

## Missbrauch und Sucht: Alkohol und Drogen

Dossier von Pro Psychotherapie e.V.

### Inhaltsverzeichnis

Alkohol als Teil der Lebenskultur .....	2
Alkohol: Missbrauch und Abhängigkeit .....	2
Was versteht man unter „Alkoholmissbrauch“? .....	3
Was versteht man unter „Alkoholabhängigkeit“? .....	4
Häufigkeit, Folgen, Diagnose und Therapie-Chancen .....	5
Gründe für das Entstehen eines Alkoholproblems – Biologische, psychische und soziale Faktoren .....	8
Warum bleibt das Alkoholproblem bestehen oder verschlechtert sich? .....	10
Welche Behandlungsansätze gibt es bei Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit? .....	12
Drogen: Missbrauch und Abhängigkeit .....	17
Welche Arten von Drogen gibt es? .....	17
Was versteht man unter Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit? .....	17
Häufigkeiten, Diagnose und Therapie-Chancen.....	18
Welche Faktoren spielen bei Drogenmissbrauch und –abhängigkeit eine Rolle? .....	20
Welche Therapie- und Selbsthilfe-Ansätze gibt es? .....	20
Quellen .....	21

## **Alkohol als Teil der Lebenskultur**

Alkohol ist in vielen Ländern ein Teil der Lebenskultur: Man trinkt bei Feierlichkeiten und beim Essen, stößt bei freudigen Ereignissen mit einem Glas Sekt an, trifft sich abends mit Freunden „auf ein Bier“. Oft wird sogar erwartet, dass man in geselliger Runde ein Glas mittrinkt, und unter Männern gilt es als positive Eigenschaft, wenn jemand besonders trinkfest ist.

Auf der anderen Seite kann hoher Alkoholkonsum zu erheblichen Problemen und Folgeschäden führen. Nach Rauchen und Bluthochdruck ist Alkohol in Europa der dritthäufigste Grund für vorzeitige Todesfälle durch gesundheitliche Probleme. Man schätzt, dass in der EU 23 Millionen Menschen alkoholabhängig sind und 55 Millionen einen riskanten, gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum haben. Darüber hinaus hat übermäßiger Alkoholkonsum negative Auswirkungen auf zwischenmenschliche Beziehungen und die Arbeitsfähigkeit.

Auch Drogen spielen in unserer Gesellschaft – und in der Geschichte der Menschheit – eine nicht unbedeutende Rolle. So wurden sie in früheren Zeiten oft bei religiösen Festlichkeiten und Ritualen eingesetzt. Heute konsumieren in den westlichen Ländern viele, vor allem junge Menschen Drogen. Dabei ist die Gefahr, dass der Konsum nach anfänglichem „Experimentieren“ außer Kontrolle gerät und irgendwann zu einer Abhängigkeit führt, bei vielen Drogen hoch. Diese Risiken spiegeln sich auch in der Gesetzgebung wider: In vielen Ländern sind Drogenbesitz und Drogenkonsum illegal und werden mit harten Strafen geahndet.

## **Psychoaktive Substanzen – Definition**

Alkohol und Drogen gehören zu den so genannten psychoaktiven Substanzen. Darunter versteht man Stoffe, die sich auf das zentrale Nervensystem auswirken. Dadurch beeinflussen sie Gefühle, Gedanken, körperliches Befinden und das Verhalten. Die Wirkung von Alkohol und Drogen wird oft als positiv empfunden – was die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Substanzen erneut konsumiert werden. Dabei können die positiven Wirkungen so stark sein, dass jemand die Einnahme nicht mehr kontrollieren kann. Die Substanz wird dann immer weiter eingenommen, obwohl sie kurz- und langfristig gesehen negative Auswirkungen hat. Auf diese Weise kann sich ein Missbrauch oder sogar eine Abhängigkeit entwickeln.

## **Alkohol: Missbrauch und Abhängigkeit**

Bei den psychischen Störungen, die durch einen überhöhten Alkoholkonsum zustande kommen, unterscheidet man zwischen Alkoholmissbrauch (schädlichem Gebrauch von Alkohol) und Alkoholabhängigkeit.

## Was versteht man unter „Alkoholmissbrauch“?

Um von einem schädlichen Gebrauch von Alkohol zu sprechen, müssen nach dem „internationalen Klassifikationssystem der Krankheiten“ (ICD-10) mindestens einen Monat lang (oder wiederholt in den letzten zwölf Monaten) körperliche oder psychische Schäden durch den Alkoholkonsum auftreten. Das können zum Beispiel eine gestörte Urteilsfähigkeit oder Störungen des normalen Verhaltens sein. Die Probleme können zu Einschränkungen der beruflichen Funktionsfähigkeit und zu Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen führen.

Nach dem „Diagnostischen und Statistischen Manual für mentale Erkrankungen“ (DSM-IV-TR) spricht man von einem Alkoholmissbrauch, wenn der Alkoholkonsum zu ausgeprägtem Leiden oder Beeinträchtigungen führt. Dabei muss mindestens eine der folgenden Auswirkungen vorhanden sein:

- Vernachlässigung von Verpflichtungen (zum Beispiel in der Schule oder bei der Arbeit)
- körperlichen Gefährdungen (zum Beispiel eine riskante Fahrweise)
- zwischenmenschliche Probleme
- wiederholte Probleme mit dem Gesetz

### **Fallbeispiel**

*Herr S. ist 34 Jahre alt und steht eigentlich mitten im Leben. Er hat einen guten Job bei einer großen Automobil-Firma, ist verheiratet und hat drei Kinder. Nach der Arbeit trifft er sich ein bis zwei Mal in der Woche mit „alten Kumpels“ in einer Kneipe zum Kartenspielen. Am Wochenende fährt die Clique ab und zu ins Fußballstadium, um die Spiele „ihrer“ Mannschaft anzuschauen. Bei diesen Gelegenheiten wird von allen Beteiligten gern und ausgiebig Bier getrunken. Herr S. empfindet die Treffen als ausgelassen und als willkommene Abwechslung von den Verpflichtungen in Arbeit und Familie.*

*Seit einiger Zeit hat Herr S. zunehmend Schwierigkeiten in seiner Ehe. Wenn er abends von der Arbeit nach Hause kommt, gibt es oft Streit. Auch die Kinder (zwei und fünf Jahre alt) sind in seinen Augen oft aufmüpfig und anstrengend. Immer öfter verabredet Herr S. sich nun mit Freunden in der Kneipe, um dem „Stress“ zuhause aus dem Weg zu gehen. Dabei fühlt er sich meist erst richtig wohl, wenn er zwei bis drei Bier getrunken hat. An den Wochenenden kommt es nun immer wieder vor, dass Herr S. „über die Stränge schlägt“ und bis drei oder vier Uhr nachts von einer Kneipe zur nächsten zieht. Am nächsten Tag ist er oft verkatert, „reißt“ sich aber bei den Aktivitäten der Familie „zusammen“. Seine Frau hat ihm schon öfters vorgeworfen, zu wenig Zeit mit der Familie zu verbringen und sich nicht genügend um die Kinder zu kümmern.*

*Herrn S. fällt mit der Zeit selbst auf, dass sein Alkoholkonsum „etwas aus den Fugen“ geraten ist. Er beobachtet immer öfter, dass er nach der Arbeit und an den Wochenenden den starken Wunsch verspürt, Alkohol zu trinken, und es ihm schwerfällt, darauf zu verzichten. Als seine Frau ihm nach einer weiteren durchzechten Nacht damit droht, auszuziehen, sucht er Rat bei einem guten Freund. Dieser rät ihm, eine Beratungsstelle zu besuchen.*

