

Süchte: Theorie und Praxis

(Jörg Petry, 2026)

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung.....	5
1.1 Einstellungen zur Suchtproblematik Arbeitsblatt	5
1.2 Deutsche Hauptstelle für Suchttherapie (DHS)	6
1.3 Gestaltung (Roter Faden)	7
1.4 Die Suchtdomäne.....	8
1.5 Viersäulenpolitik / Würfelfmodell	8
1.6 Verhältnis- und Verhaltensprävention	10
1.6.1 Risikobewertung von Rauschmitteln.....	11
1.6.2 Ratschläge für die Gesundheit.....	12
1.7 Schadensminderung	13
1.8 Regulierung.....	14
2. Theoretische Grundlagen.....	15
2.1 Sucht als Krankheit	15
2.1.1 Elvin Morton Jellinek	15
2.1.3 Verhaltenssuchtkonzept.....	17
2.1.4 Glücksspielsucht und „pathologischer PC/Internetgebrauch“ im Vergleich.....	18
2.2 Theoretische Modelle.....	20
2.2.1 Dreiecksmodell zum Bedingungsgefüge.....	20
2.2.2 Drug, Set, Setting	21
2.2.3 PRIME Modell	23
2.2.4 Exzessive Gelüste: Ein psychologisches Suchtmodell.....	24
2.2.5 Motivation und Persönlichkeit	26
2.2.6 Sucht als Handlung	28
2.6.1 Entscheidungsmodell.....	29
2.2.7 Sozialwissenschaftlicher Ansatz	30
2.2.8 Neurobiologische Modelle	31
2.2.8.1 Akute und chronische Wirkung des Alkohols:	31
2.2.8.2 Signalübertragung im Gehirn:	34
2.2.8.3 Impulsivität und Anreizsensibilisierung.....	35
2.2.9 Ein psychologisches Vulnerabilitätsmodell der Glücksspielsucht	37
3 Fünf Sünden	38
3.1 Alkoholsucht, die bagatellisierte Sucht.....	38
3.1.1 Alkohol als unspezifisches Rauschmittel	38
3.1.2 Ein Aufklärungsbuch über Alkoholismus Arbeitsblatt	39
3.2 Rauschmittelsucht, die legalen und illegalisierten Rauschmittel	40
3.2.1 Coffeinismus, die alltägliche Sucht	41
3.2.2 Tabakentwöhnung.....	43
3.2.3 Medikamentensucht, die verheimlichte Sucht.	45

3.2.4 Cannabissucht, die umstrittene Sucht.....	47
3.2.5 Heroin als Beispiel für weitere Rauschmittel:	51
3.3 Glücksspielsucht, die unsichtbare Sucht.....	52
3.3.1 Screening Glücksspielsucht	53
3.3.2 NIM	54
3.3.3 Pferdehandel Arbeitsblatt	55
3.3.4 Kontrollillusion.....	56
3.3.5 TAT-Tafel Arbeitsblatt	57
3.3.6 Dädalos und Ikaros	58
3.3.7 Labyrinth Aufgabe Arbeitsblatt	59
3.4 Esssucht, die sichtbare Sucht	60
3.4.1 Definition und Nosologie.....	60
3.4.2 Multifaktorielle Ätiologie der Esssucht	61
3.5 Sexuelle Sucht, die tabuisierte Sucht.....	63
3.5.1 Screening Sexuelle Sucht.....	64
3.5.2 Ampelmodell zur sexuellen Sucht Arbeitsblatt	65
4 Diagnostik und Klassifikation	66
4.1 Riskanter, problematischer und süchtiger Konsum	66
4.2 Screening des Alkoholismus als Musterbeispiel	67
4.3 Klassifikation der stofflichen Süchte.....	68
4.4 Klassifikation der nichtstofflichen Süchte	70
5 Behandlung	72
5.1 Grundlagen	72
5.1.1 Vermeidung und Abwehr.....	72
5.1.1.2 Erhebung der Anamnese (Kfz-Brief) Arbeitsblatt	74
5.1.2 Ein heuristisches Modell der Indikation zur Trinkreduktion	75
5.1.2.1 Narrative Arbeit bei problematischem Alkoholkonsum.....	76
5.1.3 Mehrfachsüchte und Funktionalität	77
5.1.4 Entscheidungsbildung und Dezentrierung.....	78
5.1.5 Kognitives Modell der Sucht.....	79
5.1.5.1 Suchttypische Irrationale Einstellungen Arbeitsblatt	80
5.1.6 TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung.....	81
5.1.7 Co-Abhängigkeitskonzept und Angehörigentraining	82
5.1.8 Bibliotherapie	83
5.2 Motivation und Volition	84
5.2.1 Verschluckt	84
5.2.2 Motivierende Gesprächsführung	86
5.2.3 Motivierende Beratung	87
5.2.4 Psychologie des Gelingens.....	89
5.2.5 Mentales Konstrastieren und WOOPen Arbeitsblatt	90

5.2.6 Unbewusstes Lernen	91
5.3 Alternative Kompetenzen	92
5.3.1 Arbeit mit Metaphern	92
5.3.2 Übung zum zustandsabhängigen Lernen (Vierhundert Kaninchen).....	94
5.3.3 Gefühlsregulation und Sucht	95
5.3.4 Training der Gefühlsregulation.....	97
5.3.5 Umgang mit Scham.....	99
5.4 Rückfallprävention.....	102
5.4.1 Das sozial-kognitive Rückfallpräventionsmodell	102
5.4.2 Dynamisches Rückfallmodell	103
5.4.3 Achtsamkeitsbezogene Rückfallprävention	104
5.4.4 „Geplanter“ Rückfall.....	106
5.4.5 Zwei Welten Arbeitsblatt	107
5.4.6 Bewältigung des Suchtverlangens	108
5.4.7 Katamnesen.....	109
5.5 Sinn- und Werteklärung	112
5.5.1 Dimensionen von Lebensbedeutungen.....	114
5.5.2 Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe)	115
6 Spezielle Kompetenzen	116
6.1 Problemlösetraining	116
6.1.1 Neun-Punkte-Problem und Current Concerns	116
6.1.2 Misserfolgsmotivation bei Glücksspielsucht	117
6.1.3 Problemprofil.....	118
6.1.4 Problemleiter.....	119
6.1.5 Vorwärts- und Rückwärtsplanung	120
6.2 Therapeutisches Geldmanagement	121
6.2.1 Programm zum therapeutischen Geldmanagement.....	121
6.2.2 Therapeutisches Geldmanagement	122
6.2.3 Die Fabel von der Elster und dem Fuchs	123
6.2.4 Geld und Glück	124
7 Gefangene Fische	125

