spaß haben an diesem Buch und dass sie es gerne zur Hand nehmen und gerne darin lesen. Und vielleicht fühlen Sie sich ja sogar streckenweise ein wenig unterhalten, aber hoffentlich nicht gelangweilt!

Grömitz, im August 2025

Kai Wendt

Teil I

Grundlagen

1 Was ist Sucht?

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

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

Es stellt sich also die Frage, was genau eigentlich »Sucht« ist. Die Maßstäbe, die in der Allgemeinsprache, oder oftmals auch in den Medien, angelegt werden, scheinen nicht eindeutig festgelegt, sondern variieren sehr stark – je nachdem, mit wem ich mich unterhalte und um welche Substanz oder Tätigkeit es geht. Natürlich gibt es in den gängigen medizinischen Klassifikationssystemen, wie ICD und DSM klare Definitionen, wir werden aber noch sehen, dass auch diese Diagnosesysteme ihre Grenzen

haben und dass es auch in der Fachwelt durchaus unterschiedliche Ansichten zu diesem Thema gibt.

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

MERKE

Die Triebfeder allen menschlichen Verhaltens ist immer Lustgewinn und Unlustvermeidung.

Eigentlich ist es trivial: Wenn morgens um sechs der Wecker klingelt, wollen wir am liebsten den Wecker ausschalten, uns noch einmal auf die andere Seite legen, uns schön in die Decke einmummeln und nochmal eine Stunde weiterschlafen (= Lustgewinn). Wir wollen nicht aufstehen, im strömenden Regen mit dem Bus zur Arbeit fahren und dann vielleicht auch noch einen total stressigen Arbeitstag haben, weil wieder so viele Kollegen krank sind und der Chef auch noch schlecht gelaunt ist (= Unlustvermeidung). Das Gefühl kennt, glaube ich, jeder von uns, und das gilt – mehr oder weniger stark ausgeprägt – für fast alle Situationen im Alltag!

Und genau hier liegt der Ansatzpunkt zum Verständnis der Abhängigkeitserkrankungen: Das Verlangen nach Lust, der **Wunsch nach Rausch** – und zwar so oft wie möglich – ist eine ureigene menschliche Eigenschaft und sowohl Triebfeder als auch Motivation für viele unserer alltäglichen Handlungen. Diese Eigenschaft liegt ganz tief in unseren Gehirnen verwurzelt und zwar bei allen Menschen seit tausenden von Jahren! Allerdings gelingt es uns (Gesunden) zumeist, dieses Verlangen gewissen sozialen Normen und gesellschaftlichen Regeln unterzuordnen und auch aufzuschieben, bis sich eine entsprechende Möglichkeit bietet. Jeden Tag eine Tafel Schokolade würde uns sicherlich nicht guttun, die sexuellen Aktivitäten leben wir, zumindest die meisten von uns, nicht öffentlich aus, sondern wir warten, bis wir zu Hause sind. Ebenso wissen wir, dass eine ausgelassene Feier am Wochenende am nächsten Tag einen schlimmen »Kater« nach sich zieht, so dass wir versuchen, den Punkt abzuspassen, wann wir mit dem Trinken aufhören sollten.

All diese Dinge weiß der Suchtkranke natürlich auch, jedoch hat er die Kontrolle über seinen Suchtmittelkonsum verloren. Es gelingt ihm nicht mehr, rechtzeitig aufzuhören, wenn sich schädliche Folgen einstellen. Er konsumiert weiter – obwohl er weiß, dass sich die Leberwerte ständig verschlechtern und sein Hausarzt ihm schon gesagt hat, er würde sich »zu Tode saufen«, wenn er so weitermache, obwohl er schon

den Führerschein verloren hat, weil er betrunken angehalten wurde, und obwohl seine Frau ihn schon mit den Kindern verlassen hat. Der Drogenkonsument weiß, dass das erneute Spritzen von Heroin eine erhebliche Gesundheitsgefährdung (Infektionskrankheiten, Entzündungen an der Einstichstelle, Gefahr der Überdosis usw.) darstellt. Ebenso weiß er, dass er wieder in der Kriminalität landet, er wird das Geld für die Drogen wieder durch Einbrüche oder Überfälle beschaffen müssen, er wird wieder in Konflikt mit der Polizei und der Staatsanwaltschaft kommen und vielleicht auch wieder im Gefängnis landen. All das ist dem Suchtkranken klar – und dennoch macht er so weiter und kann eben nicht einfach aufhören.

Das wirkt auf Außenstehende oftmals »verrückt«, sie verstehen nicht, wieso derjenige nicht einfach mit dem Trinken oder dem Drogenkonsum aufhört, und unterstellen schnell einen »schwachen Willen« oder »Dummheit«. Mit beidem hat die Sucht, von der hier die Rede ist, nichts zu tun: Denn wenn dem so wäre, könnte der Betroffene ja tatsächlich einfach aufhören zu trinken, wir könnten unsere Entzugsstationen schließen und ich müsste mir einen neuen Job suchen.

Genau dieser Punkt ist es, der für viele Nichtbetroffene, und auch für einige Betroffene, am schwersten verständlich, geradezu widersinnig ist. Bei welcher anderen psychischen Erkrankung kann der Kranke denn schon selbst über seine Symptomatik entscheiden? Der Schizophrene kann sich nicht einfach überlegen, ab morgen keine Stimmen mehr zu hören. Der Depressive kann auch nicht herkommen und heute mal entscheiden »So, ab morgen bin ich nicht mehr depressiv«! Aber bei den Süchtigen stellen viele Menschen sich das oft ganz simpel vor, der Süchtige braucht doch einfach nur »Nein« zu sagen, der ist doch selbst schuld, wenn er so weitermacht!

Nun, so einfach ist es – wie immer Leben – natürlich nicht, es gibt nicht nur Schwarz und Weiß und es gibt auch nicht nur eine allgemeingültige Wahrheit. Wir wissen aber inzwischen, dass es im Gehirn des Suchtkranken tatsächlich messbare und beobachtbare Veränderungen auf Zellebene gibt, die beweisen, dass es sich durchaus um eine »echte« Krankheit handelt. Der Suchtkranke kann eben gerade nicht einfach mal so »Nein« sagen und mit dem Trinken oder dem Drogenkonsum aufhören, wie wir uns das vorstellen. Es ist keine Frage der Willenskraft, sondern eine schwere psychische Krankheit, vielleicht sogar die schwerste von allen.

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

einmal kurz alle Alltagssorgen verschwinden lassen und einfach nur glücklich und zufrieden sein ...? Rausch ist geil! Wer etwas anderes behauptet, lügt! So gesehen hat der Drogenkonsum also auch immer etwas sehr Positives – sonst würde es doch auch keiner machen, oder?

MERKE

Rausch ist geil! Sonst würde doch niemand Drogen nehmen!

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

MERKE

Sucht kann jeden treffen! Niemand hat sich absichtlich dafür entschieden, süchtig zu sein!

Letztlich ist das auch der Grund, warum der Mensch schon immer Drogen konsumiert hat und auch weiterhin konsumieren wird. Die Vorstellung einer drogenfreien Gesellschaft ist völlig utopisch und absolut unrealistisch. Es wird immer Menschen geben, die sich ihren Rausch über den Konsum gewisser Substanzen zuführen, sei es auf legalem oder illegalem Wege. Und wie sich auch in unserer Gesellschaft zeigt, hindert es die Menschen nicht daran, ein Rauschmittel zu konsumieren, selbst wenn es für illegal erklärt wird sowie Besitz und Handel mit hohen Strafen belegt sind. Ein oft bemühtes, aber doch passendes Beispiel ist die Zeit der Alkoholprohibition in den USA von 1920 bis 1933. In dieser Zeit waren Herstellung, Transport und Verkauf von Alkohol unter hohen Strafen verboten. Aber hat es die Menschen dazu bewegt, keinen Alkohol mehr zu trinken? Nein, natürlich nicht! Die Menschen weichen dann auf illegale Vertriebswege aus, aber weiter konsumiert wird trotzdem! Andersherum hat sich allerdings auch gezeigt, dass sich das Konsumverhalten nicht wesentlich verändert, wenn eine bislang illegale Substanz, wie z. B. Cannabis, legalisiert wird oder die Strafen erleichtert werden. Das ganze Dilemma mit der prohibitiven Drogenpolitik ist jedoch viel zu komplex, um es an dieser Stelle zu diskutieren, im Moment merken wir uns einfach:

MERKE

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

Sie merken es schon, in diesem Buch liegt der Schwerpunkt auf den sog. substanzgebundenen Süchten, demgegenüber stellt man allgemein die »Verhaltenssüchte«. Zwar lassen sich einige Aspekte von Substanzabhängigkeit auch auf bestimmte Verhaltenssüchte übertragen, dennoch scheint es, auch aus anderen Gründen, sinnvoll, diese zu trennen. Außerdem ist sich die Fachwelt in der grundsätzlichen Kategorisierung der Verhaltenssüchte immer noch nicht so richtig einig: So gibt es z. B. zahlreiche Experten, die das pathologische Glücksspiel (»Spielsucht«) als »Impulskontrollstörung« einordnen und nicht als Sucht im engeren Sinne. Wie dem auch sei, ich habe neben den substanzgebundenen Süchten in diesem Buch auch den Verhaltenssüchten ein eigenes Kapitel gewidmet (vgl. → Kap. 3).

Grundsätzlich aber kann man jedes menschliche Verhalten »süchtig« betreiben, dabei ist die Grenze zu »normalem« oder »noch gesundem« Verhalten oftmals fließend. Im Allgemeinen wird auch hier die Grenze dort gezogen, wo durch das Verhalten andere wichtige Lebensbereiche, z. B. Schule, Beruf, Familie, Finanzen, Gesundheit, beeinträchtigt werden. Anhand dieser eigentlich ganz einfachen Definition gelingt es überraschend oft, zumindest auf den ersten Blick grob einzuschätzen, ob es sich noch um »normales« Verhalten handelt oder schon um »problematisches Verhalten«. Erschwert wird dies oftmals durch eine stark ausgeprägte Bagatellisierungstendenz der Betroffenen, die nicht immer in einer bösen Absicht begründet liegt, sondern manchmal auch einfach als Selbstschutzmechanismus fungiert. Wir kommen im Kapitel »Umgang mit Suchtkranken« (→ Kap. 20) noch etwas ausführlicher auf dieses Thema zu sprechen.