## **Was versteht man unter „Alkoholabhängigkeit“?**

Eine Alkoholabhängigkeit wird in den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM sehr ähnlich definiert. Demnach muss mindestens einen Monat lang (oder wiederholt in den letzten zwölf Monaten) ein problematisches Trinkverhalten bestanden haben, das zu ausgeprägtem Leiden oder Beeinträchtigungen führt. Nach ICD-10 müssen mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- starkes Verlangen, Alkohol zu trinken
- verminderte Kontrolle darüber, wann man mit dem Trinken beginnt und wieder aufhört und verminderte Kontrolle über die Menge, die man trinkt
- Toleranzentwicklung – das heißt, es muss immer mehr Alkohol getrunken werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen
- körperliche Entzugserscheinungen, wenn kein Alkohol oder weniger Alkohol als sonst getrunken wird
- Einengung auf den Konsum von Alkohol – das heißt, der Betroffene vernachlässigt andere Beschäftigungen oder gibt diese ganz auf. Dies können angenehme Beschäftigungen (zum Beispiel Hobbies), aber auch Verpflichtungen sein.
- Weitertrinken trotz schädlicher Folgen

Entzugserscheinungen, die beim Verzicht auf Alkohol auftreten, sind Übelkeit, Nervosität, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, Zittern, starkes Schwitzen und das starke Verlangen, wieder Alkohol zu trinken. In seltenen, schweren Fällen können auch Halluzinationen, Krampfanfälle oder ein Delir auftreten. Charakteristisch für ein Delir sind Verwirrtheit und fehlende Orientierung, starke Erregung und Kreislaufstörungen.

### ***Fallbeispiel***

*Herr E. (56 Jahre) kommt bereits zum dritten Mal zum Entzug in die Suchtstation einer Psychiatrischen Klinik. Er berichtet, dass er es ein dreiviertel Jahr lang geschafft habe, abstinent zu bleiben. Weil er sich einsam gefühlt habe, habe er aber angefangen, hin und wieder am Abend „ein Gläschen“ zu trinken. Dies sei einige Monate lang gut gegangen, ohne dass es zu einem Rückfall mit unkontrolliertem Trinken gekommen sei. Als sein Vermieter ihm jedoch mit Kündigung drohte, weil er die letzten zwei Monatsmieten nicht bezahlt habe, habe Herr E. sich dabei „erwischt“, dass er eine*

*Flasche Whiskey gekauft und sie allein zuhause getrunken habe. Ab da sei sein Trinkverhalten zunehmend außer Kontrolle geraten.*

*Aus der Vorgeschichte des Patienten geht hervor, dass er über Jahre die Gewohnheit hatte, abends „zum Entspannen“ ein bis zwei Bier zu trinken. Im Alter von 47 Jahren wurde der Handwerksmeister überraschend in eine Position versetzt, in der er sich unterfordert und herabgesetzt fühlte. Damals habe aus seiner Sicht das Alkoholproblem begonnen: Er habe abends und an den Wochenenden immer mehr getrunken und schließlich auch während der Arbeit immer wieder heimlich zum Bier gegriffen.*

*Seine Ehe habe darunter stark gelitten. Andererseits sei seine Frau auch immer wieder für ihn eingesprungen, habe ihn zum Beispiel spät in der Nacht abgeholt, wenn er betrunken gewesen sei, oder ihn beim Arbeitgeber entschuldigt. Schließlich sei der heimliche Alkoholkonsum auch seinen Kollegen und seinem Chef aufgefallen. Nach einem Gespräch beim Betriebspsychologen habe er eingesehen, dass es so nicht weitergehen könne. So sei es zu seiner ersten stationären Entzugsbehandlung gekommen.*

*Herr E. berichtet, dass er sehr motiviert gewesen sei, von nun an abstinent zu leben. Auslöser für Rückfälle seien aber immer Probleme gewesen, bei denen Herr E. sich „klein“ gefühlt habe und keine Lösung gesehen habe. Irgendwann habe es seiner Frau gereicht und sie sei aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen. Von da an sei alles bergab gegangen: Er habe immer exzessiver getrunken, sein Arbeitgeber habe ihm nach mehreren Abmahnungen schließlich gekündigt. Nun habe ihn sein Hausarzt überzeugt, es mit einem erneuten stationären Entzug zu versuchen.*

## **Häufigkeit, Folgen, Diagnose und Therapie-Chancen**

### **Wie häufig sind Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit?**

Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit sind häufige Probleme. In Europa und in den USA erfüllen etwa zehn bis zwanzig Prozent der Männer und fünf bis zehn Prozent der Frauen zumindest einmal in ihrem Leben die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit.

In Deutschland haben etwa 9,5 Millionen Menschen einen riskanten – also gesundheitsgefährdenden – Alkoholkonsum. 1,3 bis 2,5 Millionen sind alkoholabhängig. Dabei sind etwa 70 Prozent der Alkoholabhängigen Männer und etwa 30 Prozent Frauen. Genaue Zahlen sind schwierig zu erhalten. Das liegt daran, dass (auch ein relativ hoher)

Alkoholkonsum gesellschaftlich akzeptiert ist. Zudem leugnen viele Betroffene das Problem, und nach außen hin fällt ein problematischer Alkoholkonsum oft nicht sofort auf.

Das Risiko, dass sich ein problematisches Trinkverhalten entwickelt, ist in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter (bis zum 25. Lebensjahr) am höchsten. Im Alter von 12 bis 16 Jahren trinken die meisten Jugendlichen zum ersten Mal Alkohol. Ihren ersten Alkoholrausch erleben die meisten im Alter von 15 bis 16 Jahren. In diesem Alter sammeln also viele Jugendliche erste Erfahrungen mit dem Alkohol. Dagegen trinkt die Gruppe der jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr am häufigsten regelmäßig Alkohol. Anschließend nimmt der Alkoholkonsum dann häufig wieder ab.

Bei Männern entwickeln sich die problematischen Trinkgewohnheiten oft schon in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter – bei Frauen dagegen oft erst im mittleren Lebensalter. Dabei kann der Verlauf sehr unterschiedlich sein: Nicht jeder, der eine Zeit lang große Mengen Alkohol trinkt, muss einen Alkoholmissbrauch oder eine Abhängigkeit entwickeln. Ob dies der Fall ist, hängt von vielen Faktoren ab, die im Abschnitt „Ursachen und Erklärungsmodelle“ (siehe unten) näher erläutert werden.

### **Wie stehen die Chancen nach einer Therapie?**

Typisch für eine Alkoholproblematik ist, dass sie häufig zusammen mit anderen psychischen Störungen auftritt. Am häufigsten kommen dabei Depressionen, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Medikamentenmissbrauch vor. Diese können eine Folge des Alkoholproblems sein – sie können aber auch schon vorher bestanden und dann möglicherweise das problematische Trinken ausgelöst haben.

Den meisten Betroffenen gelingt es nur mithilfe einer Therapie, das Alkoholproblem zu überwinden. Doch selbst nach erfolgreicher Therapie wird ein Teil der Patienten nach einiger Zeit wieder rückfällig. So werden nach einer stationären Therapie etwa 50 Prozent der Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit im Lauf von ein bis zwei Jahren wieder rückfällig, nach einer ambulanten Therapie sind es 60 Prozent.

Wer an einer Alkoholabhängigkeit leidet, sollte sich bewusst machen, dass seine Erkrankung nicht „geheilt“ werden kann. Selbst wenn jemand sehr lange Zeit abstinent gelebt hat, kann es auch nach Jahren oder Jahrzehnten wieder zu einem Rückfall kommen. Das bedeutet, dass die Betroffenen eine hohe Motivation haben müssen und sich ständig darum bemühen müssen, abstinent zu leben.