1. Einführung

1.1 Einstellungen zur Suchtproblematik **Arbeitsblatt**

Wie bewerten Sie Ihre **bisherigen Erfahrungen** (zwischen 1 und 10) mit suchterfahrenen Personen?

Auf wieviel Prozent schätzen Sie die **Erfolgsquote** (dauerhafte Abstinenz über ein Jahr nach Behandlungsende) bei der ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung (nicht Entgiftung) von SuchtpatientInnen?

Wie ausgeprägt ist Ihre Neigung (zwischen 1 und 10) mit suchterfahrenen Personen zu arbeiten?

Zukunftsprobe: Persönliche Präferenz für eine mögliche eigene Sucht in Ihre Zukunft?

1.2 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Unsere Arbeit

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

- stärkt die Suchtprävention
- vertritt die Suchthilfe
- unterstützt die Sucht-Selbsthilfe
- informiert die Öffentlichkeit
-

DHS Stellungnahmen, Positionen und Analysen

Arbeitsgruppen und Ausschüsse der DHS greifen grundsätzliche und aktuelle suchtbezogene Fragen auf. Sie erarbeiten Stellungnahmen, Positionen und Analysen.

DHS Veranstaltungen und Kampagnen

Mit verschiedenen Veranstaltungsformaten, Kampagnen und Initiativen zu Themen der Suchtprävention, Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe wendet sich die DHS an die Öffentlichkeit.

DHS Jahrbuch Sucht

Das jährlich erscheinende DHS Jahrbuch Sucht liefert die neuesten Zahlen und Fakten zum Konsum legaler und illegaler Drogen in Deutschland. Renommierte Expertinnen und Experten informieren über aktuelle Trends bei einzelnen Suchtstoffen, zu abhängigem Verhalten und über die Versorgung Suchtkranker.

DHS Publikationen

Die DHS veröffentlicht Faltblätter, Broschüren und andere Informationsmedien zu Suchtstoffen, Suchtmittelkonsum und -missbrauch sowie zu substanzbezogenen Störungen. Darüber hinaus gibt die DHS Informationsmaterial zu Beratungs- und Behandlungsangeboten sowie zur Sucht-Selbsthilfe heraus. Die Informationen richten sich an Betroffene, Angehörige, Interessierte, Fachleute und Journalist/-innen.

DHS Bibliothek

Die Bibliothek der DHS hat einen umfassenden Bestand rund um das Thema Sucht. Für Bibliotheksnutzerinnen und -nutzer sind Besuchstermine nach Absprache möglich. Der gesamte Bibliotheksbestand lässt sich über eine Datenbank auf der DHS Internetseite abrufen und so für die individuelle Recherche einsetzen.

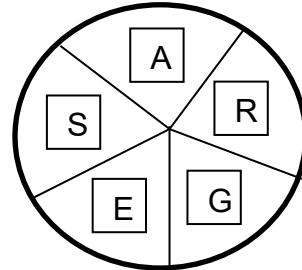
www.dhs.de

1.3 Gestaltung (Roter Faden)

Struktur des Skriptes und Ablauf:

Zwischen dem Theorie-Kapitel (2), dem Kapitel zu den fünf Süchten (3) und den Kapiteln zur Diagnostik und Behandlung (4 und 5) erfolgt ein wiederholter Wechsel.

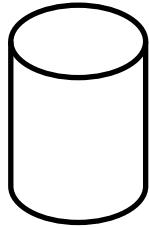
Fünf Süchte:



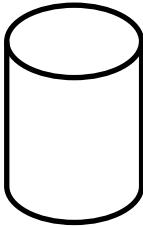
Interventionsformen:

Vier Säulen:

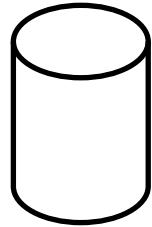
Prävention



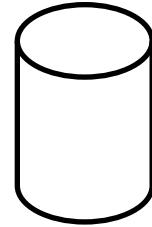
Therapie



Schadensminderung



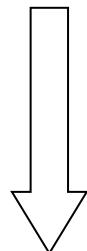
Regulierung



Vier Kernelemente der Entwöhnungsbehandlung:

Motivation und Volition

Ambivalenz-Klärung, Entscheidungsbildung



Alternative Kompetenzen

Gefühlsregulation, Problemlösen, Geldmanagement

Rückfallprävention

Erkennung von Risikosituationen, Rückfallbewältigung

Sinn- und Werteklärung

Verantwortung, Lebenssinn, Lebensbedeutungen

Spezielle Themenwünsche und eigene Fälle der TeilnehmerInnen:

