

Inhalt

ICD-10 Kriterien für Abhängigkeitserkrankungen	3
Abhängigkeitssyndrom.....	3
A. Vorphase	4
Symptomatik der Vorphase.....	4
B. Anfangsphase	6
1. Gedächtnislücken.....	6
2. Heimlicher Konsum.....	6
3. Häufiges Denken an Suchtmittel	7
4. Verstärktes Verlangen nach Wirkung	7
5. Schuldgefühle wegen des Konsums	7
6. Vermeiden von Anspielungen auf Suchtmittel.....	7
7. Gehäufte Gedächtnislücken	7
C. Kritische Phase	8
8. Kontrollverlust	8
9. Erklärungen für den Konsum (Ausreden, Alibis)	9
10. Reaktionen der Umwelt	9
11. Kompensation des Verlustes an Selbstachtung.....	9
12. Auffällig aggressives Benehmen	10
13. Dauerndes Schuldgefühl als Anlass zum erneuten Konsum	10
14. Zeiträume völliger Abstinenz	10
15. Änderung des Konsumsystems	10
16. Fallenlassen von Freunden	10
17. Konsequenzen am Arbeitsplatz.....	10
18. Konsumieren ersetzt soziale Kontakte.....	11
19. Der Konsum wird wichtiger als Interessen und Pflichten	11
20. Der Konsum wird wichtiger als die Menschen, die mir nahestehen	11
21. Auffallendes Selbstmitleid	12
22. Gedankliche oder tatsächliche Flucht	12
23. Änderungen im Familienleben	12
24. Grundloser Unwillen.....	12
25. Sichern des Suchtmittelvorrates und verschärfter heimlicher Konsum	12
26. Vernachlässigung angemessener Ernährung.....	13
27. Erste medizinische Behandlungen werden notwendig	13
28. Veränderungen im Sexualverhalten	13

29. Suchtmittelbedingte Eifersucht	13
30. Morgendlicher Konsum	13
D. Chronische Phase	14
31. Ununterbrochener Suchtmittelleinfluss über mehrere Tage	14
32. Zusammenbruch individueller Wertvorstellungen	14
33. Beeinträchtigung des Denkens	14
34. Psychische Entzugserscheinungen	15
35. Erhebliche körperliche Entzugserscheinungen	15
36. Veränderungen bei der Wahl der Konsumgesellschaft	15
37. Zuflucht zu Ersatzstoffen	15
38. Massives Entzugssyndrom	16
39. Internistische und neurologische Folgeerkrankungen	16
40. Konsumieren wird Besessenheit	17
41. Entzugsbedingte Krampfanfälle	17
42. Suizidgedanken bzw. -versuche	17
43. Abfall der Toleranz	17
44. Das Erklärsystem versagt	18
45. Entzugsdelir (Delirium tremens)	18
Der instinktive und der paradoxe Weg	19
Der instinktive Weg	19
1. Der instinktive Weg	19
2. Der instinktive Weg als Flucht in die Gesundheit	19
3. Der innere Konflikt und seine Lösung	20

ICD-10 Kriterien für Abhängigkeitserkrankungen

Bevor wir nun im Weiteren zur Beschreibung der einzelnen Phasen der Suchterkrankung kommen, möchten wir Ihnen die Kriterien vorstellen, die international herangezogen werden, um die Diagnose einer Suchterkrankung zu stellen. Diese Kriterien sind letztendlich aus der Jellinekschen Symptombeschreibung heraus entwickelt worden und finden sich daher auch in der Symptomliste nach Jellinek wieder.

ICD steht für „International Classification of Diseases“ (Internationale Klassifikation von Erkrankungen) und gibt klinisch diagnostische Leitlinien für verschiedene Erkrankungen.

Abhängigkeitssyndrom

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
4. Nachweis einer Toleranz
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Konsums
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Die Diagnose einer Suchterkrankung gilt als gesichert, wenn während des letzten Jahres mindestens drei der oben beschriebenen Kriterien gleichzeitig vorhanden waren.

A. Vorphase

In der Vorphase nimmt die Suchterkrankung keimhaft ihren Anfang. Dabei gewinnt das Suchtmittel für den späteren Abhängigen zunehmend an Funktion, was ihm jedoch meist nicht bewusst ist. Dynamik erwächst dieser Ausgangssituation durch die hier einsetzende Erhöhung der Toleranz (=Verträglichkeit) und die gleichzeitig immer geringer werdende Bereitschaft und Fähigkeit des Abhängigen, seelische Belastungen ohne Suchtmittel zu ertragen.

Symptomatik der Vorphase

Alkohol ist in unserem Kulturkreis fest verwurzelt und wird üblicherweise bei geselligen Gelegenheiten getrunken. Die ersten Erfahrungen mit Alkohol werden in der Regel beim geselligen Zusammensein mit anderen gemacht. Die Wirkung von Alkohol wird mehr oder weniger bewusst als angenehm und anregend oder auch als entspannend und beruhigend erlebt. Dem Konsumenten fällt es unter Alkoholeinfluss in aller Regel leichter, aus sich herauszugehen.

Auch Drogen (insbesondere Cannabis, Kokain, Amphetamine u. A.) werden in der Regel zunächst in Gesellschaft bei Partys und anderen Gelegenheiten konsumiert. Anders als beim Alkohol müssen die Konsumenten sich jedoch ein Stück aus der „normalen“ Gesellschaft heraus begeben, da der Konsum dieser Substanzen nicht legal ist.

Stimmungsverändernde Medikamente (Benzodiazepine, Schlafmittel, opioidhaltige Schmerzmittel) dagegen werden nicht in Gesellschaft, sondern zunächst bei akuten Befindlichkeitsstörungen (Schlafstörungen, Angstgefühle, Niedergeschlagenheit, Schmerzen u. ä.) eingesetzt, wobei sie entweder vom Arzt verschrieben oder freiverkäuflich erworben werden können.

Die meisten Alkohol- und Drogenkonsumenten bleiben im weiteren Verlauf dabei, die Substanz mit ihrer angenehmen Wirkung nur oder fast nur bei sich mehr oder weniger zufällig ergebenden geselligen Gelegenheiten zu konsumieren. Der spätere Abhängige dagegen geht allmählich dazu über, vermehrt solche Situationen aufzusuchen oder herbeizuführen, in denen beiläufig konsumiert wird. Da er sich weiterhin im geselligen Rahmen bewegt, wird ihm sein vermehrter Konsum zunächst oft nicht bewusst. Nicht selten schreibt er dabei seine positive Stimmungsveränderung eher der Geselligkeit als dem Konsum zu, z. B. der Party, der Diskothek, dem Stammtisch.

Auch der spätere Medikamentenabhängige erlebt die Wirkung der Substanz zunächst als ausgesprochen positiv und hilfreich und nimmt diese nun immer häufiger ein. Anders als der spätere Alkohol- oder Drogenabhängige ist der Einsatz des jeweiligen Medikamentes aber von Beginn an bewusst zielgerichtet.

Auf diese Weise ergibt sich bei dem künftigen Suchtkranken ein sich kontinuierlich steigender Gewöhnungseffekt, d.h. körperlich verträgt er bald mehr von seiner Substanz als früher, er braucht jetzt jedoch auch größere Mengen, um die gesuchte Wirkung zu erreichen.

In dem Maße, in welchem dem zukünftigen Suchtkranken die für ihn positive Wirkung der Substanz bewusst wird, neigt er jetzt dazu, die suchterzeugende Substanz auch gezielt in für ihn schwierigen oder unangenehmen Situationen einzusetzen oder sie dazu zu benutzen, gezielt bereits vorhandene positive Stimmungslagen zu verstärken.

Dadurch, dass die Wirkung des Suchtmittels sich hierbei als zuverlässiges Hilfsmittel erweist, beginnt der zukünftige Suchtkranke, diese Erfahrung auf immer mehr Situationen zu übertragen. Im Laufe dieser Entwicklung verliert der Betroffene so allmählich die Bereitschaft und das Zutrauen, andere Lösungswege zu suchen oder anzuwenden (beginnende psychische Abhängigkeit). Unabhängig davon,

ob dieses zielgerichtete Verhalten bewusst oder unbewusst erlebt wird, erscheint der Konsum in dieser Phase jedoch weder dem Betroffenen noch seinen Angehörigen oder Freunden verdächtig.