### **Welche gesundheitlichen Folgen hat ein jahrelanger überhöhter Alkoholkonsum?**

Wenn über lange Zeit und in großen Mengen Alkohol getrunken wird, kann es zu einer Reihe von Folgeerkrankungen kommen. Sehr häufig treten Erkrankungen der Leber auf, die sich zunächst vergrößert (Fettleber) und später chronisch geschädigt ist (Leberzirrhose).

Außerdem kann es zu Entzündungen der Bauchspeicheldrüse, Schädigungen der Skelett- und Herzmuskulatur, Störungen im Herz-Kreislaufsystem und Schädigungen der Magen- und Darmschleimhaut kommen.

Weiterhin werden durch einen chronisch erhöhten Alkoholkonsum auch Nervenzellen im Gehirn und die Nerven des Körpers geschädigt. Dadurch kommt es mit der Zeit zu Problemen bei Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit und vor allem beim Lernen und Gedächtnis. Bei schweren Schädigungen kann es zum so genannten Wernicke-Korsakoff-Syndrom kommen, bei dem schwere Gedächtnisstörungen auftreten. Eine andere Folge der Nervenschädigungen ist die Polyneuropathie, bei der Empfindungsstörungen, Kribbeln und später Bewegungseinschränkungen der Beine auftreten.

### **Wie werden Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit diagnostiziert?**

Eine genaue Diagnostik des Alkoholproblems findet meist in zwei Fällen statt: Wenn jemand selbst Hilfe sucht – oder wenn er durch überhöhten Alkoholkonsum auffällig geworden ist (zum Beispiel im Straßenverkehr) und daraufhin eine Untersuchung angeordnet wird. In beiden Fällen wird der Untersucher (meist ein Arzt oder Psychologe) in der Regel verschiedene Untersuchungsmethoden miteinander kombinieren. Dies ist sinnvoll, weil viele Betroffene dazu neigen, das Alkoholproblem zu verleugnen oder (selbst wenn sie freiwillig zur Untersuchung kommen) den tatsächlichen Alkoholkonsum herunterzuspielen.

Zunächst werden meist allgemeine Fragen zum Alkoholkonsum gestellt, etwa wie häufig und wie viel in den letzten Wochen getrunken wurde und wann das problematische Trinken begonnen hat. Dabei wird der Untersucher auch das Verhalten des Betroffenen beobachten – zum Beispiel, ob er alkoholisiert zur Untersuchung kommt. Anschließend wird meist ein strukturiertes Interview durchgeführt. Hier wird nach der Entwicklung des Trinkverhaltens, der aktuellen Symptomatik (zum Beispiel nach ICD-10), nach Abstinenzphasen und deren Auslösern sowie nach möglichen anderen psychischen Problemen gefragt.

Ergänzend kann der Untersucher Fragebogen und Tests verwenden, mit denen die Symptomatik im Detail erfasst wird, zum Beispiel der Addiction Severity Index (ASI; Weiler et al., 2000) oder das Trierer Alkoholismus-Inventar (TAI, Funke et al, 1987). Der ASI erfasst verschiedene Probleme, die mit dem Alkoholkonsum zusammenhängen, mit dem TAI lassen sich die Entstehung des Alkoholproblems und die Motive für das Trinken erfassen. Diese Angaben geben oft bereits wichtige Anhaltspunkte für das Vorgehen in der Therapie.

Oft ist es auch sinnvoll, Angehörige und andere nahestehende Personen zu befragen, um ein genaueres Bild des Alkoholproblems zu bekommen. In manchen Fällen werden auch Informationen von Behörden herangezogen, um das Ausmaß des Alkoholproblems möglichst objektiv zu erfassen – zum Beispiel, ob es Führerscheinverluste oder gerichtliche Verurteilungen wegen Alkohols gab.

Bekannt ist auch die „Blutprobe“, die oft bei Verdacht auf ein Alkoholproblem genommen wird. Hierbei werden verschiedene Laborwerte bestimmt, um so die Menge des momentanen und vergangenen Alkoholkonsums abzuschätzen. So erlaubt der Wert CDT Rückschlüsse auf den Alkoholkonsum in den letzten drei Wochen. Die Werte Gamma-GT, AST und ALT geben Hinweise auf Schädigungen der Leber – erhöhte Werte weisen auf einen langfristig gesteigerten Alkoholkonsum hin.

Schließlich wird bei einer langjährigen, schwer ausgeprägten Alkoholproblematik auch untersucht, ob als Folge des Trinkens körperliche oder hirnorganische Erkrankungen vorliegen.

## **Gründe für das Entstehen eines Alkoholproblems – Biologische, psychische und soziale Faktoren**

Es gibt verschiedene Faktoren, die die Entstehung eines Alkoholmissbrauchs bzw. einer Abhängigkeit begünstigen. Dazu gehören genetische und biologische Faktoren, Persönlichkeitsmerkmale und äußere bzw. soziale Faktoren. Diese stehen häufig miteinander in Wechselwirkung.

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass genetische Faktoren eine Rolle dabei spielen, ob jemand eine Alkoholproblematik entwickelt oder nicht. So ist die Wahrscheinlichkeit, alkoholabhängig zu werden, drei bis vier Mal so hoch, wenn bereits ein Angehöriger ersten Grades alkoholabhängig ist. Biologische Faktoren beeinflussen dabei vor allem, wie schnell Alkohol in der Leber abgebaut wird und wie Alkohol bei jemandem wirkt – ob er zum Beispiel die positive Wirkung oder die negativen Nachwirkungen stärker empfindet. Ob jemand große Mengen Alkohol trinkt, ist dagegen vermutlich nicht genetisch beeinflusst.

Die biologische Sichtweise beschäftigt sich auch damit, wie Alkohol auf den Stoffwechsel des Gehirns wirkt. Dabei hat sich gezeigt, dass Alkohol eine Reihe von Botenstoffen (Neurotransmittern) im Gehirn beeinflusst. Er führt zu einer erhöhten Produktion von Endorphinen und des „Belohnungshormons“ Dopamin, was seine positive, euphorisierende Wirkung erklärt. Weiterhin hat Alkohol eine Wirkung auf die Rezeptoren (Empfangsstellen der Nervenzellen) für die Botenstoffe GABA und NMDA. Die Wirkung auf die GABA-Rezeptoren erklärt, warum Alkohol entspannend und angstlösend wirkt. Das Problematische bei all diesen Zusammenhängen ist, dass Alkoholkonsum mit der Zeit zu einer Toleranzentwicklung an den Rezeptoren führt. Das bedeutet, dass immer mehr Alkohol getrunken werden muss, um die gleichen Wirkungen zu erzielen.

Zu den Persönlichkeitsmerkmalen, die einen hohen Alkoholkonsum begünstigen können, gehören eine niedrige Impulskontrolle – also eine geringe Fähigkeit, psychische Bedürfnisse zu kontrollieren – sowie Neugier und Extraversion. Auf der anderen Seite gibt es Persönlichkeitsmerkmale, die die Wahrscheinlichkeit für problematisches Trinken verringern.

Dazu gehören zum Beispiel ein hohes Selbstwertgefühl, Fähigkeiten zur Stressbewältigung und eine gute Kommunikationsfähigkeit.