1.4 Die Suchtdomäne

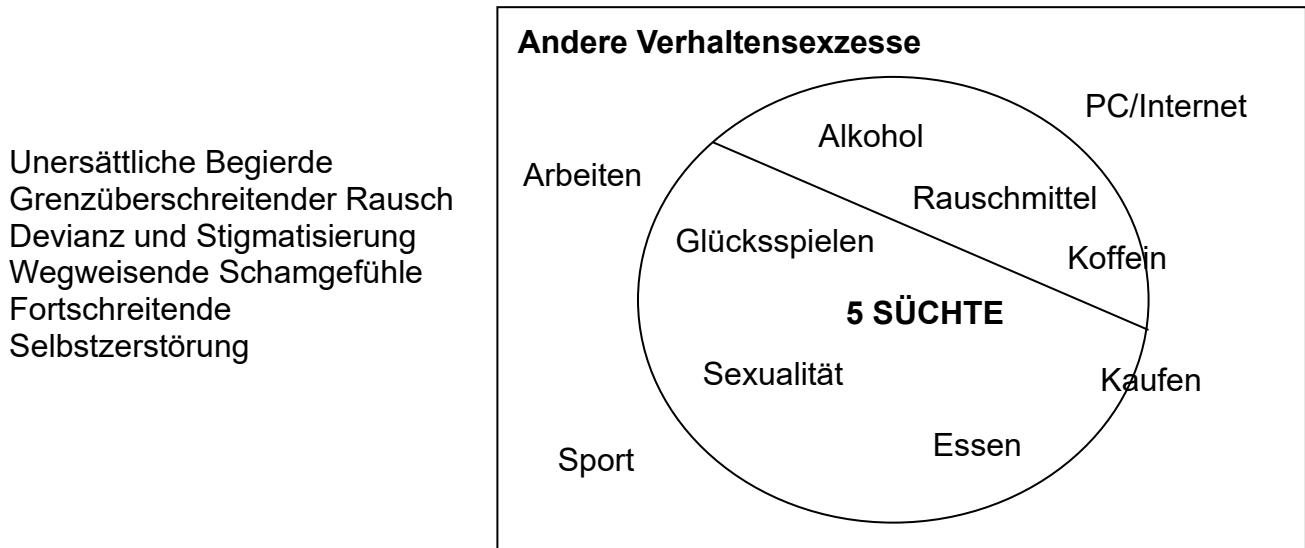


Abbildung: Fünf Süchte in Anlehnung an Orford (2001: p. 3).

Der **Gegenstandsbereich „Sucht“** wird als Forschungsdomäne durch einen Annahmekern als Problemfeld vorläufig bestimmt (Herrmann, 1979). Wesentliche Merkmale des Phänomens dienen der Abgrenzung von benachbarten Bereichen. Ein Beispiel ist die Diskussion über die nosologische Einordnung des süchtigen Glücksspielens und pathologischen PC-Internetgebrauchs.

Sucht entsteht aus einer **sinngebenden Handlung**, die auf **Genuss und Sorglosigkeit** gerichtet ist und auf **unersättlichen menschlichen Begierden** basiert (Sissa, 1999). Der **Exzess** und ein damit verbundener **Rausch** ermöglichen das vorübergehende Heraustreten aus der Alltagsrealität (Korte, 2007). Das gesellschaftlich definierte **deviante Verhalten** und damit verbundene **Stigmatisierungen** führen zu einer zunehmenden sozialen Abwendung von der Mehrheitsgesellschaft (Becker, 2014). **Schamgefühle** und damit verbundene **Abwehrmechanismen** bestimmen die Psychodynamik (Wiechelt, 2007). In einem Prozess der **schrittweisen Selbstzerstörung** besteht eine erhöhte **Suizid- und Todesrate** (Schneider & Wetterling, 2016; John & Hanke, 2003).

Der Umfang der Suchtdomäne unterliegt einem **historischen Wandel** (Lebensbedingungen; Erkenntnisfortschritt). So stellt sich die Frage, ob der **Coffeinismus** aus dem Suchtbereich herausfällt und das **pathologische Kaufen** als Sucht zu betrachten ist. In Wechselwirkung mit den erzielten Erkenntnissen (Theorie) ergeben sich Interventionsstrategien für die Praxis (Technologie). Den Kernbereich der Suchtdomäne bilden fünf stoffgebundene und nichtstoffgebundene Süchte mit spezifischen Profilen (Orford, 1985, 2001; Petry, 1991).

Von Sucht lässt sich allerdings erst seit dem **Umbruch vom Mittelalter zur Neuzeit** sprechen. Bis dahin fehlten die Bedingungen für individuelle Suchtentwicklungen: Verwandlung von Fremdzwängen in Selbstzwänge (Elias, 1982: S. 312 ff.), Verlängerung der Lebenddauer ab dem 19. Jhd. und Massenproduktion von rauschbezogenen Produkten im Kapitalismus.

1.5 Viersäulenpolitik / Würfelmodell

Die Säule **Prävention** trägt zur Verringerung des Rauschmittelkonsums bei, indem der Einstieg in den Rauschmittelkonsum und die Suchtentwicklung verhindert werden.

Die Säule **Therapie** trägt zur Verringerung des Rauschmittelkonsums bei, indem sie den nachhaltigen Ausstieg aus der Sucht ermöglicht bzw. auf die Erhaltung dieser Möglichkeit hinwirkt. Zudem fördert sie die soziale Integration und die Gesundheit der behandelten Personen.

Die Säule **Schadensminderung** fördert die Verringerung negativen Folgen des Rauschmittelkonsums für die Konsumierenden und deren soziales Umfeld, indem sie einen individuell und sozial weniger problematischen Rauschmittelkonsum ermöglicht.

Die Säule **Repression und Marktregulierung** zielt mit geeigneten regulativen Maßnahmen auf die Einschränkung der Verbreitung von legalen und die Durchsetzung des Verbots von Illegalisierten Rauschmitteln, um die negativen Folgen des Rauschmittelkonsums für die Gesellschaft zu vermindern.

Das Würfelmodell ist eine Weiterentwicklung des Viersäulenmodells. Die Differenzierung der vier Säulen und die Erweiterung um die Dimensionen Substanzen und Konsummuster erlauben eine differenzierte Analyse und Planung von suchtpolitischen Maßnahmen (EKDF, 2022).