1.1 Diagnostiksysteme: ICD und DSM

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

regelmäßigen Abständen aktualisiert. Im Januar 2022 ist die neueste Version ICD-11 in Kraft getreten, es gilt aber noch eine Übergangsfrist von fünf Jahren, in der auch noch die vorherige Version ICD-10 gültig ist. Es gibt auch bei den Abhängigkeitserkrankungen im ICD einige Veränderungen, so dass wir uns an dieser Stelle beide Diagnosenkataloge anschauen werden. Und als Drittes werden wir uns dann noch mit dem DSM («Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» = diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen) beschäftigen, das in den USA Verwendung findet und aktuell in der fünften Version (**DSM-5®**) vorliegt (APA 2015).

Vorab möchte ich noch einmal kurz das Thema »Diagnosestellung« aufgreifen. Für uns Praktizierende ist es relativ egal, wie man die Erkrankung genau nennt, für uns ist wichtig, wie wir dem Menschen helfen können – unabhängig von irgendwelchen diagnostischen Kriterien. Dennoch ist es aus mehreren Gründen oft hilfreich, wenn man dem Ganzen einen richtigen Namen geben kann. Auf der einen Seite sind es immer abrechnungstechnische Gründe oder es ist schlichtweg die Tatsache, dass der Betroffene eine bestimmte Diagnose (wie eben eine Abhängigkeitserkrankung) einfach haben muss, damit er bestimmte Hilfesysteme (wie z.B. die Eingliederungshilfe) in Anspruch nehmen kann. Auf der anderen Seite bedeutet so ein kategoriales System auch immer das Einsortieren in Schubladen, und solche Diagnosesysteme können die Realität oft nicht exakt abbilden, das sieht man z.B. auch sehr gut an dem Konstrukt der Schizophrenie.

Nicht zuletzt sind diese Diagnostiksysteme auch relevant für Morbiditäts- (wie häufig sind bestimmte Erkrankungen?) und Mortalitätsstatistiken (Todesursachenstatistik), hier brauchen wir eindeutige Kategorien. Auch für die Forschung und wissenschaftliche Studien muss es klare Kriterien geben, damit ich vernünftig auswerten kann. Unter diesen Aspekten sind auch die folgenden Ausführungen zu sehen. Es macht auf jeden Fall Sinn, die aktuellen Diagnosekataloge zu kennen, inwieweit sich die therapeutischen Maßnahmen danach ausrichten, mag jeder Einzelne für sich selbst entscheiden.

1.1.1 ICD-10

Die ICD trennte traditionell die **Abhängigkeitserkrankung** vom »schädlichen Gebrauch«. Oft wird auch das Wort »Missbrauch« verwendet, was ich persönlich sehr problematisch finde. Auch das lateinische Wort dafür, Abusus, ist nicht wesentlich besser. Ich bin der Meinung, dass wir – vor allem im professionellen Setting – das Wort »Missbrauch« im Zusammenhang mit Substanzkonsum nicht mehr gebrauchen sollten, da es irreführend ist und auch eigentlich nur negative Assoziationen hervorruft, genau das wollen wir im Umgang mit Suchtkranken ja nicht. Wir wollen wertfrei und nicht beurteilend mit den Menschen in Kontakt kommen, da sind solche Begriffe eher hinderlich als hilfreich.

Der Ausdruck »schädlicher Gebrauch« in der ICD-10 ist ebenfalls nicht ganz unpro-

blematisch (ab wann genau ist denn ein Konsum schädlich?), trifft den Kern der Sache aber eigentlich ganz gut. In der ICD-10 wird die Diagnose »**schädlicher Gebrauch**« beschränkt auf eine »Gesundheitsschädigung durch psychotrope Substanzen«, also z. B. eine Hepatitis durch »Spritzentausch« bei i. v. Drogenkonsum oder eine depressive Störung im Rahmen von massivem Alkoholkonsum. Im Allgemeinen, und aus meiner Sicht auch wesentlich sinnvoller, fasst man die Definition aber weiter, so dass man auch von einem »schädlichen Gebrauch« spricht, wenn der Substanzkonsum ganz allgemein einen negativen Einfluss auf das Leben des Betroffenen hat. Neben den körperlichen oder psychischen Folgeschäden gibt es z. B. Probleme im beruflichen Bereich oder im privaten Umfeld mit den Angehörigen oder Freunden, es gibt Konflikte mit dem Gesetz durch Straftaten (»Beschaffungskriminalität«) oder anderweitige Probleme (z. B. Führerscheinverlust).

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

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

Dem aufmerksamen Lesenden wird sicherlich aufgefallen sein, dass hier ausschließlich von »psychotropen Substanzen« die Rede ist, die Verhaltenssüchte tauchen hier also gar nicht auf.

Viel weiter hinten in der ICD-10 finden wir unter dem Kapitel F5 »Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen« den »Missbrauch von nicht abhängigkeits-erzeugenden Substanzen«, wie z. B. Abführmittel, Entwässerungsmittel, Hormone usw. Mit diesem speziellen Thema werden wir uns später noch einmal ausführlicher beschäftigen (vgl. → Kap. 13.7). Pathologisches Glücksspiel finden wir nochmal in einem ganz anderen Abschnitt (F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) neben Pyromanie (pathologische Brandstiftung) und Kleptomanie (pathologisches Stehlen). Alle weiteren Verhaltenssüchte werden dann in einer Restekategorie als »Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle« (F63.8) zusammengefasst. Es geht also schon ein bisschen drunter und drüber, es war damit höchste Zeit, das Konzept zu überarbeiten!

1.1.2 ICD-11

Zu dem Zeitpunkt, als ich diesen Satz schrieb, lag die deutsche Version der ICD-11 lediglich in einer »Entwurfsfassung« vor, die aus lizenzrechtlichen Gründen noch nicht nutzbar war. Da die ICD-11 aber schon offiziell von der WHO verabschiedet wurde, wird sich inhaltlich nichts mehr ändern, lediglich die deutsche Übersetzung wird ggf. nochmal überarbeitet. Und da sie auch mit Sicherheit kommen wird (spätestens nach der Übergangsphase 2027), schauen wir uns den Abschnitt zu den Abhängigkeitserkrankungen trotzdem schon mal an.

Schon gleich bei der Überschrift fallen mehrere grundlegende Neuerungen auf: »Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssuchte«. Zum einen heißt es nicht mehr »psychotrope Substanzen«, sondern nur allgemein »Substanzgebrauch«, wodurch sich nun hier auch bestimmte sich wiederholende belohnende und verstärkende Verhaltensweisen abgebildet werden können, die so in der ICD-10 gar nicht vorkommen. Zum anderen haben wir jetzt auch die Verhaltenssuchte zusammen in einem Abschnitt, mit diesen hat sich die ICD-10 ziemlich schwergetan (vgl. → Kap. 1.1.1).

Auch sonst hat sich die Struktur komplett verändert: Es gibt zunächst drei Oberkategorien: Episode des schädlichen Gebrauchs, schädliches Verhaltensmuster und Abhängigkeit, außerdem noch Intoxikation, Entzug, Delir und psychotische Störung, das hat sich nicht verändert. Die erste Kategorie »**Episode des schädlichen Gebrauchs**« ist komplett neu und bezeichnet eine nur einmalige Episode, »die zu einer Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit einer Person oder zu einem Verhalten geführt hat, das die Gesundheit anderer schädigt«. Die Formulierung ist deswegen interessant, weil es hier erstmals nicht nur um den Schaden geht, den die betreffende Person bei sich selbst anrichtet, sondern hier ist explizit auch von einer Gesundheitsschädigung anderer die Rede. Diese Kategorie wurde eingeführt, um etwas Spielraum zu haben, wenn nur kleine, einfache Kurzinterventionen sinnvoll sein können.

Die nächste Kategorie »**Schädliches Verhaltensmuster**« impliziert schon intensivere Interventionen, es handelt sich also nicht nur um einen einmaligen Konsum. Hier wird noch weiter unterschieden zwischen episodischem und kontinuierlichem Konsum, wobei der episodische Konsum über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten, der kontinuierliche Konsum über einen Monat erfolgt sein muss.

In der bekannten Diagnose »**Abhängigkeit**« wurden die Merkmale von zuvor sechs in der ICD-10 auf jetzt drei zusammengefasst, von denen zwei über einen Zeitraum von zwölf Monaten bestehen müssen. Inhaltlich hat sich dabei nichts verändert, man hat nur jeweils zwei Kriterien zu einem Kriterienkomplex zusammengefasst. Allerdings kann jetzt bei der Abhängigkeit noch weiter unterscheiden zwischen vier Subkategorien:

1. »**Gegenwärtiger Gebrauch**«: Konsum im letzten Monat
2. »**Frühe Vollremission**«: Abstinenz über einen Zeitraum von ein bis zwölf Monaten
3. »**Anhaltende Teilremission**«: Über einen Zeitraum von mehr zwölf Monaten ist der Konsum so weit zurückgegangen, dass die Kriterien für eine Abhängigkeit nicht mehr erfüllt sind.
4. »**Anhaltende Vollremission**«: Abstinenz über mehr als zwölf Monate

Dieses System scheint auf den ersten Blick etwas kompliziert, aber es ermöglicht eine weitaus differenziertere Abstufung als das bisher in der ICD-10 möglich war. Kritiker sagen, dass die Schwelle zur Diagnose einer Abhängigkeit dadurch gesunken sei und somit deutlich mehr Abhängigkeitsdiagnosen gestellt werden würden. Was das wirklich für einen Einfluss auf unser Suchthilfesystem haben wird, lässt sich derzeit noch nicht sagen, wie gesagt ist die ICD-11 zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in relevantem Umfang in Gebrauch.

Allerdings ist auch erfreulich, dass der Katalog der psychoaktiven Substanzen den aktuellen realen Gegebenheiten angepasst wurde und von bisher neun auf jetzt 14 Substanzgruppen erweitert, so finden wir z.B. auch eine Kategorie für die synthetischen Cannabinoide, für Ketamin (Dissoziativa), MDMA oder synthetische Cathinone.

Wie bereits erwähnt, sind nun auch die Verhaltenssuchten bei den Süchten untergebracht, was inhaltlich durchaus Sinn macht. Konkret benannt sind hier allerdings nur die Glücksspielsucht und die Computerspielsucht, beide nochmal unterschieden in offline oder online. Kleptomanie und Pyromanie sind unter »Störungen der Impulskontrolle« zu finden. Alle anderen Verhaltenssuchten müssen dann wieder irgendwo unter »Sonstiges« untergebracht werden.

1.1.3 DSM-5®

In den USA ist bekanntlich immer alles ein wenig anders, somit ist es nicht verwunderlich, dass die Amerikaner ihr eigenes Klassifikationssystem, das DSM (»Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« = diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen), haben. Interessant ist dabei, dass sich die Klassifikation der Abhängigkeitserkrankungen zwischen der ICD-10 bzw. -11 und dem DSM-5® grundsätzlich unterscheidet, wobei die Amerikaner einen sehr innovativen Weg eingeschlagen haben.