B. Anfangsphase

Die Anfangsphase ist dadurch gekennzeichnet, dass Suchtmittel wie Alkohol und Drogen ihren Charakter als Genussmittel für den Abhängigen noch weiter verlieren und nun mehr und mehr einen Stellenwert als universelles Hilfs- und Heilmittel erhalten. Gleichzeitig beginnt der Umgang mit dem Suchtmittel und das Verhalten des Betroffenen in diesem Zusammenhang immer mehr von dem in der Gesellschaft üblichen Muster abzuweichen.

Bei Medikamentenabhängigkeit ist die Anfangsphase daran zu erkennen, dass Medikamente nicht mehr spezifisch für bestimmte konkrete Beschwerden und zeitlich streng befristet, sondern zunehmend als universelles Hilfs- und Heilmittel eingesetzt werden. In diesem Prozess verändern sich oft auch Verhalten und Einstellungen des Betroffenen.

1. Gedächtnislücken

Unter der Wirkung von Alkohol kann es zu Gedächtnislücken (sog. Erinnerungslücken, Filmrisse, Amnesien) kommen. Sie sind daran erkennbar, dass es dem Betroffenen schwerfällt oder ganz und gar unmöglich ist, sich an Tätigkeiten oder Begebenheiten zu erinnern, die während dieses Zustandes verrichtet wurden bzw. vorgefallen sind. Manchmal jedoch ist es noch möglich, durch Hinweise von anderen, Erinnerungsfetzen oder noch auffindbare Spuren, die fehlenden Gedächtnisinhalte zumindest teilweise zu rekonstruieren.

Gedächtnislücken können auch ohne äußere Anzeichen von Trunkenheit auftreten, wobei sogar eine vernünftige Unterhaltung geführt oder schwierige Arbeit geleistet werden kann, ohne dass später eine Erinnerung daran vorhanden ist.

In dieser Form finden sich Gedächtnislücken unter der Wirkung von Drogen in der Regel nicht.

Gedächtnislücken unter dem Einfluss von stimmungsverändernden Medikamenten gleichen im Allgemeinen den oben beschriebenen. Wegen der Langzeitwirkung verschiedener derartiger Medikamente ist es jedoch möglich, dass es auch noch im Verlauf des darauffolgenden Tages zu dadurch bedingten Erinnerungslücken kommt (z.B. nach abendlicher Einnahme von Schlaftabletten).

2. Heimlicher Konsum

Im Verlauf entwickelt sich bei dem Betroffenen die vage Vorstellung, dass er sein Suchtmittel anders als andere konsumiert. Um nun zu verhindern, dass andere die Menge oder Häufigkeit oder den Zeitpunkt oder Anlass seines Konsums bemerken, bemüht er sich z.B. im täglichen Alltag, vor, während oder nach Geselligkeiten unbemerkt zu konsumieren oder auch sein Suchtmittel unauffällig zu besorgen bzw. Verpackungsmaterial zu entsorgen. Im Gespräch wird die Konsummenge heruntergespielt oder verleugnet, unter den Augen anderer werden „vorzeigbare“ Mengen konsumiert oder Abstinenz vorgeführt. Je nach Lebenssituation kann es auch jetzt schon vorkommen, dass Suchtmittel versteckt werden.

Da stimmungsverändernde Medikamente in der Regel ohnehin nicht im Beisein anderer genommen werden, tritt das verheimlichende Verhalten hier meist noch nicht in Erscheinung. Es ist aber auch hier bereits durchaus möglich, dass der Betroffene aufhört, über seinen Medikamentenkonsum (auch z.B. dem Arzt gegenüber) offen zu sprechen und verstärkt darauf achtet, dass niemand seine Medikamente sieht oder die Einnahme beobachtet.

3. Häufiges Denken an Suchtmittel

Da der Suchtkranke sich inzwischen daran gewöhnt hat, sein Suchtmittel sowohl in Belastungssituationen als auch als Verstärker positiver Stimmungslagen einzusetzen, taucht der Gedanke an Suchtmittel nun immer häufiger in Verbindung mit unterschiedlichen Lebenssituationen auf. Dabei muss dies vom Betroffenen nicht bewusst registriert werden. So wird z.B. die Freude auf den Feierabend automatisch mit dem Gedanken an den Konsum verknüpft oder eine Einladung zu Geselligkeiten dahingehend geprüft, ob der Gastgeber genügend oder überhaupt Suchtmittel zur Verfügung stellen wird.

Medikamentenabhängige achten hier oft schon besonders darauf, genügend Medikamente vorrätig und ggf. diese bei sich zu haben.

4. Verstärktes Verlangen nach Wirkung

Um die Suchtmittelwirkung möglichst schnell zu erreichen, geht der Betroffene mehr und mehr dazu über, gerade zu Beginn möglichst schnell zu konsumieren.

Gleichzeitig achtet der Betroffene immer weniger auf eine genussvolle Gestaltung des Konsums. Gelegentlich wird auch hier schon auf schneller oder stärker wirkende Substanzen zurückgegriffen.

5. Schuldgefühle wegen des Konsums

Wenn dem Betroffenen bewusst wird, dass sich sein Konsumverhalten (Häufigkeit und Konsumart) von dem anderer unterscheidet, können bereits zu diesem Zeitpunkt mehr oder weniger vage Schuldgefühle und Selbstvorwürfe auftreten, die zwar eine verstärkte gedankliche Beschäftigung mit dem Konsum, jedoch keine konkrete Verhaltensänderung bewirken.

6. Vermeiden von Anspielungen auf Suchtmittel

Aus dem oben beschriebenen Schuldgefühl heraus oder auch unbewusst neigt der Betroffene dazu, Gesprächen oder Medieninformationen über die Suchtthematik auszuweichen.

Eine Auseinandersetzung mit von wohlmeinenden Freunden oder Familienmitgliedern zur Verfügung gestelltem Informationsmaterial zu dieser Thematik vermeidet er. Sein gesamtes Verhalten zielt darauf ab, seinen Kenntnisstand zu diesem Thema möglichst gering zu halten oder aber sich nur im Verborgenen zu informieren.

7. Gehäufte Gedächtnislücken

Bereits gegen Ende der Anfangsphase kann es zu einer allmählichen aber deutlichen Häufung der Gedächtnislücken sowohl bei Alkohol- als auch bei Medikamentenabhängigkeit kommen.

C. Kritische Phase

Der Übergang von der Anfangs- in die kritische Phase wird durch das Auftreten erster Kontrollverluste markiert. Mit dem Kontrollverlust erreicht die prozesshafte Entwicklung der Abhängigkeit das Stadium, ab dem man im engeren Sinne von einer Erkrankung sprechen kann. Auch der Kontrollverlust selbst, nach dem es dann langfristig kein zurück mehr gibt, zeigt alle Eigenschaften prozesshaften Anwachsens: Vom sich erstmals abzeichnenden, immer häufigeren Überschreiten selbst gesetzter, die Einnahmemenge betreffender, Grenzen, bis zu völlig haltloser massiver Weitereinnahme des Suchtmittels trotz deutlich absehbarer, erheblicher negativer Konsequenzen (wie in Punkt 40 der chronischen Phase beschrieben).

Dieses prozesshafte Anwachsen des Symptombildes des Kontrollverlustes geht in aller Regel damit einher, dass die Entwicklung der psychischen Abhängigkeit seit der Vorphase zu einem als immer übermächtiges empfundenen Verlangen nach der Wirkung des Suchtmittels wird.

Dieses zunehmende Verlangen schränkt die Entscheidungsfreiheit des Abhängigen bereits im Vorfeld des Kontrollverlustes, also bevor er überhaupt mit dem Konsum beginnt, immer mehr ein. Ein Widerstehen gegenüber solchen intensiver werdenden Wünschen nach Einnahme des Suchtmittels wird zunehmend schwieriger und anstrengender.