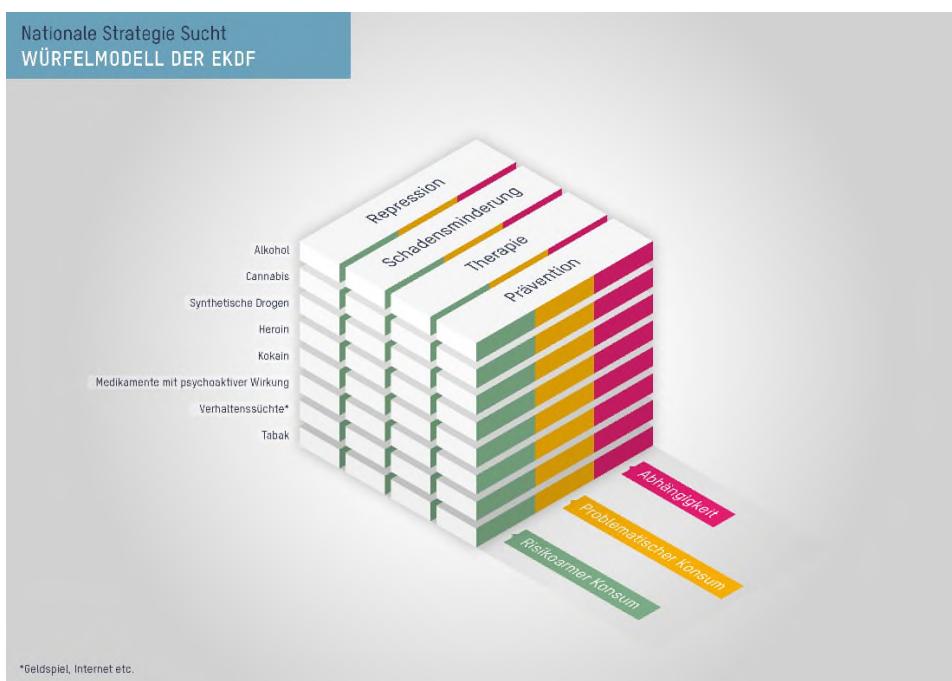


Abbildung: Würfelmodell der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (2022: S. 3).

Von Legnaro (2012) wird als **Kritik** angemerkt, dass die zugrundeliegende Grenzziehung zwischen Gesundheit vs. Krankheit und Konformität vs. Devianz den Konsum von Rauschmitteln weiterhin als „Rauschmittelproblem“ und damit unerwünschten Lebensstil festschreibt.

1.6 Verhältnis- und Verhaltensprävention

Strukturelle (verhältnisorientierte) Ansätze:

Darunter versteht man sogenannte "**umgebungsorientierte**" **Maßnahmen**. Dazu zählt das Einwirken auf jene Entstehungsbedingungen, die über eine Einzelperson hinausgehen: Lebens- und Arbeitsbedingungen, Gesetze sowie gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen (Babor et al., 2005; Sulkunen et al., 2019).

Am Beispiel des Alkoholkonsums und Glücksspielens sind strukturelle Ansatzpunkte:

- Besteuerung
- Beschränkung von Werbung
- Mindestalter
- Beschränkte Verkaufs- u. Angebotszeiten
- Beschränkung in Sportstätten und gastronomischen Betrieben
- Dichte der Platzierung der Verkaufs- und Angebotsbetriebe
- Spielsperren bei Glücksspielen

Personenorientierte (verhaltensorientierte) Ansätze:

Dabei handelt es sich um **kommunikative Maßnahmen**, die sich an Einzelne und Menschengruppen richten. Sie haben zum Ziel, Kenntnisse, Erfahrungen und Ressourcen zu vermitteln (Kalke et al., 2011; Hoff & Klein, 2015). Auf Alkoholkonsum und das Glücksspielen bezogen können personenorientierte Ansatzpunkte sein:

- Informationskampagnen
- Präventionsprogramme in Schulen
- Weiterbildungsprogramme für Mediatoren (Lehrer, Personal in Spielhallen)
- Telefonische u. internetgestützte Beratung
- Frühinterkennung und Frühintervention
- Stärkung der Resilienz und Aufbau von Ressourcen bei Kindern u. Jugendlichen, insbesondere bei suchtblasteten Elternhäusern (Jordan, 2010)
- Lebensbedingungen für Heranwachsende, die ihren Eigensinn durch kreative Freiräume fördern (Schiffer, 2010)

Eine Übersicht am Beispiel der Glücksspielsuchtprävention geben Meyer und Hayer (2023).

Von Quensel (2004) wurde als **Kritik** eingewandt, dass die Suchtprävention aufgrund unklarer Ziele keine Evaluation erlaubt, der Blickwinkel auf den Rauschmittelkonsum defizitorientiert ist, einseitig in den Generationenkonflikt eingreift, die Identitätsentwicklung der Heranwachsenden behindert und die Beziehung zur Peergroup einschränkt.

Stattdessen sollte die **Rauschmittelmündigkeit der Jugendlichen** gefördert, durch korrekte Informationen Vertrauen gebildet und durch gemeinsame Zieldefinitionen längerfristig Verständnis, Toleranz und Solidarität aufgebaut werden.

Eine gelungene **Verbindung zwischen verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen** zeigt das „**Island-Experiment**“: Die abendlichen Ausgangszeiten für Jugendliche wurden stark beschränkt, Eltern angeregt, mehr Zeit mit ihren Kindern zu verbringen und attraktive Angebote (Musik, Malen, Kampfkunst) wurden etabliert. Von 1988 bis 2016 sank der mtl. Anteil Jugendlicher mit Vollräuschen von 45 auf 7 % (Young, 2022).