So wird die seit Jahrzehnten bestehende Abgrenzung zwischen Abhängigkeit, Missbrauch, schädlichem Gebrauch usw. zugunsten einer einzigen Diagnose mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden aufgehoben. Man spricht dann nur noch von einer **»Substanzgebrauchsstörung«** (»substance use disorder«), die entweder mittelgradig (»moderate«) oder schwer (»severe«) ausgeprägt sein kann. Das soll durch explizite Vermeidung von Wörtern wie »Sucht« oder »Abhängigkeit« zur Entstigmatisierung der Betroffenen beitragen. Auch die Alltagserfahrung zeigt, dass es sich bei den Konstrukten »Sucht« und »schädlicher Gebrauch« (oder »Schädliche Verhaltensstörung« in der ICD-11) nicht um zwei völlig getrennte Krankheitsbilder handelt, sondern eher um zwei unterschiedlich ausgeprägte Abstufungen auf dem gleichen Kontinuum. Nach diesem Verständnis handelt es sich also lediglich um verschiedene Aspekte innerhalb des gleichen Störungsspektrums. Und in der Tat ist es gelegentlich sehr schwer, einen schädlichen Gebrauch von einer manifesten Abhängigkeit zu trennen.

Insgesamt werden für die Substanzgebrauchsstörung elf Kriterien benannt, von denen mindestens zwei über einen Zeitraum von zwölf Monaten erfüllt sein müssen. Bei zwei bis drei erfüllten Kriterien handelt es sich um eine moderate Störung, ab vier Kriterien liegt eine schwere Ausprägung vor. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Kriterien (nach Rumpf u. Kiefer 2011), von denen uns einige bereits aus der ICD-Definition bekannt vorkommen:

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

Nun mag der Ausdruck »Substanzgebrauchsstörung« vielleicht etwas sperrig und dadurch wenig alltagstauglich erscheinen, aber das dahinterstehende Konzept bildet die Realität eigentlich viel genauer ab und manch einer hätte sich eine Aufhebung dieser strikten Abgrenzung zwischen Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch auch in der ICD gewünscht ... Wie auch immer, jetzt ist es so, wie es ist, vielleicht wird das in der ICD-12 ja nochmal geändert ...

Bei den Verhaltenssüchten tut sich das DSM-5® allerdings auch wieder sehr schwer, es gibt nicht wie in der ICD-11 eine einheitliche Kategorie. Stattdessen sind sie über drei Kapitel verteilt: Es gibt ein Kapitel zu »Obsessive-compulsive and related disorders« (etwa »Zwangsstörung und verwandte Störungen«), dort finden sich neben den Zwangsstörungen auch bestimmte Verhaltenssüchte, wie z. B. die »Hoarding Disorder« (pathologisches Horten). Kleptomanie und Pyromanie finden sich im Kapitel »Disruptive, impulse-control and conduct disorders« (etwa »Impulskontrollstörung und andere Verhaltensstörungen«) und die »Internet Gaming Disorder« taucht nur ganz am Schluss in der Kategorie »Condition for further study« (etwa »Vorgemerkt für weitere Untersuchungen«) auf. Hier hat also die neue ICD-11 doch eindeutiger und klarere Verhältnisse geschaffen.

1.2 Schädlicher Gebrauch bzw. schädliche Verhaltensstörung

Auch wenn die Herangehensweise des DSM-5® mit ihrer Substanzgebrauchsstörung viel eleganter ist als die strikte biaxiale Teilung von Abhängigkeit und schädlicher Verhaltensstörung in der ICD-11, so möchte ich im Folgenden doch bei der uns bekannten Denkweise bleiben, nicht zuletzt auch deswegen, weil für uns in Deutschland die ICD-10 bzw. ICD-11 letztlich verbindlich ist. Ich möchte jetzt noch einmal gemeinsam mit Ihnen dieses für uns als Nichtbetroffene so schwer nachvollziehbare Suchtverhalten etwas genauer anschauen, um daraus vielleicht ein besseres Verständnis für diese Menschen abzuleiten.

Die ICD macht es uns da relativ einfach: Alles, was nicht klar Abhängigkeit (mit den klar definierten Kriterien) ist, ist schädlicher Gebrauch, bzw. schädliche Verhaltensstörung in der ICD-11. Aber was genau bedeutet das eigentlich? Wo genau liegt der »Schaden«? Und ab wann ist ein Verhalten wirklich »schädlich«? Und was ist noch »normal«?

Wie wir vorher schon besprochen haben, ist es durchaus sinnvoll, hier eine klare Diagnose zu haben, denn davon hängt unter anderem auch die Intensität der Interventionen ab. In der ICD-11 heißt es da zum Thema »Schädliches Verhaltensmuster«: »Ein Verhaltensmuster bei Gebrauch von Alkohol, das die körperliche oder geistige Gesundheit einer Person geschädigt hat oder zu einem Verhalten geführt hat, das die Gesundheit anderer schädigt [...] Die Gesundheitsschädigung der Person ist auf einen oder mehrere der folgenden Punkte zurückzuführen: (1) Verhalten im Zusammenhang mit der Intoxikation; (2) direkte oder sekundäre toxische Wirkungen auf die Organe und Systeme des Körpers; oder (3) eine schädliche Art der Verabreichung. Die Schädigung der Gesundheit anderer umfasst jede Form von körperlicher Schädigung, einschließlich Trauma, oder psychischer Störung, die direkt auf das Verhalten im Zusammenhang mit der Alkoholintoxikation der Person zurückzuführen ist, auf die die Diagnose Schädlicher ›Alkoholgebrauch‹ zutrifft.«

Also gut, jetzt wird's interessant: Im zweiten Teil wird noch etwas präzisiert, wodurch diese gesundheitliche Schädigung verursacht werden könnte:

1. Verhalten im Zusammenhang mit der Intoxikation (z. B. ein verursachter Verkehrsunfall durch das sorglose Überqueren einer Schnellstraße im LSD-Rausch)
2. direkte oder indirekte Schädigung der Organe oder Körpersysteme (z. B. die direkte Schädigung des ganzen Körpers durch das Zellgift Alkohol)
3. schädliche Art der Verabreichung (z. B. Infektionskrankheiten durch i. v. Konsum)

Die Formulierung wurde (wie auch schon in der ICD-10) bewusst so vage gehalten, da es – wie wir oben gesehen haben – ganz unterschiedliche Konsumformen, -arten und -verhaltensweisen gibt, die schwer unter einem Sammelbegriff zusammenzufassen wären. Durch so eine absichtlich offene Formulierung ist es eben möglich, all diese verschiedenen Konsummuster doch zu erfassen. Und die Grenze zwischen »normal« und »noch gesundem« Verhalten ist auch oftmals fließend. Erschwert wird die Diagnostik sowieso häufig durch eine stark ausgeprägte Bagatellisierungstendenz der

Betroffenen, die gar nicht immer in einer bösen Absicht begründet liegt, sondern manchmal auch einfach als Selbstschutzmechanismus fungiert. Sich selbst einzustellen, süchtig zu sein, ist schon ein ganz schön schwerer Schritt, für den viele Betroffene oft einfach sehr lange brauchen.

MERKE

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

1.3 Das Craving

Die früher übliche Unterscheidung zwischen »körperlicher« und »psychischer« Abhängigkeit ist heutzutage eher nicht mehr gebräuchlich, unter anderem weil der Begriff »psychische Abhängigkeit« suggerieren könnte, es handele sich nicht um eine tatsächliche Krankheit, sondern lediglich um eine »schlechte Gewohnheit«, die mit entsprechender Willenskraft ganz einfach abzustellen wäre. Aber gerade die eingeschränkte willentliche Steuerung des Konsums ist ein Kernkriterium der Abhängigkeitserkrankungen, so dass man eine psychische Abhängigkeit eigentlich bei allen Suchterkrankungen feststellen kann.

Die Einteilung in psychisch und in körperlich abhängig machende Substanzen rührt vielleicht ursprünglich vom Ausmaß des körperlichen Entzugssyndroms her. Da gibt es Substanzen, die einen heftigen körperlichen Entzug machen (z.B. Alkohol und Heroin), andere Substanzen machen demgegenüber nur eher schwache körperliche Entzugssymptome (z.B. Kokain und Amphetamin). Dafür sind aber die psychischen Symptome im Entzug umso ausgeprägter. Wir werden uns das im zweiten Abschnitt des Buches bei den einzelnen Substanzen noch etwas genauer anschauen.

An dieser Stelle wollen wir uns aber das Phänomen des »Cravings«, also das Verlangen nach dem Suchtmittel – umgangssprachlich oft als »Suchtdruck« bezeichnet – etwas genauer betrachten. Viele Suchtkranke beschreiben Craving als ein unglaublich starkes, alles andere überdeckendes Gefühl, das die ganze Umwelt um den Betroffenen herum in den Hintergrund treten lässt. In diesem Moment gibt es nur noch die Droge und sonst nichts mehr. Von einigen wird das Gefühl auch als eine Art **Zwang** geschildert: »Ich muss jetzt konsumieren und kann nichts dagegen tun.« Dieses Gefühl wird immer stärker, bis alle Bedenken und Vorbehalte völlig verschwunden sind. Der Therapiewunsch, der vor fünf Minuten noch ganz stark war, wird ebenso unwichtig wie die Sorge um Spritzenabszesse, heftige Entzugsbeschwerden oder eine anstehende Haftstrafe. Selbst die Patienten, die bereits schwere körperliche Einschränkungen

durch den Konsum oder hohe Haftstrafen hinter sich haben, erliegen dann doch immer wieder dem Craving. Wenn man sich dies von Betroffenen schildern lässt, bekommt man schnell das Gefühl, dieses Craving ist eine unbezwingbare, unfassbar starke Macht, die alles andere, was es in der Welt gibt, verschwinden lässt und niemals auch nur irgendeine andere Handlungsalternative auch nur ansatzweise möglich macht. In Ermangelung eines besseren Vokabulars nennen viele Abhängigkeitskranke dies auch schlichtweg »Dummheit«.

Das ist schon ganz schön beängstigend: Die Sucht ist stärker als jegliches logische Denken, stärker als der gesunde Menschenverstand, stärker als Liebe, Wut, Angst und alle anderen Emotionen, die es gibt. Und wenn man dieses Bild im Kopf behält, fällt es vielleicht auch etwas leichter, zu verstehen, wie schwer es für die Betroffenen ist, davon wegzukommen. Diesem Craving zu widerstehen, erfordert einen unfassbaren Kraftakt, eine unglaubliche Anstrengung, wozu man auch erst einmal überhaupt innerlich bereit sein muss.