Mit äußeren bzw. sozialen Faktoren ist gemeint, wie leicht Alkohol verfügbar ist, wie der Freundeskreis und andere Bezugspersonen mit Alkohol umgehen und welche Einstellung zu Alkohol in einer Gesellschaft besteht. Aus psychologischer Sicht spielt hier auch das so genannte Modelllernen eine Rolle. Das bedeutet, dass Freunde oder Eltern oft „Modelle“ für den Umgang mit Alkohol sind: Ein Jugendlicher beobachtet zum Beispiel, wie sie mit Alkohol umgehen und wie Alkohol bei ihnen wirkt, und entwickelt dann selbst ein ähnliches Trinkverhalten. Sozialer Druck ist ebenfalls ein wichtiger Faktor: Er führt vor allem dann zu hohem Alkoholkonsum, wenn jemand sich leicht durch andere beeinflussen lässt und wenn er sich stark an eine bestimmte Gruppe gebunden fühlt.

### **Exkurs: Lernpsychologische Faktoren**

Lernpsychologische Modelle gehen davon aus, dass Konditionierungsprozesse, nämlich die so genannte klassische und operante Konditionierung, an der Entstehung des problematischen Trinkens beteiligt sind.

Nach dem Prinzip der operanten Konditionierung tritt ein Verhalten häufiger auf, wenn man dadurch positive Konsequenzen erlebt. So führt Alkohol bei vielen Menschen zu positiven Wirkungen wie Entspannung oder Glücksgefühlen (so genannte positive Verstärkung). Gleichzeitig kann er dazu beitragen, negative emotionale Zustände zu beenden (Wegfall eines negativen Reizes, so genannte negative Verstärkung). Diese positiven Wirkungen treten in den meisten Fällen schneller ein als negative Wirkungen (wie zum Beispiel Übelkeit oder ein Kater) – und das erhöht wiederum ihre Wirksamkeit. Sowohl positive als auch negative Verstärkung erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass jemand weiterhin und möglicherweise in immer höheren Mengen Alkohol trinkt.

Vor allem die negative Verstärkung kann dazu beitragen, dass eine Alkoholproblematik entsteht. Wenn jemand über längere Zeit negative Gefühle erlebt (zum Beispiel wegen Problemen im Beruf oder in der Partnerschaft) und Alkohol dann als Erleichterung oder als scheinbare „Lösung“ erlebt, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass er weiter zur Flasche greift.

Auch Prozesse der klassischen Konditionierung spielen bei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit eine Rolle. So werden neutrale Reize, die immer wieder gleichzeitig mit dem Konsum von Alkohol auftreten (zum Beispiel eine bestimmte Umgebung, bestimmte Gerüche, bestimmte Personen) im Lauf der Zeit zu konditionierten Reizen, die den erneuten Alkoholkonsum umgehend auslösen können. So kann dann schon das Vorbeigehen an einer Kneipe oder das Geräusch beim Öffnen einer Bierflasche das starke oder unwiderstehliche Verlangen nach Alkohol auslösen.

Auch die unangenehmen Entzugserscheinungen bei einer Abhängigkeit sind konditionierte Auslöser für den erneuten Alkoholkonsum: Der Betroffene hat mit der Zeit gelernt, dass Alkohol den unangenehmen Zustand schnell wieder beenden kann – und so lösen Entzugssymptome wie Zittern oder Kopfschmerzen ebenfalls automatisch das Verlangen nach Alkohol aus.

### **Warum bleibt das Alkoholproblem bestehen oder verschlechtert sich?**

Dauert der problematische Alkoholkonsum über längere Zeit an, verändert sich allmählich auch das Verhalten. So wird das Leben des Betroffenen immer mehr durch den Konsum von Alkohol beherrscht, während andere Aktivitäten (zum Beispiel Aufgaben im Beruf und in der Familie, Hobbies) mehr und mehr vernachlässigt werden. Entzugserscheinungen und die Toleranzentwicklung (das heißt, dass immer mehr Alkohol benötigt wird, um die gleiche Wirkung zu erzielen) tragen ebenfalls dazu bei, dass Alkohol allmählich immer mehr im Mittelpunkt steht. Dabei ist eine Verschlechterung des Alkoholproblems wahrscheinlicher, wenn jemand schon vor Beginn der Störung schwerwiegende Probleme hatte – und wenn jemand über geringe psychische Fähigkeiten verfügt, um sein Leben selbst zu bewältigen.

### **Wie entsteht die Bereitschaft zur Veränderung?**

Selbst wenn jemand bereits einen Alkoholmissbrauch oder eine -abhängigkeit hat, stehen für ihn oft lange Zeit die positiven Wirkungen des Alkohols im Vordergrund. Negative Auswirkungen (zum Beispiel Probleme im Beruf und in sozialen Beziehungen, körperliche Erkrankungen) werden dagegen lange Zeit ignoriert und oft erst wahrgenommen, wenn sie schon starke Ausmaße angenommen haben.

Der häufigste Auslöser dafür, dass jemand seine Situation verändern möchte und bereit ist, eine Therapie zu beginnen, sind ausgeprägte negative Folgen des Alkoholkonsums. Dies können zum Beispiel die Trennung des Ehepartners, die Kündigung oder starke gesundheitliche Probleme sein. Dabei fällt auf, dass die Betroffenen immer wieder zwischen dem Wunsch, vom Alkohol loszukommen und dem Wunsch, wieder Alkohol zu trinken, hin- und herschwanken.

### **Exkurs: Theoretisches Modell zur Veränderungsbereitschaft**

Das „transtheoretische Modell“ von Prochaska und DiClemente (1983) geht davon aus, dass die Bereitschaft zu einer dauerhaften Veränderung des Trinkverhaltens verschiedene Stadien durchläuft. Es bildet eine wichtige Grundlage für das Vorgehen in der Therapie.

- Stadium der Absichtslosigkeit: Hier sieht der Betroffene in seinem Alkoholkonsum noch kein Problem. Er hat deshalb auch nicht die Absicht, etwas zu verändern.

- Stadium der Absichtsbildung: Hier wird sich der Betroffene bewusst, dass sein Trinkverhalten problematisch ist. Er macht sich erste Gedanken über eine Veränderung.
- Stadium der Vorbereitung: In diesem Stadium besteht ein deutlicher Wunsch nach Veränderung.
- Stadium der Handlung: Hier haben die Betroffenen ihr Trinkverhalten bereits verändert und für einen gewissen Zeitraum (bis zu sechs Monaten) Abstinenz erreicht.
- Stadium der Aufrechterhaltung: Von diesem Stadium gehen die Autoren aus, wenn jemand länger als sechs Monate abstinent gelebt hat.

Außerdem beziehen Prochaska und DiClemente das Stadium des Rückfalls in ihr Modell mit ein. Sie gehen davon aus, dass die meisten Betroffenen dieses Stadium ein- oder mehrmals durchlaufen müssen, bevor sie langfristig Abstinenz erreichen.

### **Warum kommt es zu Rückfällen?**

Ein Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten kommt häufig vor – selbst bei Patienten, die erfolgreich an einer Therapie teilgenommen haben. Dabei zeigen Untersuchungen mit Alkoholabhängigen jedoch auch, dass nicht jeder einmalige oder relativ geringe Alkoholkonsum (ein so genannter „Ausrutscher“, englisch lapse) automatisch zu einem Rückfall in die alten Verhaltensmuster (englisch relapse) führt. So erleben manche „trockenen“ Alkoholiker von Zeit zu Zeit kleinere Rückfälle, aus denen sie aber selbst (oder mit therapeutischer Begleitung) wieder zur Abstinenz zurückkehren können.

### **Exkurs: Theoretische Konzepte zum Rückfall**

Nach dem Modell der klassischen Konditionierung wird ein Rückfall durch konditionierte Reize ausgelöst, die der Betroffene mit dem Genuss von Alkohol verbindet. So wird das unwiderstehliche Verlangen nach Alkohol zum Beispiel durch bestimmte Stimmungen, Personen oder Orte ausgelöst, die der Betroffene in seinem früheren „Trinkerleben“ mit Alkohol assoziiert hat.