1.6.1 Risikobewertung von Rauschmitteln

In der renommierten Zeitschrift The Lancet wurde von einem Forscherteam um David Nutt eine Studie (Nutt, King, Saulsby & Blakemore, 2007) veröffentlicht. Darin wurden **drei Hauptfaktoren** definiert, die das „Schadenspotenzial“ des Konsums eines Rauschmittels ausmachen: der **gesundheitliche Schaden** für das Individuum, das potenzielle **Ausmaß der Süchtigkeit** unter den KonsumentInnen und die möglichen **sozialen Auswirkungen** des Rauchmittelgebrauchs auf Familie, Gemeinde und Gesellschaft.

Jede dieser Kategorien ist wiederum in drei Unterkategorien unterteilt. Psychiater und unabhängige Experten vergaben für alle Substanzen 0 bis 3 Punkte in jeder Unterkategorie. Die gemittelten Bewertungen aller Kategorien wurden für jede Substanz addiert, um einen Wert für das generelle „Schadenspotenzial“ zu ermitteln.

Danach gehören **Alkohol und Tabak zu den zehn schädlichsten Rauschmitteln**. In Deutschland verursachen allein diese beiden Rauschmittel zusammen mehr als 99 Prozent der Todesfälle. Nutt, damaliger Drogenbeauftragter der britischen Regierung, kritisierte deshalb die Drogenpolitik als „den Erkenntnissen der Forschung widersprechend“, woraufhin er seines Amtes enthoben wurde.

In einer Folgestudie mit verbesserter Methodik (Nutt, King & Phillips, 2010) setzt sich das geschätzte „Schadenspotenzial“ nunmehr aus 16 gewichteten Einzelfaktoren zusammen, die sich auf physische, psychische und soziale Schaden innerhalb der Dimensionen Selbstschädigung und Fremdschädigung verteilen. Als Rauschmittel mit dem **größten „Schadenspotenzial“ wurde Alkohol mit 72 von 100 Punkten identifiziert**, gefolgt von Heroin (55) und Kokainsalz, auch Crack (54), Methamphetamine, auch Crystal Meth (33), Kokain (27), Tabak (26), Amphetamine, auch Speed (23), Cannabis (20), GHB, auch Liquid Ecstasy (19) und Benzodiazepine (15) etc.

Kritisch ist anzumerken, dass eine relative Bewertung in Form eines Risiko-Rankings der Komplexität des Gegenstandes nicht gereicht wird. Deshalb sollte jedes Rauschmittel getrennt hinsichtlich seines Gefährdungsprofils bewertet werden (Nguyen-Kim, 2021: S. 34 ff.): Die Bewertung des **Alkohols**, insbesondere bezogen auf die **Fremdschädigung** ergibt sich aus seiner leichten Verfügbarkeit und dem weit verbreiteten Konsum. **Heroin** und **Crack** weisen vor allem ein stärkeres individuelles **Selbstschädigungspotenzial** auf. Dies dürfte mit der ausgeprägten Gefahr einer schnellen Suchtentwicklung zusammenhängen. Der **Tabak** und die **Benzodiazepine** sind hinsichtlich ihrer Verbreitung, Unauffälligkeit und schnellen Suchtentwicklung sowohl individuell als auch gesellschaftlich stark risikobehaftet.

1.6.2 Ratschläge für die Gesundheit

10 konventionelle Tipps für eine bessere Gesundheit:

- Rauche nicht! Wenn Du nicht aufhören kannst, dann reduziere Dein Rauchen!
- Halte eine ausgewogenen Diät mit viel Früchten und Gemüse ein!
- Stelle sicher, dass Du in Bewegung bleibst und trainiere mindestens dreimal wöchentlich!
- Bewältige Stress durch Gespräche und Entschleunigung oder durch entspannende Auszeiten!
- Wenn Du Alkohol trinkst, dann tue es in Maßen!
- Schütze Dich und Deine Kinder vor Sonnenstrahlen!
- Sorge Dich um eine geschützte Form der Sexualität!
- Denke an regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei Deinem Hausarzt und die Krebsvorsorge!
- Befolgen die Regeln im Straßenverkehr und lege immer den Sicherheitsgurt an!

Was Dir Dein Arzt nicht gesagt hat:

- Sei nicht arm! Wenn du kannst, hör damit auf! Wenn Du es nicht kannst, dann versuche, nicht lange arm zu sein!
- Wohne in der Nähe guter Supermärkte und Frischwareengeschäften mit erschwinglichen Preisen!
- Wohne in einem sicheren, begrünten Viertel mit nahen Parks und Grünflächen!
- arbeite in einem lohnenden und angesehenen Beruf mit guter Vergütung, Sozialleistungen und Kontrolle über Deine Arbeit!
- Wenn Du Arbeit hast, verliere nicht Deinen Job oder lass Dir nicht kündigen!
- Mache Familienurlaub und genieße alle Vorteile, auf die Du Anspruch hast!
- Lebe nicht in feuchten, minderwertigen Wohnungen, neben einer stark befahrenen Straße oder in der Nähe einer die Umwelt belastenden Fabrik!
- Achte darauf, ein Auto zu besitzen, wenn Du auf vernachlässigte öffentliche Verkehrsmittel angewiesen bist.
- Lerne, unverständliche Wohngeldanträge auszufüllen, bevor Du obdachlos und mittellos wirst!

Quelle: Dave Gordon, <https://unnaturalcauses.org/assets/uploads/file/Doctor.pdf>

1.7 Schadensminderung

Die Schadensminderung hat zum Ziel, die individuellen und gesellschaftlichen Risiken und Schäden des Suchtmittelkonsums zu verringern und den suchtmittelabhängigen Personen die bestmögliche Gesundheit in ihrer jeweiligen Lebenssituation zu ermöglichen (Askeret, 2014: S. 4 f.).

Der **pragmatische Ansatz** vermeidet einen moralisierenden Zugang (Akzeptanzorientierung) mit nicht abstinenzfordernden Angeboten (Niederschwelligkeit). Es wird Anonymität gewährleistet und Parteilichkeit ausgeübt.