CRAVING IM KINOFILM »TRAINSPOTTING«

Der äußerst sehenswerte Film **»Trainspotting«** (Großbritannien 1996; → Sehenswerte Filme, Kap. 36) stellt dieses Craving in einer wunderbaren Szene, die als »Tauchgang im Klo« bekannt wurde, ganz hervorragend filmisch dar.

Der heroinabhängige Protagonist Renton war gerade bei seinem Drogendealer, der aber statt Heroin nur zwei Morphiumzäpfchen für ihn hatte. In Ermangelung von etwas Besserem verabreicht er sich diese gleich und geht anschließend eine verlassene Straße in Edinburgh entlang, als so langsam die Wirkung der letzten Heroin-dosis nachlässt. Aus dem Off kommentiert er trocken: »Heroin macht Verstopfung ... Jetzt habe ich keine Verstopfung mehr ...«. Auf der Suche nach einer öffentlichen Toilette landet er an einem Ort, den er selbst als »Schottlands schlimmste Toilette« betitelt. Ich möchte auf eine detaillierte Beschreibung dieser Toilette hier verzichten ... Jedenfalls kann unser Protagonist endlich seinen Darm erleichtern, merkt jedoch zu spät, dass zusammen mit dem »Geschäft« auch die zwei Morphiumzäpfchen in der Kloschüssel gelandet sind (weil sie sich ja in der kurzen Zeit noch nicht aufgelöst hatten!).

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

So absurd und surreal diese Szene auf den ersten Blick erscheinen mag, so treffend und überaus realistisch stellt sie das Craving des Suchtkranken dar: Um an sein Suchtmittel zu kommen, überwindet Renton allen Ekel, alle Abscheu und nimmt es wohlwollend in Kauf, in einer mit Fäkalien völlig überschwemmten Kloschüssel nach den Zäpfchen zu fischen. In Erwartung der Drogenwirkung erscheint ihm kein

Hindernis zu groß, kein Ekel zu abstoßend, so dass er sogar gleich in diese Fäkalien-schüssel eintauchen möchte, nur um an sein Rauschmittel zu kommen. Und je tiefer er taucht, desto klarer und reiner wird das Wasser, desto größer und wunderbarer wird die erwartete Drogenwirkung sein. Der in greifbarer Nähe liegende Rausch durch die Droge wird größer sein als alle Unwägbarkeiten und Unannehmlichkeiten auf dem Weg dorthin.

In der Fachliteratur wird auch manchmal noch das »Wanting« vom »Linking« unterschieden. Dabei ist mit »Liking« die lustorientierte Erwartung der Drogenwirkung (wir erinnern uns: Lustgewinn) gemeint, während mit »Wanting« eher das zwanghafte Verlangen ohne Genuss gemeint ist. Damit bekommt das bereits oben beschriebene Craving zwei unterschiedliche Dimensionen, was wiederum therapeutisch nutzbar gemacht werden kann.

Außerdem ist das Handeln in Bezug auf längerfristig ausgelegte Ziele bei Suchtkranken häufig geschwächt oder reduziert. Eine eventuell erst spätere Belohnung (z. B. die dauerhafte Abstinenz mit all ihren Vorteilen) wird gegenüber einer sofortigen Belohnung (der akute Rausch) extrem abgewertet. Eine gewisse Selbstkontrolle zum Aufschieben von Bedürfnissen oder auch zum Aushalten von Frustration ist nur schwach ausgeprägt oder gar nicht vorhanden. Hinzu kommt dann noch eine höhere Risikobereitschaft bei solchen Entscheidungen, so dass sich der Betroffene dann doch eher für den Konsum entscheidet und die schnell einsetzende Belohnung lieber annimmt, als Bedürfnisse jetzt aufzuschieben, um dafür eine langfristige Belohnung zu bekommen. Diese Verhaltensweisen sind mittlerweile gut untersucht und konnten in verschiedenen Studien belegt werden (Bühringer et al. 2008; Goschke 2014).

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

So ein Rückfall wird von den Patienten oft als »aus heiterem Himmel« kommend beschrieben, als schlagartig einsetzend und vollkommen unberechenbar und unbeeinflussbar. Tatsächlich handelt es sich dabei aber um eine lange Ereigniskette, vom ersten Einsetzen des Cravings über das wahrgenommene Gefühl (»Liking« oder »Wanting« oder beides), über das Auftreiben von Geld für die Droge, das Anrufen des Dealers, das Hinfahren zu diesem, das tatsächliche Kaufen der Droge, bis hin zum letztendlichen Konsum. Es ist auch ein Teil der Therapie, den Patienten genau dies zu zeigen: Der Rückfall kommt nicht schlagartig, sondern besteht aus einer langen Ereigniskette, die sich eventuell über mehrere Stunden hinzieht. Und in dieser Ereigniskette gibt es zahlreiche Stationen, an denen der Betroffene die Möglichkeit hat, einzugreifen, anders zu handeln und in eine andere Richtung zu steuern. Dann kann auch das Craving besiegt werden.

1.4 Das Entzugssyndrom

Wenn man dem Körper eine psychotrope Substanz über einen längeren Zeitraum hinweg kontinuierlich zuführt und diese dann plötzlich weglässt, kommt es zu einem Entzugssyndrom. Im weiteren Sinne betrifft das nicht nur Rauschdrogen, sondern ist auch bei verschiedenen anderen Substanzen zu beobachten, wie z.B. bei Hormonen oder bestimmten Antidepressiva. Dort spricht man aber etwas euphemistisch von einem »Absetzsyndrom«, das Wort Entzug ist meist den Rauschmitteln vorbehalten.

Das Entzugssyndrom ist eines der Kernsymptome der Suchterkrankung und findet dementsprechend auch in allen Diagnosekatalogen (vgl. → Kap. 1.2) Berücksichtigung. Das Aussehen, die Dauer und die Ausprägung des Entzugssyndroms hängen neben Dosis, Häufigkeit und Dauer des Konsums in erster Linie von der Art der Droge ab. So sieht ein Kokainentzug anders aus als ein Heroinentzug, in Teil II bei den einzelnen Süchten werden wir uns damit genauer auseinandersetzen. Die Grundlage für das Entzugssyndrom ist aber in allen Fällen die gleiche, es kommt im Gehirn zu einem Ungleichgewicht von verschiedenen Botenstoffen. Tretter spricht von einem »**neurochemischen Mobile**« (Tretter u. Pogarell 2023) und ich finde dieses Bild eigentlich ganz passend: In unserem Gehirn stehen die verschiedenen Botenstoffe in einem fein aufeinander abgestimmten Gleichgewicht. Durch Drogenzufuhr gerät dieses Mobile aus dem Gleichgewicht, schwingt nach Beendigung des Konsums aber wieder zurück in seinen Ausgangszustand (→ Abb. 1-1).

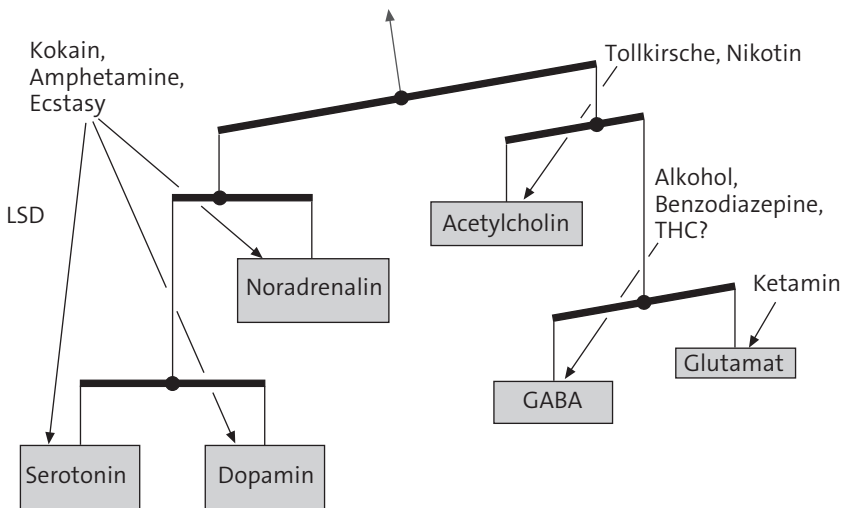


Abb. 1-1a: Auswirkungen von akutem Drogenkonsum auf das neurochemische Mobile. Es ist gut zu erkennen, dass das Gleichgewicht der Botenstoffe im Gehirn auf komplexe Weise erheblich gestört wird. Kokain, Amphetamine, Ecstasy und LSD aktivieren den linken Schenkel, Nikotin, Alkohol, Benzodiazepine und Cannabis hemmen den rechten Schenkel (aus: Tretter u. Pogarell 2023, S. 60).

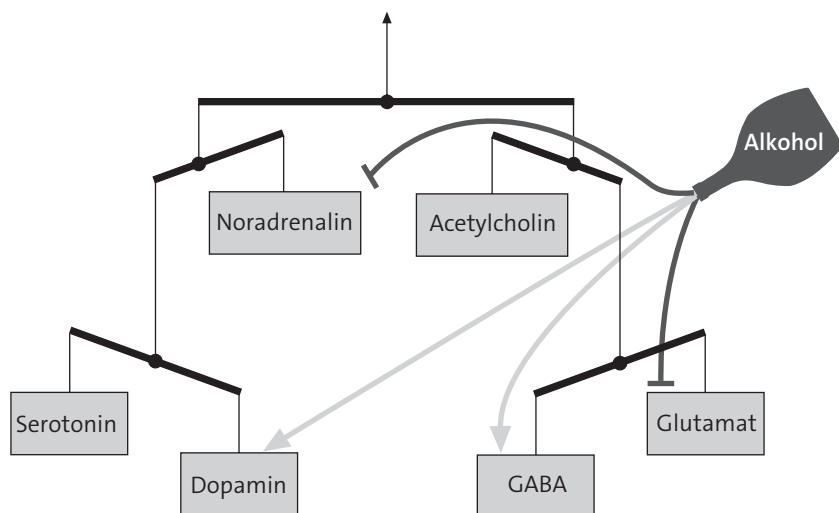


Abb. 1-1b: Einfluss von akutem Alkoholkonsum auf das Gleichgewicht im neurochemischen Mobile. Die Wirkungen von GABA und Dopamin werden verstärkt, die von Glutamat und Noradrenalin gehemmt. Somit kommt es zu einem erheblichen Ungleichgewicht der Botenstoffe mit den entsprechenden Folgen (aus: Tretter u. Pogarell 2023, S. 61).