Das Auftreten von Kontrollverlusten führt im weiteren Verlauf der kritischen Phase fast zwangsläufig zu den dort weiter beschriebenen Symptomen. Hier zeigen sich zum einen soziale Belastungen in Form von Vorwürfen und Kritik aus dem sozialen Umfeld, zum anderen Rechtfertigungen und Schuldzuweisungen. Auch erste körperliche Beschwerden können auftreten.

Meist gelingt es dem Suchtmittelabhängigen in dieser Phase jedoch noch, solche negativen Konsequenzen abzuwenden, die von ihm als besonders schwerwiegend erlebt werden. Am Ende der kritischen Phase jedoch gibt es kaum noch einen Bereich im Leben des Betroffenen (Familie, Freunde, Arbeit, Urlaub etc.), in dem sich die Suchterkrankung noch nicht in irgendeiner Form ausgewirkt hat.

8. Kontrollverlust

Unter Kontrollverlust wird im Allgemeinen der fortschreitende Verlust der willentlichen Kontrolle über die Konsummenge verstanden. Dies zeigt sich konkret darin, dass der Betroffene, nachdem er eine kleine Menge seines Suchtmittels zu sich genommen hat, mit zunehmender Häufigkeit mehr konsumiert, als er sich vorgenommen hatte bzw. mehr, als in der jeweiligen konkreten Situation angemessen ist. Während zu Beginn der kritischen Phase derartige Kontrollverluste gelegentlich noch durch eigenes „Pflichtgefühl“ oder Einschreiten dritter Personen einzudämmen sind, wird dies mit zunehmender Ausprägung der Suchterkrankung immer schwieriger oder schließlich ganz und gar unmöglich. Der Kontrollverlust im eigentlichen Sinne bedeutet jedoch nicht, dass der Betroffene ständig konsumieren muss, auch für den Abhängigen ist es möglich, phasenweise gar nicht oder wenig zu konsumieren. Jedoch kommt es durch den Konsum mittel- oder langfristig immer wieder zu Kontrollverlusten.

In diesem Zusammenhang wird auch die Frage erhoben, warum der Betroffene nach seinen verhängnisvollen Erfahrungen anlässlich seiner wiederholten Kontrollverlusterlebnisse trotzdem immer wieder anfängt zu konsumieren. Er ist in diesem Stadium bereits psychisch von der Suchtmittelwirkung abhängig geworden, wenn es ihm auch noch nicht bewusst ist. Sein Wille in Verbindung mit dem Suchtmittel ist mindestens beeinträchtigt, er selbst jedoch glaubt, dass er seine diesbezügliche Willenskraft nur vorübergehend verloren hat und sie daher wiedererlangen kann und muss. Er ist sich jedoch darüber nicht im Klaren, dass er bereits suchtkrank geworden ist und es ihm

somit unmöglich ist, seinen Suchtmittelkonsum über längere Zeiträume hinweg einzuschränken oder zu kontrollieren.

9. Erklärungen für den Konsum (Ausreden, Alibis)

Mit dem Einsetzen von Kontrollverlusten erlebt der Konsum des Suchtkranken eine erneute Steigerung. Nicht selten führt dies zu heftiger Selbstkritik und/oder Kritik von anderen. Da der Suchtkranke zu diesem Zeitpunkt jedoch im Allgemeinen noch nicht bereit ist, seinen Konsum aufzugeben, empfindet er einen Rechtfertigungszwang, aus dem heraus er sich unbewusst ein Erklärsystem aufbaut. Er redet sich ein, dass er einen guten Grund zum Konsum gehabt habe und ohne diesen genau so mäßig wie alle anderen konsumieren könne. Diese sog. Konsumalibis führen im weiteren Verlauf dazu, dass der Suchtkranke sich zwar durch vielerlei Probleme belastet sieht, sein Konsumverhalten jedoch lange Zeit nicht als Problem erkennen kann.

Solchen Konsumalibis können durchaus reale und massive Probleme zugrunde liegen, die vom Betroffenen manchmal unbewusst aufrechterhalten oder herbeigeführt werden, um sich selbst eine Erlaubnis zum Konsum zu geben und/oder eine Auseinandersetzung mit dem Konsumverhalten zu vermeiden. Aus alledem wird ersichtlich, dass Erklärsysteme einen deutlich Sucht aufrechterhaltenden Charakter haben.

Der Medikamentenabhängige verfügt vom Beginn der Medikamenteneinnahme an über eine häufig vom Arzt durch Verordnung bestätigte Rechtfertigung der Suchtmittelaufnahme. Aber auch die Einnahme freiverkäuflicher Medikamente erscheint dem Betroffenen oft als gerechtfertigt, da Medikamente auch schon im allgemeinen Verständnis als Hilfs- und Heilmittel gelten,

Im Verlauf der süchtigen Entwicklung beim Einsatz dieser Medikamente erhält jedoch die ursprüngliche Symptomatik, mehr und mehr Alibicharakter, der jedoch dem Betroffenen oft lange Zeit nicht bewusst wird. Dadurch, dass viele stimmungsverändernde Medikamente letztendlich bei längerer süchtiger Einnahme, die durch sie ursprünglich bekämpften Symptome hervorrufen oder verstärken können, gerät der Medikamentenabhängige mehr und mehr in einen Teufelskreis von wachsendem Bedarf und gesteigerter Einnahme, die ihm jedoch vor diesem Hintergrund immer noch als gerechtfertigt erscheint.

10. Reaktionen der Umwelt

Infolge der zahlreicher und massiver werdenden Kontrollverluste wird das soziale Umfeld des Suchtkranken zunehmend auf sein Konsumverhalten aufmerksam. Familienangehörige, Freunde, Arbeitskollegen und/oder Vorgesetzte sprechen ihn auf Auffälligkeiten an, warnen und kritisieren ihn oder machen ihm sein Konsumverhalten zum Vorwurf. Gegen diese Reaktionen der Umwelt verteidigt sich der Betroffene oft mit Hilfe seines Erklärsystems, das sich dadurch weiter verfestigt. Gleichzeitig bemüht er sich daraufhin, seinen Konsum noch besser zu verbergen.

11. Kompensation des Verlustes an Selbstachtung

Zunehmende Kontrollverluste und damit im Zusammenhang stehende Misserfolgserlebnisse sowie die Kritik der Umwelt führen beim Suchtkranken zu einem schleichenden Verlust an Selbstachtung. Um diesen Verlust an Selbstakzeptanz zu kompensieren (ihm entgegen zu wirken) bzw. ihn nach außen nicht sichtbar werden zu lassen, stellt der Betroffene für sich und andere vor allem die Dinge und Bereiche positiv heraus, in denen er noch gut funktioniert. Oft stachelt er sich in diesem Zusammenhang zu besonderen Leistungen an, um sich und anderen zu zeigen, dass er durch seinen Suchtmittelkonsum in keiner Weise oder höchstens in unwesentlichen Bereichen, beeinträchtigt sei. Manchmal findet dieses Verhalten auch seinen Ausdruck in besonderer Extravaganz und Großspürigkeit, wodurch der Suchtkranke sich selbst und vor allem andere davon zu überzeugen versucht, dass er noch nicht so schlecht dran sei, wie er manchmal denkt oder wie es nach außen hin

aussehen mag. Infolge der häufig wesentlich längeren Glaubhaftigkeit und Wirksamkeit des Erklärsystems bei Medikamentenabhängigen tritt dieses kompensierende Verhalten seltener und wenn, dann deutlich später auf.

12. Auffällig aggressives Benehmen

Aufgrund seiner schwindenden Selbstachtung, der zunehmenden Kritik von anderen und dadurch, dass er mit seinem Erklärsystem immer weniger überzeugen kann, legt der Suchtkranke ein im Vergleich zu vorher ungewohnt aktiv oder passiv aggressives Verhalten an den Tag. Aktiv weist er z. B. wohlmeinende Ansprachen barsch zurück, schlägt in Auseinandersetzungen verbal rücksichtslos um sich oder wird sogar handgreiflich. Passiv stellt er die Kommunikation, insbesondere in der Familie und mit ihm wohlmeinenden Personen, ganz ein oder gestaltet sie auffallend einsilbig. In Verbindung damit erlebt sich der Suchtkranke manchmal auch in einer Opferrolle, wobei er seiner Umwelt die Schuld für sein Verhalten und die daraus entstandenen Schwierigkeiten zuschiebt.