Das Kernangebot besteht in **Kontakt- und Anlaufstellen**, die eine Tagesstruktur, Verpflegung, medizinische Versorgung und eine stressfreie Umgebung zum Konsum mitgebrachter Rauschmittel ermöglichen. Weitere Angebotsbereiche sind Wohnen (**Notschlafstellen**), Arbeit (**geschützte Arbeitsplätze**), aufsuchende Sozialarbeit schwer erreichbarer Personen (MigrantInnen, randständige Personen), Angebote im **Nachtleben** (Drug Checking vor Ort), Betreuung von rauschmittelsüchtigen Prostituierten (Infektionsprophylaxe, medizinische Betreuung) und Gefängnisarbeit.

Die **Substitutionsbehandlung** hat zur Verringerung der Todesrate und zur Entkriminalisierung geführt. Sie kann jedoch aufgrund der Einflüsse von Politik und Pharmaindustrie im Gegensatz zu den Interessen der Betroffenen stehen: Die Behandlungsform ist mit starken Einschränkungen der Autonomie verbunden und kann zur sozialen Vereinsamung führen (Tiapal & Sanin, 2016). In Deutschland werden bei einer Zahl von ca. 170.000 Opioidsüchtigen ca. 95.000 (über 50 %!) substituiert (Kraus et al., 2019).

Historisch ist das Konzept der Schadensminderung Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre entstanden, als die offene Rauschmittelszene in den Großstädten die Not und die **Verelendung der Betroffenen** öffentlich bewusst gemacht hat. Einer der ersten wissenschaftlichen Vertreter des Konzeptes war Russel Newcombe von der Universität Liverpool (Newcombe, 1987). Später wurde das Standardwerk zur Schadensminderung von Alan Marlatt und Kolleginnen (1998, 2012) herausgegeben.

Es hat sich eine Kooperation mit Repräsentanten der staatlichen Regulierung entwickelt, die ethische Fragen aufwirft (**Paternalismus**) und die auf die Widersprüchlichkeit der Rauschmittelpolitik hinweist. Aktuell besteht die Gefahr, dass die Schadensminderung inhaltlichen und finanziellen Einschränkungen durch Vorgaben der Gesundheitsreformen (Einsparungen und Bürokratisierung) unterliegt, die zu Einschränkungen der psychosozialen Betreuung führen (Sanin, 2016).

Als **Herausforderungen** werden die Heterogenität der Zielgruppen (junge und älter werdende KonsumentInnen, MigrantInnen) und die sogenannten **neuen psychoaktiven Substanzen (NPS)**, d. h. noch nicht illegalisierte synthetische Rauschmittel (z. B. synthetische Cannabinoide), die irreführend als Räuchermischungen (Spice), Badesalze oder Forschungchemikalien deklariert werden (Werse, 2014), genannt.

Eine **Forderung** besteht darin, die Schadensminderung auf Alkohol (Intervention bei intoxikierten Jugendlichen), Tabak (Snus) und Nikotin (E-Zigaretten) auszuweiten und die in einigen Ländern begonnene Entkriminalisierung (Cannabis) aufzugreifen. In Portugal ist der Besitz aller illegalisierten Rauschmittel zum persönlichen Gebrauch seit 2001 straffrei.

1.8 Regulierung

Regulierungsmodell zur Prohibition vs. Legalisierung (Marks, 1989; Haden; 2005):

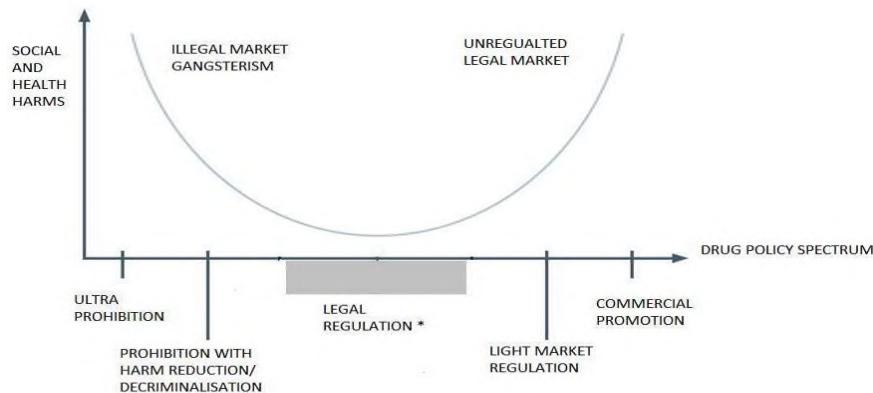


Abbildung: Die U-Kurve zwischen Prohibition und Legalisierung (aus Kushlick, 2013; vgl. Vargas, 2013: p. 117).

Entkriminalisierung:

In **Portugal** sind Besitz und Konsum von Rauschmitteln seit 2001 keine Straftaten mehr. Die Bewertung der Folgen wird kontrovers diskutiert (Greenwald, 2009; Coelho, 2015). Aufgrund der Komplexität des Unterfangens und eines fehlenden Vergleichs kann mit Vorsicht festgestellt werden, dass die Reform zu keinem dauerhaften Anstieg des Rauschmittelkonsums geführt hat. Die Reform hat auf jeden Fall zu einer deutlichen Reduzierung der sozialen Kosten geführt (Nguyen-Kim, 2021: S. 31 ff.).

Organisationsformen und Wertebезüge in der Rauschmittelpolitik:

Organisationform: Wertebzug:	Staatliche Orientierung	Gesellschaftliche Orientierung
Externe Moral	Staatsmoralisches System (USA*)	Moralischer Interessenausgleich (Deutschland*)
Pragmatische Moral	Staatspragmatisches Modell (Uruguay)	Pragmatischer Interessenausgleich (Niederlande, Schweiz*)

***In den Ländern gibt es teilweise unterschiedliche Rauschmittelpolitiken zwischen Teilstaaten (USA), Ländern und Städten (Deutschland) und Kantonen und Städten (Schweiz).