Bei anhaltender Drogenzufuhr nimmt die Eigenproduktion der aktivierten Transmitter ab, so dass nach Beendigung des Konsums das Mobile im Ungleichgewicht ist und eben nicht mehr in die Ausgangslage zurückschwingen kann. Dadurch kommt es zur Ausbildung verschiedener körperlicher und psychischer Symptome, eben dem Entzugssyndrom. Die biochemischen Mechanismen können dabei sehr unterschiedlich sein, wie z.B. veränderte Rezeptorsensitivität, veränderte Neurotransmitterausschüttung usw. Je nachdem, welches Neurotransmittersystem betroffen ist, zeigt sich der Entzug auch in unterschiedlichen Formen. Die konkreten jeweiligen Entzugssymptome werden später im zweiten Teil unter den entsprechenden Substanzen beschrieben. Auch wenn der folgende Satz sehr stark vereinfacht und auch nicht zu 100% stimmt, so kann man sich doch zumindest ungefähr die meisten Entzugssymptome ganz gut herleiten, wenn man die Wirkung der Droge kennt.

MERKE

Als Faustregel gilt: Der Entzug ist das Gegenteil von der Wirkung.

Viele Patienten glauben, dass das Vorhandensein von Entzugssymptomen zwingende Voraussetzung ist, um die Diagnose Abhängigkeitserkrankung stellen zu können. Oder anders herum: Wenn ich keine Entzugssymptome habe, beweist das, dass ich nicht süchtig bin. Wie wir aber bereits gesehen haben (→ Kap. 1.1), ist das Entzugssyndrom nur eines von mehreren Kriterien und nicht alle müssen für die Diagnosestellung vorliegen. Hier tun sich dann insbesondere die Konsumenten »weicher« Drogen (wie z.B. Cannabis) sehr schwer, ihre Abhängigkeit zu akzeptieren. Gerade bei den jungen Cannabis-

konsumenten, die tatsächlich meist kein wesentliches körperliches Entzugssyndrom zeigen, erfordert dieser Umstand oft sehr viel Zeit und Aufklärungsarbeit.

1.5 Suchtentstehung

Ein Großteil unseres Verhaltens wird durch ein hochkomplexes Belohnungssystem in unserem Gehirn, das mesolimbische System, gesteuert. Dabei handelt es sich nicht um einen speziellen und begrenzten Bereich im Gehirn, sondern vielmehr setzt sich dieses System aus mehreren unterschiedlichen Hirnstrukturen zusammen. Dessen Funktion beruht im Wesentlichen auf dem Botenstoff Dopamin, es sind aber noch zahlreiche andere Botenstoffe beteiligt, z. B. Serotonin, Noradrenalin, Acetylcholin und GABA (Gamma-Aminobuttersäure). Die Zusammenhänge sind überaus komplex und in ihrer Gesamtheit letztlich auch noch nicht endgültig erforscht. Daher soll an dieser Stelle auf eine ausführliche Darstellung verzichtet werden. Für den Moment genügt es, zu verstehen, dass dieses System eigentlich immer aktiviert wird, wenn wir etwas tun, was sehr freudig oder lustvoll ist, so z. B. auch beim Sex, bei der Nahrungsaufnahme oder bei einem intensiven Erfolgserlebnis. Alle Rauschmittel stimulieren dieses Belohnungssystem – dadurch entsteht der meist als sehr angenehm empfundene Rauschzustand –, so dass sich bei regelmäßigem Konsum ein Wiederholungseffekt entwickelt: Der Betroffene verspürt die Lust, bis hin zu einem unwiderstehlichen Verlangen, dieses Gefühl immer und immer wieder zu erleben. Das ist die Grundlage des Cravings, umgangssprachlich als »Suchtdruck« bezeichnet, also der dringende Wunsch, dieses angenehme Rauschgefühl so oft wie möglich zu erleben (vgl. → Kap. 1.3).

Beim Entstehen von Abhängigkeiten spielen unterschiedliche Faktoren eine Rolle, die im Sinne einer »multifaktoriellen Genese« auf sehr komplexe Art und Weise zusammenwirken. Die Frage, warum der eine süchtig wird und der andere nicht, ist sehr schwierig zu beantworten und nicht immer gibt es eine befriedigende Antwort darauf. Bei einem gewissen Teil unserer Suchtpatienten gibt es sicherlich in der Biografie begünstigende Umstände, die den Weg in eine Abhängigkeitserkrankung bahnen können, z. B. abhängigkeitskranke Eltern, Gewalterfahrungen (im Elternhaus), sexueller Missbrauch oder gestörtes Bindungsverhalten. Hier fungiert die Droge oftmals im Sinne einer Selbstmedikation, um physische oder psychische Schmerzen erträglich zu machen.

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

betäubt haben. Aus ihrer Sicht ist es völlig unvorstellbar, solche Stresssituationen nüchtern bewältigen zu können. Und wenn sie dann in Stress kommen, ist oft die einzige mögliche Reaktion darauf wieder erneuter Konsum, andere Alternativen stehen gar nicht zur Verfügung.

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

In diesem Zusammenhang muss man sich in die Kultur der betreffenden Person hineinendenken, um eine Vorstellung von den Ursachen der Abhängigkeitsentwicklung zu bekommen. So ist es in vielen Ländern des Nahen Ostens durchaus gesellschaftlich akzeptiert, Opium (oder auch Heroin) als Genussmittel zur Erholung und Entspannung zu konsumieren – ungefähr so, wie bei uns Tabak geraucht wird. Nicht immer entsteht daraus zwangsläufig eine Abhängigkeit, aber gar nicht so selten kommt es vor, dass diese Menschen dann, wenn sie nach Deutschland kommen, den Konsum fortsetzen und so in die Drogenszene rutschen und sich, gewissermaßen sekundär, eine Abhängigkeit entwickelt.

Ein weiterer häufiger Weg in die Sucht ist der über tatsächliche physische Schmerzen. Opioide sind die stärksten Schmerzmittel, die wir kennen, die schmerzstillende Wirkung von Opium ist vermutlich schon seit tausenden Jahren bekannt (vgl. → Kap. 5). Schwerste Schmerzen, wie z.B. nach einem schweren Unfall mit mehreren Knochenbrüchen oder auch Tumorschmerzen, erfordern in der Regel eine Behandlung mit Opioiden. Und das ist auch richtig so, dort haben diese Substanzen auch ihre Berechtigung und sind nicht mehr wegzudenken. Dennoch darf man das Abhängigkeitspotenzial nicht unterschätzen, eine Dauerverordnung sollte in regelmäßigen Abständen immer wieder überprüft werden. Wenn die Knochenbrüche etwa schon lange verheilt sind, sollte man versuchen, die Schmerzmittel wieder abzusetzen. Dabei sollte vor allem auch die Indikation einer Behandlung mit Opioiden korrekt und kritisch gestellt werden. Sie sollten ausschließlich bei sehr starken und stärksten Schmerzen gegeben werden, mittelgradige oder leichte Schmerzen können auch mit anderen Schmerzmitteln behandelt werden.

Im Alltag der Entzugsstation sehen wir immer wieder Patienten, die vor langen Jahren (!) einen schweren Unfall hatten, aber bis heute noch mit starken Opioiden behandelt werden, obwohl die Schmerzen wahrscheinlich längst abgeklungen sind. Oder sie kommen durch die Schmerzbehandlung überhaupt erst auf den Geschmack, sie spüren nicht nur die schmerzstillende, sondern auch die berauschende Wirkung dieser Medikamente und geraten auf diesem Weg in die Suchtspirale. Wohin das führen kann, sehen wir gerade auf sehr drastische und erschreckende Weise in den USA, dort spricht

man von einer »**Opioidkrise**«. Viele Ärzte haben dort über Jahre hinweg auch bei leichten Schmerzen, wie etwa einfachen Kopf- oder Zahnschmerzen, starke Opiode verordnet, auf diesem Wege sind hunderttausende Menschen in die Sucht gefallen, die jährliche Anzahl der Todesopfer durch eine Überdosis liegt dort bei über 100 000 (National Center for Health Statistics 2025).

Die ganze Thematik ist zu komplex, um sie an dieser Stelle zu besprechen, wir kommen aber später noch einmal auf das große und wichtige Feld der Medikamentenabhängigkeit (→ Kap. 13) zu sprechen.

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

Weitverbreitet ist das sog. **Suchtdreieck** (→ Abb. 1-2) welches das Zusammenspiel der drei Faktoren Droge, Person und Umwelt darstellt.

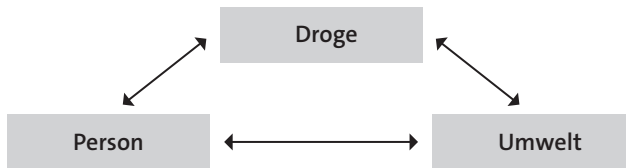


Abb. 1-2: Suchtdreieck

In dem Film »Candy – Reise der Engel« (vgl. → Kap. 36) bringt es eine der Figuren ziemlich kurz und knackig genau auf den Punkt:

MERKE

»Wenn du aufhören kannst, willst du nicht. Wenn du aufhören willst, kannst du nicht. Eines der kleinen Rätsel des Lebens.«

1.5.1 Droge

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

1.5.2 Person

Manche Menschen scheinen anfälliger für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung zu sein als andere. Man weiß heute, dass Lern- bzw. Konditionierungsprozesse bei der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen eine große Rolle spielen. So stellt z. B. die Vermittlung angenehmer Gefühle über das oben genannte Belohnungssystem durch die Drogeneinnahme einen positiven Verstärker von süchtigem Verhalten dar. Negative Gefühle wie innere Leere, Depressivität und Angst oder auch konkrete Entzugssymptome werden durch den Konsum des Suchtmittels beseitigt, so dass das Gehirn lernt, dass der Konsum etwas Positives ist und möglichst oft erfolgen sollte.

Hinzu kommt, dass Menschen mit einer bereits bestehenden psychischen Störung auch ein erhöhtes persönliches Suchtrisiko haben. Bei einem Großteil der Suchtkranken findet sich eine andere/weitere psychische Erkrankung, wobei Persönlichkeitsstörungen, depressive Störungen und Angststörungen besonders häufig sind (vgl. → Kap. 14). In der Vorgeschichte lassen sich auch oft Überforderungssituationen, Stressbelastung und Leistungsdruck, chronische Schlafstörungen und Schmerzzustände nachweisen. Dabei benutzen die Betroffenen das Suchtmittel im Sinne einer Selbstmedikation, um die Symptome der Störung zu mildern, woraus sich schließlich die Abhängigkeit entwickelt. Des Weiteren gilt inzwischen als gesichert, dass es auch eine gewisse genetische Komponente gibt. So zeigen zahlreiche Zwillings- und Adoptionsstudien, dass es bei Kindern suchtkranker Eltern eine höhere Rate an Suchterkrankungen gibt, selbst wenn die Kinder in einem nicht trinkenden bzw. nicht Drogen konsumierenden Umfeld aufwuchsen. Damit haben Kinder von suchtkranken Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko, selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln.