13. Dauerndes Schuldgefühl als Anlass zum erneuten Konsum

Das in den Punkten 8 bis 12 beschriebene Verhalten führt trotz aller Abwehrbemühungen des Suchtkranken zu immer bedrückenderen Schuldgefühlen, die der Betroffene dann häufig durch erneuten Konsum zu beseitigen versucht (Teufelskreis).

14. Zeiträume völliger Abstinenz

Infolge der häufig abschreckenden Kontrollverlust-Erfahrungen und oft auch des zunehmenden sozialen Druckes aus der Umwelt gelingt es dem Suchtkranken nicht selten, längere oder kürzere Zeiträume völliger Suchtmittelabstinenz einzuhalten, die er fälschlicherweise als Beweis dafür nimmt, dass er seinen Konsum wieder „im Griff“ habe und daher auch wieder kontrolliert konsumieren könne. Dieses Verhalten findet sich bei Medikamenten-abhängigen sehr viel seltener, da der körperliche und seelische Druck zur weiteren Einnahme hier meist deutlich höher ist. Dies hängt damit zusammen, dass der Medikamentenabhängige von der Notwendigkeit der Einnahme seines Mittels in der Regel tiefer überzeugt ist.

15. Änderung des Konsumsystems

Zur Begrenzung und Vermeidung der unerwünschten Folgen des Kontrollverlustes entwickelt der Suchtkranke ein Konsumsystem mit von ihm festgelegten Regeln. So versucht er z.B. nicht vor einer bestimmten Tageszeit mit dem Konsum zu beginnen, nur noch am Wochenende, an bestimmten Orten oder nur noch bestimmte Arten von Suchtmitteln zu konsumieren oder ähnliches. Gelegentlich versuchen Betroffene auch, die Einnahmemenge eines Suchtmittels durch die Einnahme eines anderen zu begrenzen oder ein Suchtmittel durch ein anderes „weniger schlimmes“ Mittel zu ersetzen.

16. Fallenlassen von Freunden

Da der Suchtkranke befürchtet, dass sein soziales Umfeld die Veränderung in seinem Verhalten, insbesondere seine Unfähigkeit, seinen Konsum zu kontrollieren, bemerkt, zieht er sich zunehmend von seiner Umwelt zurück. Er versucht dabei, bewusst oder unbewusst der erwarteten Kritik von Freunden und Bekannten auszuweichen, was oft den Anfang eines umfassenden Prozesses sozialer Isolation bedeutet.

17. Konsequenzen am Arbeitsplatz

Der inzwischen gewachsene Drang zum Weiterkonsumieren wirkt sich nunmehr auf das Verhalten am Arbeitsplatz aus. Oft merkt der Suchtkranke selbst ein Nachlassen seiner Arbeitsmotivation, seiner Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit. Kollegen und Vorgesetzten fällt er nicht selten durch Unpünktlichkeit, Unzuverlässigkeit, häufige Fehlzeiten, „Krankfeiern“ oder unangemessenes, reizbares Verhalten auf. Gelegentlich ist ihm der Suchtmittelkonsum auch am Arbeitsplatz anzumerken. In diesem Zusammenhang kann es auch zu Abmahnungen, anderen arbeitsrechtlichen oder

disziplinarischen Konsequenzen oder zur Kündigung kommen. Manchmal übernimmt er auch selbst die Initiative und entzieht sich einer derartigen Konfrontation, indem er selbst seinen Arbeitsplatz kündigt.

18. Konsumieren ersetzt soziale Kontakte

Inzwischen hat der Konsum des Suchtkranken den Stellenwert eines universellen Hilfs- und Heilmittels erlangt. Dies führt dazu, dass der Suchtkranke z.B. in schwierigen Lebenssituationen, bei Problemen oder Konflikten nicht mehr um soziale Unterstützung nachsucht, sondern eher dazu geneigt ist, auch hier sein Suchtmittel als Medizin und Seelenröster einzusetzen. Ebenso neigt er dazu, Konfliktsituationen nicht mehr klärend anzugehen, sondern seinen Ärger mit dem Suchtmittelkonsum beiseite zu schieben. Mit oben beschriebenen Verhaltensweisen setzt sich beim Suchtkranken der Trend fort, sich sozial durch Rückzug in die eigene Problem- und Konsumwelt immer mehr zu isolieren.

19. Der Konsum wird wichtiger als Interessen und Pflichten

Hatte der Suchtkranke bislang seinen Konsum überwiegend in geeigneten Lücken (Pausen) seines normalen Tagesablaufes unterzubringen vermocht, so führt sein gesteigertes Konsumbedürfnis nunmehr dazu, seinen Tagesablauf immer mehr zu verändern: Der Tagesablauf wird den Konsumbedürfnissen angepasst.

Je nach individuellen Möglichkeiten, die berufliche und persönliche Tagesstruktur selbst zu gestalten, zeigt sich ein mehr oder weniger an den Konsumbedürfnissen ausgerichteter Tagesablauf.

Dabei versucht der Suchtkranke jedoch nach wie vor, seinen beruflichen und familiären Verpflichtungen Genüge zu tun, vernachlässigt jedoch oft bereits deutlich rein persönliche Vorlieben und Interessen (z.B. Hobbys, die sich nicht mit dem Konsum vereinbaren lassen).

Dabei wird für den Betroffenen häufig eine zunehmende Gleichgültigkeit und Energielosigkeit spürbar, die dazu führt, dass er sich trotz z.B. ausgeprägter sportlicher oder kultureller Vorlieben nicht mehr zu derartigen Unternehmungen aufrafft.

Dieses Verhalten führt zu einer Verstärkung seiner Unzufriedenheitsgefühle, wobei sich nicht selten auch das persönliche Interesse an der Arbeit massiv reduziert und die berufliche Tätigkeit nur noch ausgeübt wird, um vorgegebene Leistungsanforderungen zu erfüllen (Kritikvermeidung).

20. Der Konsum wird wichtiger als die Menschen, die mir nahestehen

Durch die massiv zunehmende Kritik, auch der engeren Vertrauenspersonen (Partner, Familie, enge Freunde) an seinem Konsumverhalten, gerät der Suchtkranke unter einen erheblichen Druck.

Während er einerseits bestrebt ist, seine engen Vertrauenspersonen nicht noch weiter zu enttäuschen, erlebt er andererseits immer deutlicher, dass es ihm nicht gelingt, seinen Konsum unter Kontrolle zu halten. Trotz ernsthaftester Vorsätze und Beteuerungen stößt er diese Menschen durch sein Weiterkonsumieren immer wieder vor den Kopf. Er entzieht sich dadurch oft gemeinschaftlichen Unternehmungen oder beschwört Streitereien herauf, die er dann als Alibi benutzt, um sich zurückziehen und weiter konsumieren zu können.

Dieses Verhalten ist beim Suchtkranken somit nicht selten auch mit Schuldzuweisungen an die nächsten Angehörigen verbunden. Die Angehörigen gewinnen dabei oft den Eindruck, dass sie jede Einflussmöglichkeit auf den Suchtkranken verloren haben und ihm wesentlich weniger bedeuten als das Suchtmittel.

21. Auffallendes Selbstmitleid

Der Suchtkranke bemerkt, dass er sich der von ihm als unangemessen empfundenen Kritik seiner Umwelt an seinem Konsumverhalten trotz seiner ernst gemeinten, aber meist erfolglosen Bemühungen letztlich nicht zu entziehen vermag. Oft fühlt er sich dabei von allen unverstanden und abgelehnt. Er neigt dazu, sich resignierend einem auffallenden Selbstmitleid zu überlassen, das ihm nicht selten als Alibi für erneuten Konsum dient. Dieses Verhalten zeigt sich beim Medikamenten-abhängigen häufig besonders ausgeprägt, da er die Einnahme seiner Medikamente auch jetzt noch oft als „medizinisch begründet“ und damit gerechtfertigt ansieht.