Abbildung: Internationale Regulierungssysteme im Vergleich (Kushlick, 2013: S. 29).

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Sucht als Krankheit

2.1.1 Elvin Morton Jellinek

Jellinek (1960). **The Disease Concept of Alcoholism**. New Haven, CT: College and University Press:

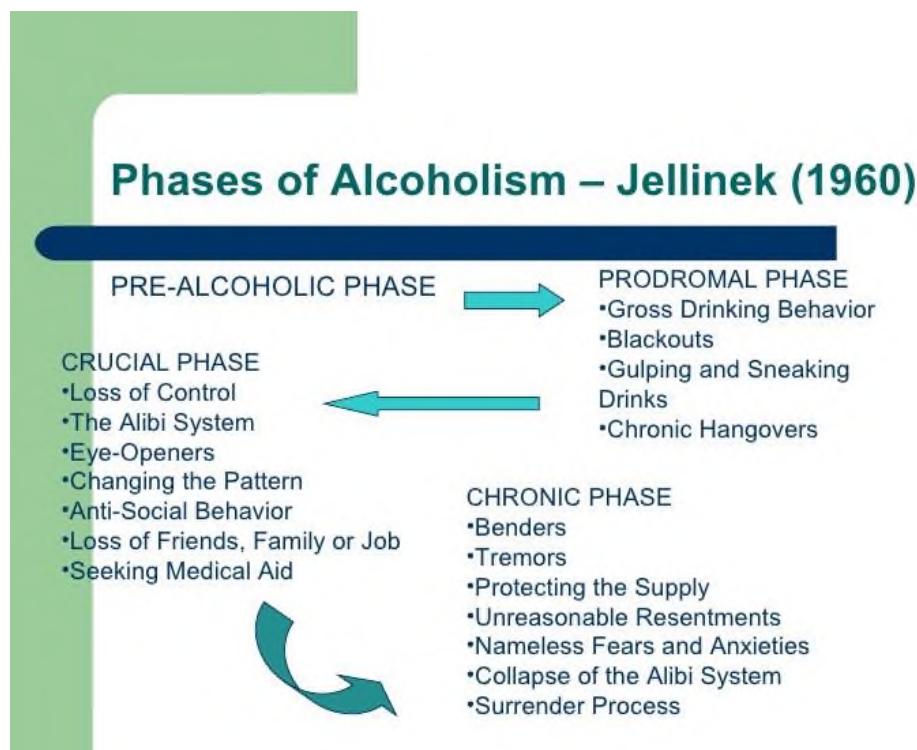


Abbildung: Phasenkonzept zum Alkoholismus von Jellinek (1960).

Der **Autodidakt Jellinek** hat unter Berufung auf die Anonymen Alkoholiker (1960a: S. 41) die Bezeichnung „Kontrollverlust“ (*loss of control*) als Kern seines **organisch begründeten Krankheitskonzeptes** wiederbelebt. Zum selben Zeitpunkt hat Jellinek (1960b) darauf hingewiesen, dass unten dem Begriff Alkoholismus als Gattung (*genus*) verschiedene Arten (*species*) fallen, wovon lediglich der Problemtrinker (*Gamma alcoholism*) und der Gewohnheitstrinker (*Delta alcoholism*) als Krankheiten anzusehen seien. Den „Kontrollverlust“ bezieht er nur auf den Problemtrinker, während der Gewohnheitstrinker seine Trinkmenge kontrollieren könne, aber eine „**Abstinenzunfähigkeit**“ (*inability to abstain*) aufweise. Die bis heute anhaltende unreflektierte Verbreitung des Begriffs „Kontrollverlust“ (einschränkend „Kontrollminderung“) verwundert, da es sich um keine Begrifflichkeit handelt, die geeignet erscheint, verschiedenste Erscheinungsformen der Alkoholsucht zu erfassen. Zumal handelt es sich um einen Begriff, der nicht brauchbar ist, um komplexen Selbststeuerungsprozesse bei der zielorientierten Ausrichtung rauschbezogenen Handelns zu erfassen.

2.1.2 Das Abhängigkeitssyndrom

Von Edwards und Gross (1976) wurde als Weiterentwicklung des Krankheitskonzeptes (Toleranzentwicklung, körperlicher Entzug, Kontrollverlust und Verlangen) von Jellinek (1960) das **Alkohol-Abhängigkeitssyndrom** beschrieben. Danach handelt es sich beim Alkoholismus um eine organisch bedingte, fortschreitende und phasenhaft verlaufende Erkrankung. Das Syndrom zeichnet sich durch **sieben Kernmerkmale** aus: Einengung des Trinkmusters, Hervortreten des trinkbezogenen Verhaltens, zunehmende Alkoholtoleranz, wiederholte Entzugssymptome, Beseitigung oder Vermeidung von Entzugserscheinungen durch weiteres Trinken, subjektive Wahrnehmung des Trinkzwanges, Wiedereinstellung des Abhängigkeitssyndroms nach Abstinenz. Bezogen auf den „Trinkzwang“ wird nicht mehr von Einem „Kontrollverlust“ ausgegangene, sondern einer lediglich **verminderten Kontrolle**: *Control is probably best seen as variable and intermittently impaired rather than „lost“* (a.a.O.: p. 1060).

Das Abhängigkeitssyndrom ist ein Repräsentant des **medizinischen Modells** (Wampold et al., 2018: S. 29 ff.). Anhand eines Symptomkomplexes wird beschrieben, ob PatientInnen an einer Suchterkrankung leiden. Das Modell bevorzugt organpathologische Erklärungen der Entstehung dieser Erkrankung und sucht nach entsprechenden Veränderungsmechanismen als Grundlage einer spezifisch wirksamen Behandlung. Das Modell liegt der **nosologischen Klassifikation**, der klinischen Diagnostik und der Forschung zur Entstehung von Süchten und zur Wirksamkeit der Suchtbehandlung zugrunde. Gleichzeitig bildet es die Grundlage der **gesetzlichen Anerkennung** von Suchterkrankungen und der Professionalisierung der Suchtbehandlung.