1.5.3 Umwelt

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

MERKE

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

Es ist naturgemäß sehr schwierig, konkrete Aussagen zum Verlauf und zur Prognose zu machen, aussagekräftige Langzeitstudien gibt es nicht so viele. Und am Ende sind die Verläufe doch auch immer sehr unterschiedlich, eben genau so unterschiedlich, wie die persönlichen Geschichten der Betroffenen. In einem Punkt ist man sich aber immer einig: Sucht ist eine chronische Erkrankung und prinzipiell nicht heilbar. Ich habe Patienten getroffen, die über 30 Jahre (!) abstinent waren, und dann doch wieder rückfällig wurden. Die Antworten auf die Frage, wie so etwas nach einer so langen Zeit passieren konnte, sind aber oft sehr ähnlich: Selbstüberschätzung, mangelnder Umgang mit Stress, vermeintliches Selbst-Belohnen usw. Sehr häufig kommt auch die Aussage »aus Dummheit«.

Selbstverständlich hat das alles nichts mit tatsächlicher Dummheit zu tun, es zeigt aber, wie tief verwurzelt das Suchtverhalten in den Köpfen der Betroffenen ist und wie schnell auch nach sehr, sehr langer Zeit wieder einst erlernte und längst vergessen geglaubte Verhaltensmuster unbewusst wieder reaktiviert werden können. Der Suchtkranke muss daher lebenslang wachsam bleiben und seine Symptome jederzeit unter Kontrolle halten können, damit er dauerhaft abstinent bleiben kann ... Und das ein Leben lang ... Das ist schon eine ganz ordentliche Aufgabe ...

1.6 Suchttherapie

1.6.1 Allgemeines

Vor die Therapie gehört eigentlich die Prävention, um bereits im Vorfeld die Risiken zu minimieren und durch Aufklärung einer Sucht vorzubeugen. Und tatsächlich wird ziemlich viel Geld in Deutschland in die Präventionsarbeit gesteckt. Besonders die Jugendlichen und jungen Erwachsenen gilt es, über Risiken und Gefahren aufzuklären und ihnen einen sinnvollen, bedachten Umgang, vor allem mit den legalen Suchtmitteln wie Alkohol oder Tabak (und neuerdings auch Cannabis), zu vermitteln. Problematisch sind auch die neuen psychoaktiven Substanzen, umgangssprachlich meist »Legal Highs« genannt, die relativ problemlos über das Internet bestellt werden können und überwiegend das junge Publikum ansprechen (→ Kap. 11). Wie auch immer, das Thema Prävention ist sehr komplex, soll aber nicht Gegenstand dieses Buches sein; hier geht es eher um die praktischen Aspekte der Suchthilfe und Suchttherapie.

Die Therapie von Abhängigkeitserkrankungen verläuft prinzipiell nach einem Stufenmodell, dessen oberstes Ziel die völlige Abstinenz sein sollte. Es hat sich jedoch gezeigt, dass es eine gewisse Untergruppe der Suchtkranken gibt, für die absolute Abstinenz unrealistisch und unerreichbar ist, so dass für diese Menschen andere Therapieziele erarbeitet werden müssen. Das Suchthilfesystem in Deutschland – und auch in den meisten anderen Ländern der Welt – ist jedoch überwiegend auf Abstinenz als oberstes Therapieziel bei Suchtkranken ausgelegt. Die Grenzen und die sich daraus

ergebenden Problematiken dieses »Abstinenzparadigmas« werden in → Kapitel 20.2 weiter ausgeführt und bleiben hier erst einmal unbeachtet.

Klassischerweise werden die folgenden vier Phasen in der Suchttherapie unterschieden:

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

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

Im Folgenden sollen diese verschiedenen Phasen etwas genauer beschrieben werden. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sie keinesfalls als dogmatisch angesehen werden sollten oder streng chronologisch abgearbeitet werden müssen. Tatsächlich ist es so, dass die Betroffenen immer wieder zwischen den einzelnen Phasen wechseln. Ein großer Teil der Abhängigkeitskranken benötigt mehr als eine Langzeittherapie, um von der Sucht loszukommen, und viele haben auch mehr als eine Entzugsbehandlung hinter sich. Auf der anderen Seite gibt es selbstverständlich auch Betroffene, die ohne Therapie lange Zeit abstinent leben oder niemals eine stationäre Entzugsbehandlung durchgemacht haben. Aus didaktischen Gründen wollen wir für den Moment aber bei diesem Phasenmodell bleiben.

Zwar ist das deutsche Suchthilfesystem im Vergleich zu den meisten anderen Ländern sehr gut differenziert und ausgebaut, es birgt aber dennoch eine grundlegende Problematik, die in den kommenden Jahren wahrscheinlich zu einem Umdenken zwingen wird. Und zwar werden die Suchtkranken traditionell getrennt in »Alkoholabhängige« und »Drogenabhängige«, wobei natürlich die illegalen Drogen gemeint sind. Die Medikamentenabhängigen (→ Kap. 13) tauchen so gut wie nie im Suchthilfesystem auf und werden meist den Alkoholabhängigen zugeteilt. So gibt es z. B. Beratungsstellen für Alkoholabhängige, die aber dann keine Drogenabhängigen beraten, und umgekehrt. Gleichwohl gibt es Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige, die wiederum keine Alkoholiker behandeln. Allerdings muss man auch einräumen, dass mittlerweile die Grenze nicht mehr ganz so streng gezogen wird wie noch vor einigen Jahren. Besonders interessant ist das jetzt bei Cannabis, das sich quasi über Nacht von einer illegalen Droge zu einem legalen Genussmittel verwandelt hat.

In der klinischen Realität sehen wir allerdings immer mehr »Mischkonsumenten«, die sowohl Alkohol als auch illegale Drogen konsumieren, vor allem die Kombination Alkohol und Amphetamine oder Cannabis ist häufig. Dabei kann man in den meisten Fällen zwar durchaus eine »führende« Substanz feststellen, aber die Trennung in zwei völlig voneinander getrennte Behandlungen wird zunehmend sinnlos und erschwert auch die Versorgung der Betroffenen, wenn sie sich etwa entscheiden »müssen«, ob sie

auf eine Alkohol- oder auf eine Drogentherapie gehen wollen. Auf dieses etwas schwierige Thema kommen wir im nächsten Abschnitt »Das Suchthilfesystem« (→ Kap.1.7) noch einmal zu sprechen.

MERKE

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

1.6.2 Die ersten Schritte: Kontakt, Information, Motivation

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

Hier sind in erster Linie die Suchtberatungsstellen gefragt, aber auch die Hausärzte, die einen Weg in weiterführende Hilfsangebote bahnen können. Leider ist jedoch nicht allen Hausärzten die Verantwortung bewusst, die sie übernehmen, wenn sich ein Suchtkranker nach Jahren der Verleugnung endlich entschließt, seinen Suchtmittelkonsum gegenüber dem Hausarzt einzugestehen. Wenn dann noch ein eigener, eher undifferenzierter Umgang mit Suchtmitteln betont wird (»ein Rotwein am Abend ist doch gesund, den trink ich auch«), ist die kleine, schwache Motivationsflamme schnell auch wieder erloschen. Gerade die Alkoholabhängigen, mehr als die Drogenabhängigen, wählen oft ihren Hausarzt als Vertrauensperson, denn der Ratschlag eines Mediziners wiegt meist wesentlich mehr als die Vorwürfe der Ehefrau oder die Ideen des besten Freundes. Der klinische Alltag zeigt jedoch, dass bei vielen niedergelassenen Kollegen immer noch Schulungsbedarf besteht, oftmals wissen diese dann auch nicht weiter und stellen aus der Ratlosigkeit heraus (und sicherlich auch auf Drängen des Patienten) eher ein Rezept aus, als den Patienten an weitere Stellen des Suchthilfesystems zu vermitteln.

Ist der Kontakt, über welche Umwege auch immer, erst einmal hergestellt, geht es

als Nächstes um **Beratung und Aufklärung** und darüber dann um die Vermittlung eines Problembewusstseins und den Aufbau einer Veränderungsmotivation. Der Betroffene muss aufgeklärt werden über das Wesen und die Dynamik einer Suchterkrankung (»Psychoedukation«), über körperliche und psychische Risiken und Folgeschäden sowie auch über Bewältigungsmöglichkeiten. Weiterhin sollten das Suchthilfesystem in all seiner Vielfältigkeit vorgestellt und dem Klienten die verschiedenen Möglichkeiten dargelegt werden (→ Kap. 1.7). Dieser Teil bedarf einer besonderen Vorsicht und Feinfühligkeit, da hier sehr sensible Persönlichkeitsbereiche, wie z. B. die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, berührt werden (→ Kap. 19).

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

Die **Aufrechterhaltung der Veränderungsmotivation** ist hier ganz besonders wichtig, da viele Suchtkranke zu diesem Zeitpunkt häufig doch wieder ins Grübeln kommen: Ist es bei mir überhaupt so schlimm? Ist es überhaupt notwendig, mit dem Konsum aufzuhören? Wenn der Weg so anstrengend ist, lohnt sich das überhaupt? Werde ich das alles schaffen? Ich kann doch versuchen, einfach weniger oder nur am Wochenende zu konsumieren usw. Hier gilt es, den Klienten sehr feinfühlig und professionell und unter Berücksichtigung seiner Selbstbestimmung immer wieder einzufangen und zurück auf den Weg zu bringen. Selbstbestimmung bedeutet in diesem Fall, dass der Betroffene ja durchaus das Recht hat, alle Hilfe abzulehnen und einfach weiter zu konsumieren. Das muss man als professioneller Berater auch akzeptieren und aushalten können (was manchmal gar nicht so einfach ist!). Auch diesem Thema werden wir uns im → Kapitel 20 noch etwas ausführlicher widmen.

MERKE

Der Suchtkranke entscheidet selbst, ob er den Konsum einstellen oder weiter konsumieren will. Auch wenn wir als professionelle Berater anderer Ansicht sind, müssen wir die Entscheidung des Betreffenden akzeptieren und aushalten! Aber auch dann, wenn sich der Betroffene bewusst für den Konsum entscheidet, sollten wir – auch wenn uns das vielleicht unvernünftig erscheint und sehr schwerfällt – weiterhin ein Hilfsangebot aufrechterhalten.