22. Gedankliche oder tatsächliche Flucht

Selbstmitleid, zugespitzter sozialer Druck und die verschärfte soziale Isolation verstärken beim Suchtkranken die unbestimmte Hoffnung, unter veränderten äußeren Gegebenheiten (anderer Wohnort, andere Arbeitsstelle, andere Partner o. ä.) sein Leben und insbesondere sein Konsumverhalten wieder „in den Griff“ bekommen zu können.

Er versetzt sich in seiner Phantasie in veränderte Lebensbedingungen, die für ihn günstiger erscheinen, wobei diese Gedanken sich zur „fixen Idee“ verdichten können. Damit verbunden ist häufig auch die Hoffnung, sich seiner Vergangenheit und damit auch der Folgen seines Konsums entledigen zu können. Bisweilen kommt es vor, dass der Suchtkranke diese „Fluchtideen“ auch konkret z.B. durch Umzug an einen anderen Ort in die Tat umsetzt.

23. Änderungen im Familienleben

Im Zuge dieser Entwicklung treten dann auch Veränderungen im Zusammenleben der Familie und im Verhalten der einzelnen Familienmitglieder ein. Ursache dieser Veränderung ist zunächst häufig der Versuch der Familienmitglieder, den Suchtkranken im Auge zu behalten und vor Schaden zu bewahren. Nachdem diese Versuche nicht gefruchtet haben, versuchen die Familienmitglieder im Allgemeinen, dem Suchtkranken aus dem Weg zu gehen und evtl. eigene Interessen wieder aufzunehmen bzw. neue zu entwickeln.

Um zu verhindern, dass das Konsumverhalten des Betroffenen Außenstehenden bekannt wird, ziehen sich die Familienmitglieder oft auch aus sozialen Kontakten zurück: Kinder laden keine Freunde mehr nach Hause ein oder gehen nicht mehr weg, Partner sagen Einladungen ab oder geben soziale Kontakte auf. Häufig reduzieren sich die Kontakte der Familienmitglieder auch untereinander auf das Notwendigste, wobei der Konsum des Betroffenen nicht selten zum einzigen Gesprächs- und Streitthema wird.

Kinder leiden sehr unter dieser Situation, da sie nicht begreifen, was um sie herum geschieht und den damit verbundenen Auswirkungen oft nicht gewachsen sind. Auch Trennung und Scheidung sind hier als äußerste Konsequenz dieser Veränderung zu nennen.

24. Grundloser Unwillen

Aufgrund seiner Angst vor Kritik, Schuldgefühlen, Selbstzweifeln, unterdrückten Konsumwünschen oder Entzugsdruck lebt der Suchtkranke jetzt in einem anhaltenden Spannungszustand, der oft bei ihm einen grundlosen, d.h. nicht durch einen äußerlich ersichtlichen Anlass gerechtfertigten, Unwillen auslöst. Dies kann sich z.B. in ausgeprägter Ungeduld, auffällender Gereiztheit, raschem Aufbrausen oder leichter Kränkbarkeit zeigen.

25. Sichern des Suchtmittelvorrates und verschärfter heimlicher Konsum

Die inzwischen massiven Kontrollverlust-Erfahrungen ebenso wie das inzwischen schon existentielle seelische Bedürfnis das Suchtmittel jederzeit greifbar zu haben, veranlassen den Suchtkranken, seinen

Suchtmittelvorrat immer zu sichern, wobei er je nach Lebenssituation spätestens jetzt auch dazu übergeht, ihn zu verstecken.

26. Vernachlässigung angemessener Ernährung

Da der Suchtkranke immer mehr gedanklich und in seinem Handeln um das Suchtmittel kreist und sich darüber hinaus auch erste Auswirkungen des Konsums auf den Organismus bemerkbar machen (Appetitlosigkeit), beginnt er auch allmählich, seine Ernährung zu vernachlässigen.

In Phasen des Konsums isst er häufig unregelmäßig oder gar nicht oder ernährt sich überwiegend von Fastfood oder Fertigprodukten.

27. Erste medizinische Behandlungen werden notwendig

Abhängig von der konsumierten Substanz werden erste organische Schäden akut. Bei Suchtkranken treten z.B. Gastritis (Magenschleimhautentzündungen), Leberschäden oder vegetative Dystonie (Neigung zu Herzrasen, Blutdruckschwankungen, vermehrtes Schwitzen) auf. Auch durch den Suchtmittelkonsum bedingte Unfälle können ambulante oder stationäre ärztliche Behandlungen notwendig werden lassen. Es kann auch zu ersten stationären Entgiftungen kommen.

28. Veränderungen im Sexualverhalten

Hat zu Beginn die Suchtmittelwirkung noch dazu beigetragen, sexuelle Hemmungen abzubauen und damit möglicherweise zu einer Steigerung sexueller Aktivitäten geführt, zeigt sich im Rahmen der allgemein zugenommenen Initiativlosigkeit des Suchtkranken jetzt eher ein verringertes bis völlig geschwundenes Interesse an Sexualität. Oft führen auch die vom Partner wahrgenommenen Auswirkungen des Konsums (Alkohol- oder Rauchgeruch, unangemessenes Verhalten) zu einer gegenseitigen Vermeidung körperliche Annäherung.

Bei Männern führt die anhaltende organische Vergiftung insbesondere durch Alkohol nicht selten auch dazu, dass sie nicht mehr in der Lage sind, den Geschlechtsakt durchzuführen (Impotenz).

29. Suchtmittelbedingte Eifersucht

Im Zusammenhang mit dem unter Punkt 28 beschriebenen Verhalten und insbesondere auch durch den vom Suchtkranken selbst wahrgenommenen Verfall der eigenen Attraktivität zeigen Betroffene nicht selten unbegründete eifersüchtige Reaktionen. Dem Partner wird unterstellt, er strebe nach einem attraktiven Ersatz oder habe diesen bereits gefunden. Dies kann sich zur „fixen Idee“ entwickeln.

30. Morgendlicher Konsum

Aufgrund des sich immer stärker ausprägenden Kontrollverlustes führt der nach vorabendlichem Konsum über Nacht abgesunkene Suchtmittelspiegel, verbunden mit der zunehmenden Angst, den Alltag nicht mehr bewältigen zu können, dazu, dass der Suchtkranke bereits in den Morgenstunden oder am Vormittag einen fast unwiderstehlichen Drang zum Konsum verspürt, dem er immer häufiger nachgibt. Mit diesem Verhalten steht der Suchtkranke deutlich außerhalb der gesellschaftlichen Konventionen. Auch dadurch wird erkennbar, wie sehr seine körperliche und moralische Widerstandskraft durch die Krankheit bereits untergraben sind.

in dieser Form gibt es dieses Symptom bei Medikamentenabhängigen nicht. Häufig fällt jedoch auch bei ihm die Art und/oder Menge der morgens oder vormittags eingenommenen Medikamente aus dem Rahmen (z. B. Schlafmittel morgens).

D. Chronische Phase

Die chronische Phase umfasst zum einen Symptome körperlichen und seelischen Entzugs sowie als Folge langjähriger Suchtmittelleinnahme spezifische körperliche Folgeerkrankungen. Zum anderen ist sie dadurch gekennzeichnet, dass das Verhalten des Abhängigen der Suchtmittelleinnahme phasenweise fast uneingeschränkt untergeordnet ist. Dies löst häufig massivste negative Reaktionen des Umfeldes aus und führt so zu einem erheblichen Leidensdruck des Betroffenen.

31. Ununterbrochener Suchtmittelinfluss über mehrere Tage

Die zunehmend beherrschende Rolle des Suchtmittels, die sich schon im morgendlichen Konsum zeigt, lässt den Vorsatz des Suchtkranken, weniger oder seltener zu konsumieren immer öfter zusammenbrechen, so dass es vorkommt, dass er über mehrere Tage hinweg ständig unter Suchtmittelwirkung steht. Dabei kann es passieren, dass er auch tagsüber deutliche Anzeichen der Suchtmittelwirkung zeigt, die er nicht mehr überspielen kann.