Kognitive Modelle gehen davon aus, dass ein Rückfall nicht plötzlich zustande kommt, sondern sich allmählich anbahnt. Dabei spielen eine Reihe von Faktoren – äußere Umstände, Gedanken und Verhaltensweisen – eine Rolle. So beeinflussen nach dem Modell von Marlatt und Gordon (1985) folgende Faktoren, ob es zu einem Rückfall kommt oder nicht:

- allgemein kritische Lebenssituationen
- Konfrontation mit einer Risikosituationen (zum Beispiel negative Gefühle, soziale Konflikte, Verführung zum Trinken)
- Erwartung des Betroffenen, dass der Alkoholkonsum positive Auswirkungen hat
- Strategien zur Bewältigung der Risikosituation (zum Beispiel „Nein-Sagen“ zu Alkohol)

- Stärke der Selbstwirksamkeitserwartung, das heißt: Wie stark ist jemand überzeugt, dass er die Fähigkeiten besitzt, mit Risikosituationen für Alkoholkonsum umgehen zu können?

Weiterhin beeinflusst nach Marlatt und Gordon auch der Abstinenz-Verletzungs-Effekt, wie jemand nach einem erneuten Alkoholkonsum („Ausrutscher“) reagiert. So kann der Ausrutscher zu Schuld- und Schamgefühlen und einem geringen Selbstwertgefühl führen. Der Betroffene denkt dann zum Beispiel: „Ich will ja wirklich mit dem Trinken aufhören, aber ich habe es nicht geschafft. Ich bin ein Versager und werde es nie schaffen, auf Alkohol zu verzichten.“ Diese negative Verarbeitung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einem vollständigen Rückfall (relapse) kommt – der Patient trinkt dann quasi aus Frust und Verzweiflung weiter.

Umgekehrt kann jemand aber auch lernen, einen Fehltritt konstruktiv zu verarbeiten. So könnte er sich sagen: „Das war jetzt nur ein einmaliger Vorfall, es wird in Zukunft nicht mehr vorkommen. Ich kann daraus etwas lernen und es in Zukunft besser machen.“ Bei dieser Reaktion ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass es zu einem vollständigen Rückfall kommt.

## **Welche Behandlungsansätze gibt es bei Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit?**

Wenn jemand einen Alkoholmissbrauch hat, der relativ kurz besteht und nicht stark ausgeprägt ist, wird als Therapieziel meist ein „gesundheitlich und sozial angemessenes Trinkverhalten“ festgelegt – also kein vollständiger Verzicht auf Alkohol. Bei einer Alkoholabhängigkeit gehen die meisten Fachleute allerdings davon aus, dass eine dauerhafte Abstinenz als Therapieziel sinnvoll ist.

*Fachleute unterteilen die Behandlung einer Alkoholabhängigkeit oft in vier Phasen:*

In der ersten Phase (Vorbereitungsphase) geht es darum, die Therapie vorzubereiten und zunächst einmal eine Motivation zur Therapie zu erreichen. Dies geschieht oft durch Haus- oder Fachärzte, Suchtberatungsstellen, psychosoziale Beratungsstellen und Psychologen bzw. Psychotherapeuten.

In der zweiten Phase, der so genannte Entzugs- oder Entgiftungsphase, findet der körperliche Alkoholentzug statt. Diese Phase dauert etwa drei bis sieben Tage. Hierbei treten oft starke körperliche Entzugserscheinungen auf, so dass der Entzug meist stationär und mit Unterstützung von Medikamenten durchgeführt wird. In leichteren Fällen kann er aber auch ambulant, zum Beispiel mit regelmäßiger Betreuung durch einen niedergelassenen Facharzt, durchgeführt werden.

In der anschließenden Entwöhnungs- und Rehabilitationsphase geht es darum, den Betroffenen durch umfassende Maßnahmen körperlich, psychisch und sozial zu stabilisieren. Dabei arbeiten meist Psychotherapeuten, Sozialtherapeuten und medizinische Fachkräfte

eng zusammen. Die Maßnahmen können sehr unterschiedlich aussehen und richten sich nach der Schwere der Alkoholproblematik und der Motivation des Patienten. So kann die Behandlung entweder stationär, teilstationär (zum Beispiel in einer Tagklinik) oder ambulant (zum Beispiel in Suchtberatungsstätten oder in einer ambulanten Psychotherapie) durchgeführt werden.

In der Phase der Nachsorge geht es darum, die Behandlungserfolge zu stabilisieren oder die langfristige Versorgung des Patienten sicherzustellen. Für viele Betroffenen ist der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe hilfreich, um langfristig abstinent zu bleiben. Die Nachsorge kann aber auch darin bestehen, weiter an einer Psychotherapie teilzunehmen oder über längere Zeit die Beratungstermine einer Suchtberatungsstelle zu besuchen. Bei schweren Formen der Alkoholabhängigkeit kann es notwendig sein, dass die Patienten langfristig stationär betreut werden, zum Beispiel in einem sozialtherapeutischen Heim.

Bei einem Alkoholmissbrauch entfällt die Phase des Entzugs. Die Phasen der Entwöhnung und Nachsorge finden in der Regel ambulant statt – meist in Form einer Psychotherapie oder als regelmäßige Einzel- oder Gruppengespräche in einer Suchtberatungsstelle.

### **Ist kontrolliertes Trinken eine Alternative?**

Untersuchungen haben gezeigt, dass ein kleiner Teil der Alkoholabhängigen (ca. 8 Prozent) zu kontrolliertem Trinken in der Lage ist. Allerdings ist unklar, welche Faktoren dabei eine Rolle spielen – und daher auch, welche Patienten dazu in der Lage sind und welche nicht. Zumindest einige therapeutische Einrichtungen bieten im Rahmen einer Therapie die Möglichkeit zum kontrollierten Trinken an. Die Betroffenen müssen dabei genaue Kriterien einhalten: So wird zum Beispiel die Trinkmenge pro Woche genau festgelegt, und der Patient muss an mindestens zwei Tagen pro Woche abstinent sein. Gelingt es den Betroffenen über einen gewissen Zeitraum nicht, diese Kriterien einzuhalten, sollte als Therapieziel ebenfalls eine vollständige Abstinenz angestrebt werden.

### **Was geschieht bei der psychotherapeutischen Behandlung?**

Bei der psychotherapeutischen Behandlung eines Alkoholmissbrauchs oder einer -abhängigkeit können psychoanalytische, tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische und paar- und familientherapeutische Ansätze eingesetzt werden.

Seit dem Jahr 2011 ist es nicht mehr notwendig, dass ein Patient abstinent sein muss, um eine ambulante Psychotherapie zu beginnen. In diesem Fall muss jedoch nach den ersten zehn Behandlungsstunden nachgewiesen werden, dass der Patient in dieser Zeit Abstinenz erreicht hat. Dazu müssen objektive Daten (meist Laborwerte aus einer ärztlichen Untersuchung) vorgelegt werden.

Ein wichtiges Element in der Psychotherapie ist es, die Motivation zur Veränderung des Trinkverhaltens gezielt zu fördern. Dies ist vor allem am Anfang der Therapie, aber auch während der gesamten Behandlung wichtig, weil die Patienten oft zwischen dem Wunsch nach einer Veränderung und dem Wunsch, doch weiter zu trinken, hin- und hergerissen sind. Außerdem kann es in der Therapie immer wieder zu Krisen und kleineren oder größeren Rückfällen kommen, nach denen die Patienten erneut motiviert werden müssen, ihren Alkoholkonsum wirklich dauerhaft zu verändern.