Jetzt haben wir die ganze Zeit vom **freien Willen** des Suchtkranken gesprochen und seiner bewussten Entscheidung für den Konsum und gegen eine Behandlung. Aber was genau ist denn dieser »freie Wille«, wer beurteilt das und ab wann ist jemand nicht mehr zu einer freien Willensbildung in der Lage? Unter bestimmten Umständen ist es möglich, jemanden auch gegen seinen Willen in Krankenhausbehandlung zu bringen, in der Regel ist das der Fall bei einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung, also z. B. bei konkret geäußerten Suizidabsichten. In so einem Fall geht man davon aus, dass der Betroffene aufgrund einer psychischen Störung (wie z. B. einer schweren Depression) nicht mehr in der Lage ist, die Situation korrekt einzuschätzen und danach zu handeln.

Um ihn vor weiterem Schaden zu bewahren, wird er – notfalls eben auch gegen seinen Willen – einer Krankenhausbehandlung zugeführt.

Jetzt kann man argumentieren, Drogenkonsum per se ist ja schon selbstschädigendes Verhalten und exzessiver Konsum auch irgendwie eine suizidale Handlung. Und inwieweit kann der Suchtkranke dann noch tatsächlich frei entscheiden? Oder ist er nicht gewissermaßen Opfer seines Suchtgehirns, das ihn zwingt, Substanzen zu konsumieren, obwohl er genau weiß, dass das schädlich oder sogar lebensgefährlich ist? Langjähriger Alkoholkonsum beispielsweise führt nachweislich zu einem Abbau von Gehirnsubstanz und geht nach entsprechend langem Zeitraum auch mit erheblichen kognitiven Einschränkungen einher (vgl. → Kap. 4.3). Im Extremfall kann das gar zu einer »Alkohol dementia« führen, die Betroffenen sind dann ein Pflegefall und können Situationen nicht mehr korrekt einschätzen und auch nicht mehr vernünftig handeln. Wenn ein solcher Patient zu uns sagt, er wolle weiter konsumieren, sollen wir ihn tatsächlich gewähren lassen oder ist es dann nicht in unserer Verantwortung, ihn an diesem selbstschädigenden, ja möglicherweise sogar lebensgefährlichen Handeln zu hindern?

Gut, das ist jetzt natürlich ein Extremfall und da fällt es einfacher, eine Entscheidung zu treffen, aber wo genau ist die Grenze? Ab wann ist jemand nicht mehr in der Lage, wirklich sich aus freien Stücken für die Sucht und gegen Hilfe zu entscheiden und ab wann haben wir die Verantwortung, dort einzugreifen? Eben diese Frage ist alles andere als leicht zu beantworten, beim Thema »freier Wille« geht es ja fast schon ins Philosophische. An dieser Stelle kann man auch keine allgemeingültige Antwort geben, es gibt keinen spezifischen Test, der klar zwischen »geschäftsfähig« und »nicht geschäftsfähig« differenziert. Vielmehr ist das ein Puzzle, das aus ganz vielen Teilen (eigene Angaben des Betroffenen, Informationen von Angehörigen oder Bekannten, medizinische Untersuchungsergebnisse, neuropsychologische Testung usw.) zusammengesetzt werden muss.

Am Ende ist das auch die Entscheidung eines Richters, ob jemand gegen seinen Willen im Krankenhaus bleiben muss oder nicht. Wir Ärzte können da nur als Sachverständiger eine Empfehlung aussprechen, die letzte Entscheidung liegt immer beim Gericht. In → Kapitel 24 werden wir uns mit dem Thema etwas ausführlicher beschäftigen. Man muss sich auch immer wieder klar machen, dass so eine Krankenhauseinweisung gegen den Willen des Kranken ein massiver Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht desjenigen ist. Stellen Sie sich vor, ich komme zu Ihnen nach Hause in Begleitung der Polizei und erkläre Ihnen einfach mal, ich halte Sie für psychisch krank und Sie müssen jetzt ins Krankenhaus, ob Sie wollen oder nicht! Da können Sie auch zehnmal beteuern, nicht krank zu sein, wenn der Beschluss des Gerichts vorliegt, werden Sie trotzdem in die Klinik gebracht – notfalls auch mit Polizeigewalt ... So eine Situation ist sehr eindrucksvoll in dem Film »A Beautiful Mind« (vgl. → Kap. 36) dargestellt.

Das Ganze betrifft natürlich überwiegend die anderen psychiatrischen Erkrankungen (Depression, Schizophrenie, Demenz), die auch mit entsprechenden Einschränkungen im Urteilsvermögen einhergehen. Bei Suchtkranken geht man in der Regel davon aus, dass sie schon in der Lage sind, ihre Situation richtig einzuschätzen und

auch die Konsequenzen von fortgesetztem Drogenkonsum (inkl. einem möglichen Tod) begreifen können. Und dann lässt man Ihnen meist auch diese Entscheidungsfreiheit, dennoch bleibt in manchen seltenen Fällen doch nur die Zwangsunterbringung, um Menschen davor zu schützen, sich selbst weiter schweren Schaden zuzufügen. Und – da sind sich ja mittlerweile alle einig – eine Sucht kann man nicht gegen den Willen des Betroffenen therapieren, das macht absolut keinen Sinn. Insofern hat so eine Unterbringungsmaßnahme auch lediglich einen schadensverringenden und keinen therapeutischen Charakter.

1.6.3 Entgiftungsphase

Im nächsten Schritt geht es ganz konkret um das Erreichen der (Teil-)Abstinenz, das »Gift« muss aus dem Körper entfernt werden. Das muss nicht zwingend im Krankenhaus erfolgen, unter bestimmten Umständen kann so eine Entgiftung auch ambulant, z. B. mit Unterstützung durch den Hausarzt, durchgeführt werden. Manch einer wird auch den »kalten Entzug« alleine, zu Hause, ohne jegliche professionelle Hilfe, bevorzugen, doch das ist nicht immer ganz ungefährlich. Im Wesentlichen hängt es von der konsumierten Substanz ab, wie sich das Entzugssyndrom einstellen wird und welche Entzugssymptome konkret zu erwarten sind. Bei manchen Substanzen, z. B. Alkohol oder Heroin, wird die körperliche Symptomatik im Vordergrund stehen, bei anderen wiederum, z. B. Kokain, ist schwerpunktmäßig eher ein psychisches Entzugssyndrom zu erwarten. Kompliziert – und mitunter auch wirklich gefährlich – wird es, wenn von mehreren Substanzen, z. B. Heroin, Diazepam, Pregabalin und Cannabis, entzogen wird. Gerade Menschen mit körperlichen oder psychischen Vorerkrankungen würde man raten, ihren Entzugswunsch zunächst mit einem Arzt zu besprechen und dann gemeinsam zu entscheiden, ob eine stationäre Entgiftung sinnvoll ist oder nicht.

Bezüglich der stationären Behandlung kann man zwei grundsätzliche Formen unterscheiden: die **qualifizierte Entzugsbehandlung** in spezialisierten Entzugsstationen, die oftmals großen psychiatrischen Kliniken angegliedert sind, und den »normalen«, nichtqualifizierten Entzug, der in der Regel in internistischen Abteilungen von großen Allgemeinkrankenhäusern stattfindet. Beide Arten haben ihre Vor- und Nachteile, die im Folgenden kurz dargestellt werden. In jedem Fall ist es außerordentlich hilfreich und unbedingt empfehlenswert, mal ein paar Tage auf einer qualifizierten Entzugsstation zu hospitieren, um einen Einblick zu bekommen und eine Vorstellung davon zu erhalten, worauf sich die Patienten dort einlassen.

PRAXISTIPP

Einige Tage Hospitation auf einer qualifizierten Entzugsstation sind für jeden, der mit Suchtkranken arbeitet, unbedingt zu empfehlen!

Eine **qualifizierte Entzugsstation** bietet neben der rein medizinischen Behandlung des körperlichen Entzugssyndroms eine Reihe weiterer Angebote, die dem Suchtkranken helfen sollen, den Weg aus der Abhängigkeit zu finden. So gibt es z. B. Therapiegruppen, wie Ergotherapie, Sporttherapie, eine Gesprächs- oder Psychoedukationsgruppe, die regelmäßig durchgeführt werden. Dabei soll sich der Patient aktiv mit seiner Sucht und seinem Konsumverhalten auseinandersetzen und mit professioneller Hilfe ein Konzept entwickeln, wie er zukünftig mit seiner Erkrankung umgehen bzw. eine Verhaltensänderung bewirken kann. Zusätzlich halten die meisten qualifizierten Entzugsstationen einen Stationspsychologen vor, der bei Bedarf (oder auch regelhaft) psychologische Unterstützung anbietet. Weiterhin ist ein Sozialarbeiter vor Ort, der sich um die psychosozialen Probleme (Schulden, Gerichtsdruck, Wohnungslosigkeit, Ämter usw.) kümmert und außerdem bei der Therapieplanung und Therapieantragstellung behilflich sein kann.

Auch die medizinische Behandlung ist in einer qualifizierten Entzugsstation wesentlich differenzierter als bei einer »normalen« Entgiftung. Neben spezifischen Medikamenten zur Behandlung des Entzugssyndroms (→ Kap. 16) kommen noch weitere Medikamente zum Einsatz, die dem Betroffenen auf seinem Weg aus der Abhängigkeit helfen können. Opiatabhängige werden »warm« entzogen, also langsam und schrittweise mit einem Ersatzstoff abdosiert; weitere häufige Entzugssymptome wie Unruhe, Schlafstörungen, Gedankenkreisen (»Kopfkino«) oder auch Muskelschmerzen werden mit entsprechenden Medikamenten und unter ärztlicher Betreuung behandelt. Manche Kliniken trennen die Behandlung sehr strikt, z. B. eine Woche Entgiftung und danach zwei Wochen »Motivationstherapie«. Sinnvoller ist es jedoch, die Motivationstherapie auch schon während der Akutbehandlung zu beginnen – selbstverständlich abhängig vom körperlichen Zustand des Betroffenen. Überhaupt bildet die Motivationsarbeit einen ganz deutlichen Schwerpunkt im Rahmen einer qualifizierten Entgiftung.

Diese Art der Entzugsbehandlung bedeutet für den Patienten enormen Stress: Er muss sich aktiv mit seinem Suchtverhalten auseinandersetzen, sich mit seiner (meist eher problembehafteten) Biografie beschäftigen und sich seinen Alltagsproblemen stellen, die er bisher immer mit dem Suchtmittel betäubt hat. Das ist zwar aus suchttherapeutischer Sicht ein wichtiger und notwendiger Schritt, jedoch sind manche Suchtkranke noch nicht so weit und können die Belastung einer solchen Auseinandersetzung nicht aushalten. Oder manch einer möchte vielleicht auch ganz bewusst und absichtlich diese Konfrontation vermeiden, muss aber (aus welchen Gründen auch immer) trotzdem entgiften.