Wegen der oft langanhaltenden Wirksamkeit stimmungsverändernder Medikamente setzt diese Symptomatik bei Medikamentenabhängigen relativ früh ein. Der Medikamentenabhängige, der bereits morgens seine eigenmächtig erhöhte Dosis einnimmt, diese über den Tag hinweg immer wieder eigenmächtig ergänzt und in dieser Weise über mehrere Tage verfährt, befindet sich ebenfalls unter anhaltendem Medikamenteneinfluss. Oft erlebt auch der Medikamentenabhängige, dass seine Vorsätze, Medikamente vorsichtiger zu dosieren, dabei zusammenbrechen. Es kann jetzt durchaus vorkommen, dass dem Betroffenen die Medikamenteneinnahme am Tag mehr oder weniger deutlich anzumerken ist.

32. Zusammenbruch individueller Wertvorstellungen

Der sich immer massiver und zwanghafter durchsetzende Kontrollverlust in Verbindung mit der zunehmenden Gleichgültigkeit und Resignation des Suchtkranken führen dazu, dass auch wesentliche eigene Wertvorstellungen nicht mehr befolgt werden können. D.h. auch, dass der Betroffene ggf. bereit ist, sich im Notfall über alle gesellschaftlichen Regeln und Vorstellungen hinweg zu setzen, um sich den Konsum zu ermöglichen.

So kann es zum Beispiel vorkommen, dass er Besitz- und Eigentumsverhältnisse außer Acht lässt, seine Körperpflege in auffälliger Weise vernachlässigt oder sich völlig über berufliche und private Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten hinwegsetzt.

Insbesondere Menschen, die von illegalen Drogen abhängig sind, kommen hier nicht selten in die Situation, Schulden machen zu müssen oder sich das notwendige Geld zur Beschaffung der Drogen auf illegale Weise anzueignen.

Bei medikamentenabhängigen Patienten kann es zu Rezeptfälschungen oder auch - wenn sie in einem entsprechenden Bereich arbeiten - zum Diebstahl von Medikamenten kommen.

33. Beeinträchtigung des Denkens

Das Denkvermögen des Suchtkranken weist inzwischen erhebliche Ausfallerscheinungen auf. Oft ist er nicht mehr oder nur noch begrenzt in der Lage, seine Situation realitätsgerecht oder mit der ausreichenden Kritikfähigkeit einzuschätzen. Folgerichtige Überlegungen fallen schwer, schwierige Zusammenhänge können nur noch mühsam oder gar nicht erfasst werden und/oder die Konzentrationsfähigkeit ist massiv beeinträchtigt, so dass es ihm z.B. schwer fällt, längere Texte zu lesen und zu verstehen. Am Arbeitsplatz zeigt er sich fahrig und unaufmerksam. Insbesondere amphetamin- oder kokainabhängige Patienten zeigen sich nicht selten trotz subjektiv erhöhter Leistungsfähigkeit hektisch und unstrukturiert.

Im Zusammenhang mit dem oben Beschriebenen kann es zu auffälligen beruflichen und privaten Fehlentscheidungen kommen. Ebenso ist es aufgrund der Beeinträchtigung des Denkens bisweilen auch schwer, neue Sichtweisen und Gedanken - so wie das in einer Therapie notwendig ist - in das eigene Denksystem aufzunehmen. Nicht selten ist die gesamte intellektuelle Leistungsfähigkeit jetzt auch in Abstinenzphasen deutlich beeinträchtigt.

34. Psychische Entzugserscheinungen

Mit dem Absinken des Suchtmittelspiegels treten beim alkohol- und/oder drogenabhängigen Betroffenen unbestimmte, massive Ängste und ausgeprägte innere Unruhe auf. Er fühlt sich ständig nervös. Diesen Zustand versucht er mit erneutem Konsum abzuwehren bzw. zu überspielen, was ihm jedoch auf Dauer nur gelingen kann, wenn er seinen Suchtmittelspiegel ständig ergänzt.

Bei Medikamentenabhängigen wird die Form der Entzugserscheinungen bestimmt durch die Art des eingesetzten Medikamentes. So wird z.B. jemand, der von Beruhigungsmedikamenten und Schlafmitteln abhängig ist, im Entzug-ähnlich wie der Alkoholiker - Angstgefühle verspüren, während beim Schmerzmittelabhängigen neben der Unruhe in der Regel Schmerzen auftreten. Wer von Aufputzmitteln abhängig ist, wird sich dagegen beim Absinken der Wirkung deutlich niedergeschlagen, körperlich schlapp und abgeschlagen fühlen.

35. Erhebliche körperliche Entzugserscheinungen

Beim Alkoholiker können mit dem Absinken des Alkoholspiegels jetzt auch massive körperliche Entzugserscheinungen, wie anhaltendes Zittern, besonders der Hände (Tremor), massive Schweißausbrüche, Herzrasen, Schwindel, Erbrechen oder Würgen auftreten. Besonders ausgeprägt sind diese Symptome häufig morgens, wenn der Betroffene in der Nacht seinen Alkoholspiegel nicht ergänzt hat. Das verräterische Zittern erlebt der Alkoholiker aber auch nicht selten in Situationen, in denen er sich beobachtet fühlt. Auch diese Zustände kann der Alkoholiker nur noch mit erneutem Trinken unter Kontrolle bringen. Bei Kokain- oder Amphetaminkonsumenten zeigen sich im Entzug häufig eine starke Erschöpfung, Müdigkeit und depressive Verstimmung. Cannabiskonsumenten erleben nicht selten Symptome wie Schwitzen, Magen- und Darmprobleme, Kopfschmerzen und Muskelzittern. Medikamentenabhängige Patienten zeigen ähnliche Entzugssymptome wie Alkoholiker. Die Form der Entzugserscheinungen wird jedoch, wie unter Punkt 34 beschrieben, durch die Art des eingesetzten Medikamentes bestimmt.

36. Veränderungen bei der Wahl der Konsumgesellschaft

Ähnlich wie bei dem unter Punkt 32 beschriebenen „Zusammenbruch individueller Wertvorstellungen“ kann es jetzt auch vorkommen, dass es dem Suchtkranken bei der Wahl seines sozialen Umfeldes nur noch darauf ankommt, sich den Weiterkonsum in Gesellschaft zu sichern. So kann es dazu kommen, dass er jetzt auch mit Personen konsumiert, mit denen er sonst kaum Kontakt suchen oder den Kontakt sogar unbedingt vermeiden würde. Oft schließt er sich auch einem Personenkreis an, dem er sich deutlich überlegen fühlt und verfährt hier nach dem Motto: „Unter den Blinden ist der Einäugige König.“

Beim Medikamentenabhängigen tritt dieser Punkt bisweilen im Zusammenhang mit dem Beschaffungsverhalten auf (z. B. Schwarzmarktbeschaffung).

37. Zuflucht zu Ersatzstoffen

Der Drang, weiter zu konsumieren, um Entzugserscheinungen zu vermeiden, kann jetzt so massiv werden, dass der Suchtkranke, falls das eigentliche Suchtmittel nicht zur Verfügung steht, zu Ersatzstoffen greift. So konsumiert der Alkoholkranke im Entzug möglicherweise Kölnisch Wasser oder Parfüm, alkoholhaltige Medizin, Melisengeist, Spiritus, Franzbranntwein o. Ä. Drogenabhängige

Patienten greifen ggf. auch auf andere Substanzen zurück (Konsum von zerbröseltem Ecstasy nasal) oder nehmen Substanzen ein, von denen sie nicht wissen, was sie enthalten.

In der beschriebenen Form tritt dieser Punkt bei Medikamentenabhängigen in der Regel nicht auf, was jedoch vorkommen kann, ist, dass der Betroffene in Entzugssituationen Medikamente völlig wahllos und unabhängig von deren Indikation und Zielrichtung einsetzt (z. B. Beruhigungsmittel bei Schmerzen).