Deshalb wird in der Therapie oft die so genannte motivierende Gesprächsführung (nach Miller und Rolnick, 2002) eingesetzt. Hier zeigt der Therapeut einerseits, dass er den Patienten und seine Einstellungen zum Alkoholkonsum versteht (Ausdruck von Empathie). Gleichzeitig versucht er aber auch, gemeinsam mit dem Patienten Widersprüche zwischen seinem Trinkverhalten und seinen wichtigen Zielen und Werten aufzudecken und ihn so zu Veränderungen zu motivieren (Entwickeln von Diskrepanz). So könnte der Therapeut zum Beispiel gemeinsam mit dem Patienten herausarbeiten, dass dieser zwar das Trinken und das gesellige Zusammensein mit Freunden genießt, gleichzeitig aber starke Reue empfindet, wenn er deshalb seine Frau und seine Kinder vernachlässigt. Darüber hinaus betont der Therapeut immer wieder, dass der Patient selbst entscheiden muss, was er verändern will – und er äußert Verständnis für dessen Befürchtungen, Bedenken und Schwierigkeiten (Widerstand aufnehmen). Schließlich versucht der Therapeut auch, die Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten zu fördern – das heißt, er macht dem Patienten immer wieder deutlich, dass eine Veränderung möglich ist und er die Fähigkeiten besitzt, um sein Trinkverhalten zu verändern.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Psychotherapie ist es, einen Rückfall in die alten Trinkgewohnheiten zu verhindern. Deshalb wird der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten die Hintergründe seines Trinkens analysieren und mögliche Auslöser für Rückfälle herausarbeiten. Gleichzeitig lernt der Patient, Risikosituationen, die erneutes Trinken auslösen könnten, zu bewältigen. Dabei wird oft zunächst vereinbart, solche Auslöser so weit wie möglich zu vermeiden (zum Beispiel, indem der Patient Orte vermeidet, an denen Alkohol getrunken wird). Im weiteren Verlauf kann er dann lernen, mit den Auslösern des Alkoholkonsums anders umzugehen als früher. So übt der Patient zum Beispiel, die Einladung zu einem Bier ablehnen und stattdessen ein anderes Getränk zu bestellen. Schließlich wird in der Therapie erarbeitet, wie der Patient reagieren kann, wenn es zu einem „Ausrutscher“ kommt, so dass er dadurch nicht vollständig in sein altes Trinkverhalten „zurückrutscht“.

Gleichzeitig werden in der Therapie auch andere psychische Störungen (zum Beispiel Depressionen) behandelt, die das problematische Trinkverhalten ausgelöst haben oder als Folge davon entstanden sind. Dabei werden Ansätze verwendet, die bei diesen Störungsbildern auch sonst zum Einsatz kommen.

### *a) Kognitive Verhaltenstherapie*

Zentrale Aspekte einer Verhaltenstherapie sind die motivierende Gesprächsführung und Maßnahmen zur Vorbeugung von Rückfällen (siehe oben). Dabei geht der Therapeut meist relativ strukturiert vor: Er wird zunächst gemeinsam mit dem Patienten Ziele für die Therapie erarbeiten und anschließend konkrete Schritte durchführen, um diese Ziele zu erreichen. So werden zum Beispiel die Auslöser für den hohen Alkoholkonsum herausgearbeitet. Außerdem werden die Vor- und Nachteile des bisherigen Alkoholkonsums erarbeitet und den Vor- und Nachteile einer Abstinenz (bzw. eines moderaten Alkoholkonsums) gegenübergestellt.

Hat der Patient sich für die Abstinenz (bzw. für einen kontrollierten Alkoholkonsum) entschieden, übt er, innere Auslöser für einen möglichen Alkoholkonsum rechtzeitig zu erkennen und anders auf sie zu reagieren. Dazu gehört zum Beispiel, dass er Strategien zur Stressbewältigung lernt und alternatives Verhalten zum Alkoholkonsum kennt. Wenn jemand das starke Verlangen nach Alkohol spürt, könnte er zum Beispiel stattdessen joggen gehen oder eine Vertrauensperson anrufen.

In einem so genannten Expositions- und Ablehnungstraining übt der Patient, sich Situationen zu stellen, in denen Alkohol eine Rolle spielt. Er lernt, mit der Versuchung umzugehen, erneut Alkohol zu trinken und Angebote bzw. Einladungen zum Trinken sozial angemessen abzulehnen. Weiterhin können die Auslöser für Alkoholkonsum auch „gelöscht“ werden, so dass sie nicht mehr das Verlangen nach Alkohol auslösen. Dabei wird der Patient zunächst in der Therapiestunde und später in realen Situationen mit den Auslösern (zum Beispiel Geruch von Bier, Öffnen einer Flasche) konfrontiert, bis sie kein Verlangen nach Alkohol mehr auslösen.

### *b) Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie*

Diese Ansätze gehen davon aus, dass unbewusste Konflikte und Defizite bei bestimmten psychischen Funktionen (so genannte strukturelle Defizite) die Ursachen für psychische Erkrankungen sind. Es wird angenommen, dass ein problematisches Trinkverhalten häufig nach traumatischen Erlebnissen oder als Abwehr gegen eine Depression auftritt. In der Therapie wird versucht, die strukturellen Defizite zu verringern und die Konflikte, die hinter dem Alkoholproblem stehen, aufzudecken und zu lösen.

### *c) Paar- und Familientherapie*

Wenn jemand von einer Alkoholproblematik betroffen ist, wirkt sich dies immer auch auf die Beziehungen zu nahestehenden Menschen, zum Beispiel Ehepartner, Kinder oder Eltern aus. Gleichzeitig entwickeln viele Familienmitglieder durch die ständigen Belastungen oft selbst psychische Probleme. Deshalb ist es bei jeder Therapieform sinnvoll, auch die Angehörigen mit einzubeziehen.

Eine Paar- oder Familientherapie kann explizit dazu beitragen, die Beziehungen zwischen dem Patienten und seinen wichtigen Bezugspersonen zu verbessern und zu stabilisieren. Dies wirkt sich sowohl auf den Patienten als auch auf seine Bezugspersonen günstig aus.

Ein typisches Problem bei alkoholbezogenen Störungen ist, dass manche Familienmitglieder den Patienten unbewusst in seiner Abhängigkeit unterstützen (so genanntes co-abhängiges Verhalten). So nehmen viele Angehörige dem Betroffenen Aufgaben ab, die er nicht mehr bewältigen kann, oder schützen ihn vor negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums – zum Beispiel, indem sie ihn beim Arbeitgeber krank melden. Oft kommt es so weit, dass sich das Leben der Angehörigen weitgehend nach den Bedürfnissen des Patienten ausrichtet. Dadurch tragen sie jedoch indirekt dazu bei, die Abhängigkeit aufrecht zu erhalten. Eine Paar- und Familientherapie (oder eine entsprechende Beratung) kann in diesen Fällen dazu beitragen, dass die Angehörigen alternative, hilfreichere Verhaltensweisen im Umgang mit dem Patienten lernen.

### **Wie sieht eine medikamentöse Behandlung aus?**

Die Behandlung mit Medikamenten spielt vor allem in der Phase des Entzugs eine Rolle. Bei mittleren bis schweren Entzugssymptomen wird häufig das Medikament Clomethiazol (Distraneurin) eingesetzt. Es wird ebenfalls bei Gefahr eines Delirs oder von Krampfanfällen gegeben. Daneben können beruhigende Antidepressiva, niedrig- bis mittelpotente Neuroleptika und Benzodiazepine (Beruhigungsmittel) zum Einsatz kommen, um psychische Entzugssymptome zu lindern. Bei schweren Entzugssymptomen wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen oder einem Delir wird meist ein hochpotentes Neuroleptikum (oft Haloperidol) gegeben.