Für solche Fälle kommt die »einfache«, **nichtqualifizierte Entzugsbehandlung** ins Spiel. Ein wirkliches Konzept halten die großen Allgemeinkrankenhäuser in der Regel nur für Alkoholentzüge vor. Opiatabhängige werden meist »kalt«, d. h. ohne Ersatzstoffe, entzogen; es erfolgt – wenn überhaupt – lediglich eine symptomatische Behandlung der Entzugssymptome.

Für die Alkoholpatienten sieht die Behandlung wie folgt aus: Innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums – meist nur fünf bis sieben Tage – wird der Patient mithilfe entspre-

chender Medikamente, die gegen die Symptome des Alkoholentzugs wirken, entgiftet. Überwiegend wird ein Benzodiazepin (Diazepam oder Dikaliumclorazepat, z. B. Tranxilium®) nach Schema, manchmal kombiniert mit einem Krampfschutz (z. B. Carbamazepin), verabreicht, womit ein Großteil der zu erwartenden Entzugssymptome ganz gut kontrolliert werden kann. Ein wesentlicher Nachteil besteht jedoch in der Kürze der Behandlung, denn die Patienten werden nach Ablauf der Zeit entlassen, auch wenn der Entzug noch nicht ganz abgeschlossen ist. Darüber hinaus findet meist keinerlei Behandlung statt – weder Gespräche, psychologische Beratung noch sozialpädagogische Betreuung. Die Kliniken unterliegen natürlich auch einem gewissen wirtschaftlichen Druck (Stichwort: Abrechnung mit diagnosebezogenen Fallgruppen [DRG]), dennoch ist dieses Vorgehen aus suchttherapeutischer Sicht nicht besonders hilfreich.

Es gibt allerdings viele Suchtkranke, die diese Therapie der aufwändigen und anstrengenden Behandlung in einer qualifizierten Entzugsstation vorziehen. Denn hier können sie »in Ruhe« ihren Entzug durchziehen, müssen sich nicht mit sich selbst und ihrer Sucht auseinandersetzen und brauchen sich auch sonst keine Gedanken zu machen. Auch wenn das aus therapeutischer Sicht zunächst kontraproduktiv erscheinen mag, so hat diese Art der Entzugsbehandlung durchaus ihre Berechtigung. Und es ist absolut legitim, »nur« den Entzug machen zu wollen, ohne das ganze »Psycho-Brimborium« drumherum. Immerhin wird so auch der Teilgruppe Abhängigkeitskranker, die keine qualifizierte Entzugsbehandlung wünscht, die Möglichkeit gegeben, dennoch im medizinisch geschützten Rahmen zu entgiften, und der eine oder andere wird vielleicht doch ein wenig über sein Konsumverhalten nachdenken.

MERKE

Es gibt grundsätzlich zwei Formen der stationären Entgiftung: zum einen die qualifizierte Entzugsbehandlung mit einem detaillierten Konzept und relativ hohen Anforderungen an den Patienten, zum anderen die »einfache« Entgiftung, die lediglich aus der medizinischen Behandlung der körperlichen Entzugssymptome besteht. Beide Formen haben ihre Daseinsberechtigung.

Die Gründe, warum der Betroffene gerade jetzt entgiften möchte (oder muss), sind sehr unterschiedlich und werden auch nicht immer ehrlich und offen dargestellt. Manchmal kommt der Wunsch von dem Betroffenen selbst, der merkt, dass es so nicht mehr weitergehen kann. Bisweilen ist auch der Hausarzt der Auslöser, der auf die schlechten Blutwerte hinweist, oder die Ehefrau, die mit Trennung oder Rauswurf droht. Manchmal ist es auch der Arbeitgeber, der ein auffälliges Verhalten bemerkt hat und einen Entzug fordert, oder es ist der Richter, der die Entgiftungsbehandlung zur Bewährungsaufgabe macht oder, oder, oder. Grundsätzlich sollte ein Entgiftungswunsch immer positiv bewertet werden, zeigt er doch immerhin eine gewisse Grundmotivation des Suchtkranken, etwas an dem aktuellen Zustand verändern zu wollen. Auch wenn die Motivation nicht ganz von dem Betroffenen selbst kommt (»Fremdmotivation«) und er vielleicht gar nicht freiwillig auf der Station ist, so bietet sich dennoch die Gelegenheit, einmal über das eigene Verhalten nachzudenken. Und vielleicht wird man den einen

oder anderen doch zu einer weiterführenden Maßnahme motivieren können. Für manch einen ist der Kopf vielleicht nach sehr langer Zeit zum ersten Mal wieder klar und es bietet sich die Gelegenheit, einmal nüchtern auf das eigene Leben und Verhalten zu schauen. Und selbst wenn das alles nichts bringt, so sind es doch zumindest ein paar abstinente Tage, in denen sich der Körper vom Drogen- oder Alkoholkonsum erholen kann – und das ist auch nicht zu unterschätzen!

Die Zeit in der Entzugsstation ist eine ganz sensible Phase im Leben eines Suchtkranken, die viele Ansatzmöglichkeiten bietet, motivierend und unterstützend einzugreifen. Im Folgenden werden noch einmal kurz die Besonderheiten bei der Entgiftung von unterschiedlichen Substanzen zusammengetragen:

Alkohol

Beim Alkoholentzug wird das Suchtmittel sofort abgesetzt, somit handelt es sich eigentlich um einen »kalten« Entzug. Es stehen einige sehr wirksame Medikamente zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms (z. B. Clomethiazol [z. B. Distraneurin®]; → Kap. 4.7) zur Verfügung, mit denen die meisten Entzugserscheinungen gut behandelbar sind. In der Regel ist ein Alkoholentzug nach sieben bis zehn Tagen überstanden (Näheres → Kap. 4.6).

Ein Alkoholentzug sollte am besten immer unter stationären Bedingungen erfolgen, da es zu schwerwiegenden, möglicherweise auch lebensgefährlichen Komplikationen kommen kann (z. B. Entzugskrampfanfälle, Delir; → Kap. 4.8). In Ausnahmefällen kann unter bestimmten Umständen auch ein ambulanter Entzug versucht werden, das erfordert aber eine ausgezeichnete Abstimmung zwischen Arzt und Patient und auch einen erfahrenen Suchtmediziner. Überhaupt kommt ein ambulanter Entzug nur bei körperlich (und psychisch) gesunden Patienten in Frage, bei denen bisher keine Komplikationen im Entzug aufgetreten (und auch nicht zu erwarten) sind, die sich zuverlässig an Absprachen halten können, keine anderen Substanzen konsumieren und einigermaßen sozial integriert sind. Im Zweifel ist immer eine stationäre Entzugsbehandlung zu empfehlen.

MERKE

Ein Alkoholentzug sollte immer unter stationären Bedingungen durchgeführt werden und nur in Ausnahmefällen ambulant erfolgen!

Benzodiazepine

Im Gegensatz zum Alkoholentzug kann sich der Entzug von Benzodiazepinen sehr lange hinziehen, mitunter über Wochen bis Monate, je nach Dosis und Zeitraum der Einnahme. Hinzu kommt, dass die Entzugssymptome – vor allem Unruhe, Ängste und Schlafstörungen – für den Betroffenen subjektiv als extrem unangenehm und quälend empfunden werden. Ähnlich wie beim Alkoholentzug besteht auch hier das Risiko für potenziell lebensbedrohliche Komplikationen, so dass ein stationärer Entzug zu emp-

fehlen ist. Das bedeutet, dass ein Benzodiazepinentzug sowohl vom Behandlungsteam als auch vom Patienten ein enormes Maß an Geduld und Ausdauer erfordert.

Prinzipiell gibt es (mindestens) zwei sehr unterschiedliche Patientengruppen beim Benzodiazepinentzug: den »klassischen« Medikamentenabhängigen und den Opiatabhängigen. Der »klassische« Medikamentenabhängige nimmt das Medikament seit Jahren (manchmal seit Jahrzehnten!), regelmäßig vom Arzt verordnet, ein, weil es ihm ursprünglich wegen Schlafstörungen oder »vegetativen Unruhezuständen« verschrieben wurde. Diese Patientengruppe ist aus verschiedenen Gründen oft äußerst schwierig zu entziehen (Näheres → Kap. 13.2). Unter bestimmten Umständen kann hier auch eine ambulante Abdosierung versucht werden.

Die zweite Gruppe, die Opiatabhängigen (oft im Substitutionsprogramm; → Kap. 21), nehmen die Benzodiazepine zur Verstärkung der Opiatwirkung und erreichen nicht selten abenteuerliche Dosierungen, die weit jenseits irgendwelcher therapeutischer Bereiche liegen. Diese Klientel ist meist schwere Entzugssymptome »gewohnt« und hat auch schon zahlreiche Benzodiazepinentzüge (»kalt« zu Hause oder »warm« in der Klinik) durchgemacht; daher wird sie ganz andere Ansprüche und Erwartungen an die Entzugsbehandlung haben als die Patienten der ersten Gruppe. Mit dieser Gruppe wird man einen anderen Abdosierungsplan besprechen als mit den Medikamentenabhängigen und man würde in jedem Fall eine stationäre Entzugsbehandlung empfehlen.

MERKE

Ein Entzug von Benzodiazepinen sollte idealerweise unter stationären Bedingungen erfolgen, kann aber bei bestimmten Patientengruppen und unter gewissen Voraussetzungen auch ambulant versucht werden.

Opiate

Das Opiatentzugssyndrom ist für den Betroffenen extrem unangenehm und nur schwer auszuhalten, aus medizinischer Sicht jedoch relativ ungefährlich. Zu den körperlichen Symptomen kommt allerdings noch das Craving hinzu – und wie das bei Heroinabhängigen aussehen kann, haben wir anhand des Filmbeispiels »**Trainspotting**« sehr eindrucksvoll gesehen (→ Kap. 1.3 und → Kap. 36). Um den Patienten den Entzug etwas »angenehmer« zu gestalten, hat sich hier der »warme« Entzug etabliert: Dazu wird ein Ersatzstoff (z. B. Methadon; → Kap. 5.6) gegeben, der im Verlauf langsam schrittweise abdosiert wird. Die Dauer eines Opiatentzugs ist sehr unterschiedlich und hängt stark von der konsumierten Substanz, der Dosis und der Dauer des Konsums ab. In der Regel sind aber zwei bis drei Wochen notwendig. Ein Opiatentzug sollte keinesfalls ambulant erfolgen, wäre prinzipiell bei bestimmten Patientengruppen (ansonsten gesunde Medikamentenabhängige) aber auch denkbar.

MERKE

Ein Opiatentzug sollte immer in einer qualifizierten Entzugsstation erfolgen!