38. Massives Entzugssyndrom

Die unter Punkt 35 beschriebene Entzugssymptomatik kann so ausgeprägt sein, dass es zu schweren Kreislaufstörungen, Blutdruckentgleisungen, Herzrhythmusstörungen und anderen ärztlicher Hilfe bedürfen, ggf. auch eine Krankenhauseinweisung erforderlich machen. Komplizierend kann insbesondere bei alkohol- oder benzodiazepinabhängigen Betroffenen auch ein unter Punkt 41 erwähnter Krampfanfall hinzukommen.

39. Internistische und neurologische Folgeerkrankungen

Schwerwiegende internistische oder neurologische Folgeerkrankungen machen ärztliche, ambulante oder stationäre Behandlungen erforderlich. Bei Alkoholkranken handelt es sich hier auf internistischem Gebiet hauptsächlich um mehr oder minder fortgeschrittene Lebererkrankungen, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse und des Verdauungssystems, massive Stoffwechsel- und Elektrolytstörungen (Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Diabetes mellitus, Muskelkrämpfe), Bluthochdruck (Folge: Herzinfarkt und Schlaganfall), schlecht heilende Hauterkrankungen, Veränderungen des Blutbildes (Blutarmut und Infektanfälligkeit) und Herz- und Lungenerkrankungen.

Neurologisch kommt es infolge der chronischen Alkoholintoxikation (Vergiftung) zu Schädigungen des peripheren, d. h. motorischen und sensiblen Nervensystems, der so genannten Polyneuropathie. Sie äußert sich im Frühstadium in Kribbeln und Taubheitsgefühl sowie Kraftminderung oder Lähmung, zunächst im Bereich der Hände und Füße. Es kommt z.B. zu brennenden Füßen (besonders nachts) und Gangunsicherheit oder Störungen im Bereich der Hände z.B. beim Greifen. Im weiteren Verlauf der Erkrankung steigt die Polyneuropathie immer mehr auf, so dass dann auch immer mehr die Arme und Beine, später der ganze Körper betroffen ist. Es kommt zu immer stärkeren Taubheitsgefühlen, Kribbelgefühlen, Schmerzen oder Lähmungen. Gleichzeitig kommt es durch Beeinträchtigung des sog. vegetativen Nervensystems zu Völlegefühl, Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit, morgendlichem Erbrechen, Herzasen und Durchblutungsstörungen an Händen und Füßen. Auch vermehrte Schweißausbrüche sind als Zeichen des gestörten vegetativen Nervensystems zu sehen. Schädigungen des zentralen Nervensystems zeigen sich als irreparable Zerstörungen der Hirnzellen (Hirnabbau) mit der Folge von erheblichen Störungen der Merk- und Konzentrationsfähigkeit sowie der Kritikfähigkeit und des Auffassungsvermögens (in ausgeprägter Form: sog. Korsakow-Syndrom).

Im Gegensatz zu vielen Organen ist das Nervensystem nicht in der Lage, sich zu erneuern.

Alle o.g. Symptome können auch mehr oder minder ausgeprägt bei Medikamentenabhängigkeit auftreten. Insbesondere zeigen sich jedoch je nach Medikament Leber-, Magen- und Nierenerkrankungen sowie Beeinträchtigungen des vegetativen Nervensystems bis hin zur Polyneuropathie und des Hirnabbaus.

Auch der Konsum von illegalen Drogen kann zu erheblichen körperlichen Schäden führen, die jedoch mehr von der Art der Substanz bestimmt werden. So schädigt der Konsum von Cannabis insbesondere das zentrale Nervensystem und durch den Konsumweg (Rauchen) die Lunge.

Kokain und Amphetamine wirken sich insbesondere auf die Gefäßmuskulatur aus und können Herzinfarkte oder Schlaganfälle auslösen. Durch den Konsumweg über die Nase kommt es auch häufig zu massiven Schädigungen der Nasenschleimhaut.

Auch das Auftreten von Psychosen kommt beim Konsum derartiger Substanzen nicht selten vor.

40. Konsumieren wird Besessenheit

Wenn der Suchtkranke in diesem Krankheitsstadium mit dem Konsum beginnt, kann es ihm passieren, dass er den Drang zum Weiterkonsum als so unwiderstehlich erlebt, dass er auch massivste negative Folgen in Kauf nimmt und/oder extrem unverhältnismäßige Risiken bei seinem weiteren Konsum eingeht: So nimmt er z.B. trotz bereits bestehender beruflicher Probleme in Kauf, gar nicht oder deutlich unter Suchtmittelwirkung stehend am Arbeitsplatz zu erscheinen oder am Arbeitsplatz weiter zu konsumieren.

Der Drang zum Weiterkonsum steuert sein gesamtes Verhalten, sodass der fortgesetzte Konsum ohne Rücksicht auf Verluste und scheinbar ohne Sinn und Verstand erfolgt.

Der Drang weiter zu konsumieren setzt sich über jegliche kritische Vernunft hinweg, sodass das Suchtmittel zum wichtigsten Element der Lebensgestaltung wird.

41. Entzugsbedingte Krampfanfälle

Wenn der alkohol- oder medikamentenabhängige Betroffene seinem Körper in dieser Entwicklungsphase der Suchtkrankheit nicht ausreichend Suchtmittel zuführt bzw. ihm die Substanz gänzlich entzieht, kann es zu entzugsbedingten Krampfanfällen kommen.

Der Betroffene verliert - meist ohne Vorwarnung - plötzlich das Bewusstsein, stürzt und verfällt zunächst in eine heftige Verkrampfung der Muskulatur, danach in rhythmische Bewegungsabläufe. Eine Erinnerung an dieses Ereignis besteht in aller Regel nicht. Krampfanfälle können zu jeder Tageszeit - auch im Schlaf - auftreten. Solche Krampfanfälle sind durch den damit verbundenen Atemstillstand lebensbedrohlich.

Bei stationären Entgiftungsbehandlungen kann mit Hilfe von Medikamenten die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Krampfanfällen deutlich gesenkt werden. In einigen Fällen kann sich auch ein dauerhaftes Anfallsleiden entwickeln (alkoholische Epilepsie).

42. Suizidgedanken bzw. -versuche

Auf der Basis häufig sehr massiver Schuldgefühle, Selbstvorwürfe und ausgeprägter Minderwertigkeitsgefühle, entwickelt sich beim Suchtkranken oft das nun mehr klare Bewusstsein, dass fortgesetzter Konsum seine Lebenssituation nur noch verschlimmern kann. Gleichzeitig drängen ihn die Angst vor Entzugserscheinungen sowie die inzwischen verschärft bestehende Befürchtung, seinen Alltag ohne Suchtmittel nicht bewältigen zu können, dazu, weiter zu konsumieren. Hilflos in diesem Spannungsfeld gefangen, kann er nun in einen so verzweifelten Gemütszustand geraten, dass er ernsthaft Überlegungen anstellt, sich das Leben zu nehmen bzw. dies tatsächlich versucht.

43. Abfall der Toleranz

Dieses Symptom findet sich nur bei alkoholabhängigen Betroffenen.

Durch die massive körperliche Schädigung, insbesondere der Leber, kann es dazu kommen, dass die bis dahin stark erhöhte Alkoholtoleranz plötzlich deutlich zurückfällt. Dieser so genannte „Toleranzknick“ zeigt sich darin, dass sich der Betroffene bereits nach der Einnahme geringer Mengen

Alkohols betrunken fühlt. Da diese Wirkung jedoch im Allgemeinen nicht lange anhält, trinkt er jetzt in noch kürzeren Abständen noch hektischer und zwanghafter.

44. Das Erklärssystem versagt

Das unter Punkt 9 beschriebene Verhalten des Suchtkranken, rationale Erklärungen und Entschuldigungen für sein Konsumverhalten heranzuziehen, wird spätestens in der chronischen Phase durch das eigene Verhalten so häufig und unbarmherzig der Wirklichkeit gegenübergestellt, dass auch der Betroffene selbst nicht mehr daran glauben kann. Er muss zur Kenntnis nehmen, dass sein Konsum sich weitgehend verselbständigt hat und somit zu seinem Hauptproblem geworden ist.