In der Zeit nach dem Entzug werden zum Teil Medikamente gegeben, die das Verlangen nach Alkohol (das so genannte Craving) vermindern können. Dazu gehören vor allem Acamprosat und Naltrexon, die sich in Studien als wirksame Mittel gegen Craving erwiesen haben. Allerdings wirkt Acamprosat nur bei einem Teil der Patienten, bei Naltrexon ist die Datenlage bisher noch begrenzt. Ein weiteres – umstrittenes – Medikament, das bei der Alkoholentwöhnung eingesetzt wird, ist Disulfiram. Es führt beim Konsum von Alkohol (selbst in geringen Mengen) zu Unverträglichkeitsreaktionen wie Kopfschmerzen und Übelkeit. Auf diese Weise soll es verhindern, dass die Betroffenen erneut zum Alkohol greifen. Disulfiram wird jedoch eher selten verwendet.

Für detaillierte Informationen zu den einzelnen Medikamenten siehe Artikel „Psychopharmaka“

### **Welche Rolle spielen Selbsthilfe-Gruppen?**

Selbsthilfegruppen wie die „Anonymen Alkoholiker“ können wesentlich dazu beitragen, den Therapieerfolg bzw. eine Abstinenz langfristig aufrecht zu erhalten. Deshalb wird vielen

Patienten geraten, gegen Ende oder im Anschluss an eine Therapie langfristig eine Selbsthilfegruppe zu besuchen. In den Gruppen haben die Betroffenen die Möglichkeit, über ihre persönliche Situation, Probleme im Umgang mit Alkohol und andere persönliche Probleme zu sprechen.

Weiterhin gibt es auch Selbsthilfegruppen für Angehörige von Alkoholkranken und Selbsthilfegruppen, zu denen Betroffene und Angehörige gemeinsam kommen können.

## **Drogen: Missbrauch und Abhängigkeit**

### **Welche Arten von Drogen gibt es?**

Unter dem Begriff „Drogen“ versteht man allgemein psychotrope Substanzen – also Stoffe, die sich auf die Psyche des Menschen auswirken. Dazu gehören zum Beispiel auch Alkohol, Nikotin, Koffein und verschiedene Medikamente. In diesem Kapitel geht es jedoch nur um Substanzen, die unter den Begriff „illegale Drogen“ fallen.

Solche Substanzen können zu – zum Teil schwerer – körperlicher und / oder psychischer Abhängigkeit führen. Zudem führen sie, vor allem bei längerem Gebrauch, häufig zu deutlichen körperlichen und psychischen Schäden.

Nach einer vereinfachten Einteilung unterscheidet man zwischen stimulierenden Substanzen („Upper“), dämpfenden Substanzen („Downer“) und bewusstseinsverändernden Substanzen (Halluzinogenen). Zu den stimulierenden Substanzen gehören Amphetamine, Kokain und Ecstasy, zu den dämpfenden Substanzen Opiode (zum Beispiel Morphin, Codein, Methadon), Heroin und Benzodiazepine (Schlaf- und Beruhigungsmittel, die zwar legal verschrieben werden können, aber von Drogenkonsumenten häufig missbraucht werden). Zu den Halluzinogenen zählen LSD, halluzinogene Pilze und Meskalin. Bei Cannabis ist die Zuordnung schwierig, weil es sowohl stimulierende als auch dämpfende Effekte hat und auch zu Halluzinationen führen kann.

### **Was versteht man unter Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit?**

Die Kriterien für einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Drogen (zum Beispiel nach ICD-10) entsprechen den Kriterien für einen Alkoholmissbrauch bzw. eine Alkoholabhängigkeit (siehe oben). Auch bei Drogen muss die Problematik mindestens einen Monat lang oder wiederholt in den letzten zwölf Monaten aufgetreten sein.

Dabei wird zwischen Störungen durch folgende Substanzen unterschieden:

- Opiode

- Cannabinoide (Substanzen aus der Hanfpflanze und verwandte, synthetisch hergestellte Substanzen)
- Sedativa und Hypnotika (Beruhigungs- und Schlafmittel)
- Kokain
- andere Stimulanzien
- Halluzinogene
- flüchtige Lösungsmittel

Von einem multiplen Substanzgebrauch spricht man, wenn jemand zwei oder mehr verschiedene psychotrope Substanzen einnimmt, ohne dass eine davon im Vordergrund steht.

### ***Fallbeispiel***

*Jürgen besucht eine Realschule und ist ein relativ guter Schüler. Mit 14 Jahren freundet er sich mit einer Clique an, deren Mitglieder er „richtig cool“ findet. Die Gruppe feiert immer wieder „wilde Parties“, bei denen oft bis zur Bewusstlosigkeit Alkohol getrunken wird. Bald fangen die Jugendlichen auch an, Cannabis zu rauchen und mit verschiedenen Drogen, vor allem Kokain und „Magic Mushrooms“, zu experimentieren. Die Eltern sehen den Kontakt zu der Clique sehr kritisch, schaffen es aber nicht, Jürgen davon abzuhalten. In der Schule lassen Jürgens Leistungen nun immer mehr nach, er schwänzt immer öfter den Unterricht und bleibt am Ende des Schuljahres sogar sitzen. Immer öfter kommt es auch zu Diebstählen und kleineren Einbrüchen, bei denen Jürgen mehrmals von der Polizei aufgegriffen wird. An der Schule fällt sein Drogenkonsum auch den Lehrern auf, so dass er mehrmals Verweise erhält und wird schließlich von der Schule verwiesen wird.*

*Als Jürgen 17 Jahre alt ist, wenden sich die verzweifelten Eltern an eine Suchtberatungsstelle. Nur durch den starken Druck des Vaters kommt Jürgen schließlich mit den Eltern zu einem ersten Beratungsgespräch.*

## **Häufigkeiten, Diagnose und Therapie-Chancen**

### **Wie häufig werden Drogen genommen?**

Die Häufigkeit des Drogengebrauchs ist schwierig zu erfassen, weil viele Substanzen illegal sind und die Betroffenen den Konsum bzw. eine Drogenproblematik oft leugnen oder verheimlichen. Studien haben ergeben, dass insgesamt 25 Prozent der Erwachsenen im Alter von 18 und 59 Jahren mindestens einmal in ihrem Leben eine illegale Droge genommen haben und 7,5 Prozent aktuell (innerhalb des letzten Jahres) Drogen konsumiert haben. Das bedeutet, dass etwa ein Drittel der „Probierer“ den Drogenkonsum (in mehr oder weniger ausgeprägter Form) weiterführt.

Allerdings werden die meisten „harten“ Drogen nur von einem kleinen Teil der Bevölkerung genommen: Der aktuelle Konsum (mindestens ein Mal in den letzten 30 Tagen) liegt bei Heroin, Amphetaminen, Ecstasy, LSD, Methadon, Kokain, Crack, anderen Opiaten und psychoaktiven Pilzen bei unter einem Prozent der Bevölkerung.

Ähnlich wie beim Alkohol werden Drogen am häufigsten im Jugend- und jungen Erwachsenenalter (bis zum 25. Lebensjahr) genommen, anschließend nimmt der Konsum meist wieder ab. Der erste Cannabiskonsum findet durchschnittlich im Alter von 16 Jahren statt. Etwa ein Drittel der 12- bis 25-Jährigen hat schon mindestens einmal eine illegale Droge probiert. Dabei haben zwischen drei und fünf Prozent mindestens einmal Amphetamine, Ecstasy, LSD, Kokain oder Crack genommen, ein Prozent hat Heroin probiert.