Dieses Versagen des Erklärsystems stellt die Voraussetzung dafür dar, sich ernsthaft um Hilfe und Unterstützung zu bemühen (Selbsthilfegruppen, Beratungsstelle, Therapie).

45. Entzugsdelir (Delirium tremens)

Als massivste Entzugserscheinung kann ein Delirium tremens auftreten. Eingeleitet wird es oft mit Schlaf-, Magen-, Darmstörungen und erheblicher motorischer Unruhe, ausgeprägter Schreckhaftigkeit, grobschlägigem Händezittern, ausgeprägtem Schwitzen und Herzrasen. Es findet sich häufig Nesteln an der Bettdecke. Es kommt zum Auftreten meist optischer, selten auch akustischer Halluzinationen, d.h. es wird etwas gehört oder gesehen, was nicht existiert. Die Unruhe kann sich bis zur Getriebenheit steigern. Es bestehen wahnhafte Vorstellungen, die Kritikfähigkeit sowie die Orientierung zu Zeit, Ort und Situation sind eingeschränkt oder aufgehoben. Es besteht eine Steigerung der Beeinflussbarkeit. Das Bewusstsein ist nicht immer getrübt. Zusätzlich bestehen schwere Entgleisungen des Herz-Kreislaufsystems mit stark erhöhtem Blutdruck, hoher Herzfrequenz und Atemstörungen. Ohne Behandlung besteht die hohe Gefahr eines tödlichen Verlaufes.

Das Delirium tremens tritt vor allem beim Entzug von Alkohol oder Medikamenten auf.

Der instinktive und der paradoxe Weg

Von Franz Strieder

Um ein vertieftes Verständnis von Machtlosigkeit zu gewinnen, möchte ich Ihnen zunächst einige Gedanken über zwei verschiedene Wege vorlegen: Den instinktiven Weg und den paradoxen Weg.

Der instinktive Weg

1. Der instinktive Weg ...

... mein Alkoholproblem lösen zu wollen, setzt voraus, dass ich dieses Problem erkannt habe, besser gesagt: dass ich erkannt habe, dass ich Alkoholiker bin und dass weiter trinken gleichbedeutend wäre mit Selbstmord. Zu dieser Erkenntnis kommt eine Ersthoffnung, die zwar noch sehr oberflächlich aufbricht, aber doch vorhanden sein muss. Eine Hoffnung, dass es einen Weg weiter gibt. In der Therapie kommt es zu dieser Hoffnung häufig durch Identifikation mit dem abhängigen Therapeuten. In dieser Situation glaubt der Patient, nur zwei Wahlmöglichkeiten zu haben: Entweder der Alkohol vernichtet mich, oder ich bekämpfe und vernichte den Alkohol. Da die erste Möglichkeit dem Selbstmord gleichkäme, bleibt scheinbar nur der zweite Weg. Kampf gegen die Abhängigkeit, Kampf gegen den Alkohol. Offensichtlich ist in uns Menschen eine ganz starke instinktive Tendenz, diesen Kampfweg zu gehen. Daher instinktiver Weg. Der Mensch, der angegriffen wird, wehrt sich und schlägt instinktiv zurück. Angriff ruft Gegenangriff hervor.

Die Worte, die in diesem Stadium gebraucht werden, heißen etwa: „Ich muss es schaffen und ich will es schaffen, das weiß ich ganz genau“. Oder: „Ich muss eben meinen Willen einsetzen, um mein Problem zu lösen“. „Ich muss stärker sein als der Alkohol und ihn besiegen“. Oder: „Ich muss mich in jeder Weise kontrollieren, um dadurch meine Abhängigkeit in den Griff zu bringen.“

Die Umgebung des Abhängigen, die solche Worte aus seinem Munde hört, ist begeistert: Endlich gebraucht er seinen Willen.

2. Der instinktive Weg als Flucht in die Gesundheit

Jeder von Ihnen weiß, dass dieser instinktive Weg eben kein echter Ausweg ist, sondern eine Flucht nach vorne, eine Flucht in die Gesundheit. Die Entscheidung, gegen die Abhängigkeit zu kämpfen, führt zu keiner echten Nüchternheit. Sie kann zu einer oft erstaunlich langen Trockenheit führen, aber die Gefahr des Rückfalles liegt auf der Hand.

Daher ist der instinktive Weg im Grunde eine äußerst gefährliche Falle. Fragen wir uns nun, warum ist dieser Kampfweg ein Irrweg?

- Dieser Weg übersieht ganz einfach, dass ein wesentliches Symptom dieser Krankheit eben der Kontrollverlust ist, d.h. die Unfähigkeit, mit dem Willen die Trinkmenge zu bestimmen. Flucht in die Gesundheit ist der aussichtslose Versuch, Freiheit in einem Bereich zu etablieren, wo eben keine Freiheit vorhanden ist.
- Der instinktive Weg übersieht, dass die Abhängigkeit den ganzen Menschen erfasst, dass es nicht nur darum geht, nicht mehr zu trinken, sondern sich zu verändern. Ohne Veränderung keine Nüchternheit (Trockenrausch).
- Der instinktive Weg ist ein Alleingang. Ich schaffe es mit meinem Willen. Der Abhängige übersieht dabei, dass er alleine nicht aus der Misere herauskommt. Der Alleingang programmiert den Rückfall (es gibt verschiedene Schattierungen des Alleinganges. Unter Umständen kann auch einer, der zu einer Selbsthilfegruppe geht, noch im Alleingang stehen, dann nämlich, wenn er im Grunde keine Hilfe annehmen will).

3. Der innere Konflikt und seine Lösung

Wir haben bisher den instinktiven Weg beschrieben und ihn in seiner Fragwürdigkeit und auch Gefährlichkeit dargestellt. Was geht aber in einem Menschen vor, der diesen Weg geht? Dieser Mensch lebt in einer Gespaltenheit. Vom Verstand her sieht er ein, dass er kapitulieren muss, dass er Alkoholiker ist, dass er machtlos ist gegenüber dem Alkohol. In den tieferen Schichten, in den Gefühlsschichten, ich sage es schlicht einfach, im Bauch, steckt noch ein Nein. Nennen Sie es Stolz, nennen Sie es den King in uns oder nennen Sie es das grandiose Allmachtsgefühl, das spielt hier keine Rolle. Im Kopf ist also ein Ja, im Bauch ist ein Nein, das macht die Gespaltenheit aus, die Spannung, die Verkrampfung, in der ein solcher Mensch lebt. Außerdem sagt dieses Nein, dass ich noch nicht bereit bin, meine Abhängigkeit als einen Teil meiner Persönlichkeit voll zu akzeptieren.

Ärger, Angst und Zorn, die Abhängigkeit loszulassen und sich auf die eigenen Füße zu stellen, sind noch zu stark. Dieser Zustand der Gespaltenheit ist für die meisten Patienten der Therapie zutreffend. Mit einem Teil sagen sie ja zu der chronischen Krankheit, aber der andere Teil sagt weiterhin Nein. Dieser Teil ist tief unten im Menschen.

Viel schwerer zugänglich als der Verstand. Dieser Zustand ist ein sehr schwieriger, aber für die meisten Patienten ein unvermeidlicher. Ich habe den Eindruck, dass nur sehr wenige Patienten zu einer unmittelbaren Kapitulation, also zu einem Ja im Kopf und im Bauch kommen. Die meisten Patienten machen wohl den Umweg, den mittelbaren Weg über den instinktiven Weg. Aufgabe der Therapie ist es, sich mit dieser Gespaltenheit auseinanderzusetzen und zu einer vollen Annahme im Kopf und im Bauch zu kommen. Damit wären wir nun schon bei dem zweiten Weg, bei der Frage, wie kommt es zu einer ganzen Annahme der Kapitulation. Dieser Weg unterscheidet sich wesentlich vom instinktiven Weg und er ist eigentlich gegen den so genannten gesunden Menschenverstand, deshalb nenne ich ihn den paradoxen Weg.