Die Sterblichkeit durch Drogenkonsum ist hoch: Jedes Jahr sterben in Deutschland etwa 1000 Menschen in Zusammenhang mit Drogen.

### **Wie häufig kommen Drogenmissbrauch und –abhängigkeit vor?**

Genauere Zahlen zu Missbrauch und Abhängigkeit liegen nur für die Substanzen vor, die am häufigsten genommen werden. So sind etwa 0,8 Prozent der Bevölkerung von einem Cannabismissbrauch bzw. einer -abhängigkeit betroffen. Bei etwa 0,1 bis 0,3 Prozent liegt eine Heroinabhängigkeit, bei etwa 0,1 Prozent eine Kokainabhängigkeit vor.

Menschen mit Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit leiden häufig auch an weiteren psychischen Störungen: Etwa 50 bis 60 Prozent haben mindestens eine andere psychische Erkrankung. Am häufigsten kommen Belastungsstörungen, psychosomatische Erkrankungen, Angststörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen vor. Auch eine Kombination von Drogen- und Alkoholproblematik ist häufig zu beobachten. In einigen Fällen treten in Zusammenhang mit der Drogenproblematik auch schizophrene Störungen auf.

Daten für den langfristigen Erfolg von Therapien gibt es bisher erst wenige. So hat sich zum Beispiel gezeigt, dass etwa 30 Prozent der Heroinabhängigen ein bis zwei Jahre nach der Behandlung noch abstinent sind. Wird eine Substitutionsbehandlung, zum Beispiel mit Methadon durchgeführt, sind etwa 60 bis 70 Prozent der Behandelten nach ein bis zwei Jahren noch frei von Drogen.

### **Wie werden Drogenmissbrauch und -abhängigkeit diagnostiziert?**

Bei der Diagnostik einer Drogenproblematik wird im Wesentlichen ähnlich vorgegangen wie bei Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit (siehe oben). Dabei wird der Untersucher bei der Verhaltensbeobachtung vor allem auf Einstichstellen in der Haut und andere Hinweise für aktuellen Drogenkonsum achten. Bei der medizinischen Untersuchung werden anstelle der alkoholspezifischen Werte Urin- und Haaranalysen verwendet, um den Konsum illegaler Substanzen nachzuweisen.

## **Welche Faktoren spielen bei Drogenmissbrauch und –abhängigkeit eine Rolle?**

Bei der Entstehung einer Drogenproblematik werden ähnliche Ursachen und Modelle diskutiert wie bei Alkohol (siehe oben). So geht man davon aus, dass auch hier biologische, personenbezogene und soziale bzw. umweltbezogene Faktoren beteiligt sind, zwischen denen eine Wechselwirkung besteht. Allerdings beeinflussen auch die chemische Zusammensetzung der Droge, ihre Wirkweise und ihre Wirkgeschwindigkeit, ob und wie schnell eine Abhängigkeit entsteht. So hat sich gezeigt, dass vor allem eine schnelle Wirkung (zum Beispiel innerhalb von Sekunden) die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit erhöht. Außerdem entwickelt sich eher eine Abhängigkeit, wenn die Wirkung der Droge stark ist und sie als besonders positiv wahrgenommen wird.

Wenn Jugendliche und junge Erwachsene Drogen nehmen, spielen dabei auch alterstypische Entwicklungsprozesse eine Rolle. So müssen die Jugendlichen in dieser Zeit so genannte Entwicklungsaufgaben bewältigen: zum Beispiel einen Freundeskreis aufbauen, sich vom Elternhaus ablösen und eigene Wertvorstellungen entwickeln. Drogen werden auch deshalb genommen, um zu einem bestimmten Freundeskreis dazuzugehören oder um sich von den Eltern und anderen Autoritätspersonen abzugrenzen. Ein anderer Grund für Drogengebrauch ist das Bedürfnis, intensive Reize zu erleben.

## **Welche Therapie- und Selbsthilfe-Ansätze gibt es?**

Die Therapie von Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit sieht im Wesentlichen ähnlich aus wie bei einer Alkoholproblematik (siehe oben). Auch hier ist der Besuch einer Selbsthilfegruppe – begleitend oder im Anschluss an die Therapie – sinnvoll, um die Therapieerfolge langfristig aufrecht zu erhalten.

Im Gegensatz zum Entzug von Alkohol werden Drogen – insbesondere Opioide – in der Entzugsphase nicht abrupt abgesetzt, sondern allmählich herunterdosiert. Gleichzeitig werden meist Medikamente gegeben, um die Entzugssymptome zu lindern. Dabei kommen häufig das Blutdruckmittel Clonidin, das Antidepressivum Doxepin oder die „Drogen-Ersatzstoffe“ Methadon und Buprenorphin zum Einsatz. Auch gibt es bei Drogen keine Substanzen, die nach dem Entzug das Verlangen nach der Droge verringern oder eine Aversion gegen die Droge auslösen könnten. Stattdessen wird bei Opioid-Abhängigen zur Vorbeugung von Rückfällen teilweise das Medikament Naltrexon eingesetzt. Dieses verhindert, dass die Drogen bei erneuter Einnahme überhaupt eine Wirkung entfalten können.

## **Substitution statt Abstinenz – eine sinnvolle Alternative?**

Wenn bei einer Abhängigkeit von Opioiden eine Abstinenz nur schwer zu erreichen ist, werden bei der Behandlung häufig kontrolliert „Ersatzstoffe“ wie Methadon oder Buprenorphin

eingesetzt. Diese wirken, ebenso wie die ursprüngliche Droge, an den Opioid-Rezeptoren im Gehirn – sie haben jedoch keine euphorisierende Wirkung.

Das Ziel dieser so genannten Substitutionsbehandlung ist, die körperlichen, psychischen und sozialen Schäden zu verringern, die durch die Einnahme der Droge entstehen. So verringert die kontrollierte Abgabe der Ersatzstoffe die Gefahr körperlicher Erkrankungen (zum Beispiel HIV, Hepatitis) und die gesundheitlichen Gefahren durch verunreinigte Substanzen. Auch die Beschaffungskriminalität wird dadurch reduziert.

Da Methadon oder Buprenorphin Entzugerscheinungen verhindern und gleichzeitig keine euphorische Wirkung haben, sind die Betroffenen eher arbeitsfähig und können sich auch in anderen sozialen Situationen angemessen verhalten. So ist es während der Substitutionsbehandlung eher möglich, psycho- und sozialtherapeutische Maßnahmen durchzuführen, um die Betroffenen zu stabilisieren.

Bei der Substitutionsbehandlung wird jedoch in Kauf genommen, dass weiterhin eine Abhängigkeit (nämlich von den Ersatzstoffen) besteht. Außerdem hat sich gezeigt, dass viele Drogenabhängige, die mit Methadon oder Buprenorphin behandelt werden, nicht abstinent werden, sondern „nebenbei“ über Jahre hin weiterhin Drogen nehmen. Dies kann zum Teil zu gefährlichen gesundheitlichen Problemen führen.

Autorin: Christine Amrhein für Pro Psychotherapie e.V.

## **Therapeutensuche:**

<http://www.therapie.de/psychotherapie/>

## **Quellen**

- Bühringer, G. & Metz, K. (2009). Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, S. 345-370. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Beiglböck, W. & Feselmayer, S. (2006). F10 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen – Störungen durch Alkohol. In: Beiglböck, W., Feselmayer, S. & Hohemann, E. (Hrsg.). Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung, S. 79-100. Springer-Verlag, Wien.
- WHO (2010). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 7., überarbeitete Auflage. Hrsg. H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt. Verlag Hans Huber, Bern.
- ICD-10 online
- <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/index.htm>