Die **Kritik** (Shaw, 1979) bezieht sich darauf, dass es in **Bevölkerungsstudien** Hinweise auf den „**kontrollierten“ Umgang** mit verschiedensten legalen und illegalisierten Rauschmitteln gibt. Zinberg, (1984) stellt bezogen auf OpiatkonsumentInnen fest: Neither availability of opiates, method of administration, type of opiate used, nor early experience with opiates served to distinguish our controlled subjects from our compulsive subjects. (a.a.O.: p. 74). Darüber hinaus besteht unter ehemals **süchtigen KonsumentInnen** bei einem Teil ein „**kontrollierter“ Konsum** (Schippers & Cramer, 2002). Weiterhin zeigen Untersuchungen zum **natürlichen Verlauf** von Suchtkarrieren (Vaillant, 1983), dass die Mehrheit ihre Suchtproblematik durch einen Prozess der **Selbstheilung** überwindet (Klingmann & Sobell, 2006; Klingmann, 2017). Eine Übersicht zum Pro und Kontra in Bezug auf das „**Brain Disease Model of Addiction**“ gibt der Sammelband von Heather, Field, Moss & Sattel (2022).

Die Merkmale des Abhängigkeitssyndroms sollten **lediglich zur Deskription süchtiger Perioden** im Verlauf eines dynamischen Prozesses verstanden werden. Es sind die kulturellen, sozialen und ökonomischen Faktoren, die erklären können, wie solche Perioden beginnen, verlaufen und enden. Das Abhängigkeitskonzept hat keinen erklärenden Wert, wenn es nicht in seinen **sozialen Kontext** eingebettet wird (Moore, 1992).

Der Verlust (Jellinek, 1960) bzw. die Beeinträchtigung (Edwards & Gross, 1976) von Kontrolle als Kernmerkmal des Abhängigkeitssyndroms stellt sich entsprechend nicht als „beeinträchtigte Kontrolle“ (impaired control), sondern als „**kontrollierte Beeinträchtigung**“ (controlled impairment) dar, die von konkreten Individuen in einer je spezifischen Lebenssituation zugelassen wird (Moore, 1992: p. 483).

2.1.3 Verhaltenssuchtkonzept

Aktuell bestimmt das klassische Krankheitsmodell die Definition von sogenannten Verhaltenssüchten: *Man nehme Jellinek und etwas ICD, würze mit Neurobiologie und schmecke das Ganze mit Lebensgeschichten nach Art der Anonymen AlkoholikerInnen ab; vor dem Servieren gieße man noch eine Soße von Fachbegriffen darüber: voilà – die „Fernseh-Sucht“. Einst heiß diskutiert, ist diese Pandemie inzwischen ein stilles Leiden.* (Spode, 2005: S. 112).

Kriterien:

Verhaltensexzess; Kontrollverlust; unmittelbare Belohnung; Toleranzentwicklung; Wirkungsumkehr (angenehm zu unangenehm); unwiderstehliches Verlangen; Gefühlsregulation; positive Wirkungserwartung; eingeengtes Verhaltensmuster; gedankliche Beschäftigung mit dem Verhaltensexzess; irrationale, verzerrte Wahrnehmungen; Entzugserscheinungen; Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen; konditionierte Reaktionen auf externe und interne Reize und Leidensdruck (Thelemann, 2009; Mann, 2014).

Beispiel Trainingssucht:

Einengung des Repertoires auf ein stereotyped Trainingsmuster; Zunehmende Dominanz des Trainings über andere Aktivitäten; Toleranzentwicklung bezüglich des Trainingsaufwands; Stimmungstiefs als Entzugserscheinung bei Trainingsstopp; Nachlassen/Vermeidung des Entzuges bei/durch Trainingsaufnahme; zwanghaftes Verlangen nach dem Training; Wiederaufnahme des Trainings nach Abstinenzphase; Fortsetzung des Trainings trotz körperlicher, partnerschaftlicher, sozialer oder beruflicher Nachteile und selbstauferlegte Gewichtsverluste durch Diäten zur Leistungsverbesserung (Vale, 1987).

In einem Lehrbuch zur Verhaltenssucht (Bilke-Hentsch et al., 2014) wird gar die **Anorexie**, d. h. *das krankhafte und übertriebene Verlangen und Streben nach ständiger Hautbräune, die durch häufige Solarium besuche oder Naturlicht erzielt werden soll* (Harth, 2014: S. 215) als Sucht beschrieben. Der Autor spricht von „**Lichtmissbrauch**“ (a.a.O.: S. 215) und berichtet: *Bei PatientInnen mit „Anorexie“ traten nach Meidung des Solariums in 21 % der Fälle Entzugserscheinungen mit Unruhe und Gereiztheit sowie Partnerkonflikten auf.* (a.a.O.: S. 216). Mit Bedauern wird festgestellt, dass dieses *weit verbreitete biopsychosoziale Phänomen* noch keinen Eingang in die internationalen Klassifikationssysteme gefunden hat (a.a.O.: S. 215). Bei solchen Publikationen handelt sich um ein wiederkehrendes (**süchtiges**) **Veröffentlichungsmuster** (Petry, 2018).

Als **Kritik** wird die nicht statthafte Übertragung der Begrifflichkeit des organischen Krankheitsmodells, z. B. Entzug (**Kategorienfehler**), die Vergegenständlichung einer theoretischen Vorstellung, z. B. Suchtpotential des PC/Internets (**Reifikation**), die geschlossene Operationalisierung, z. B. Screeningverfahren in der Epidemiologie (**tautologische Immunisierung**), die Überbetonung klassischer Lernmechanismen aufgrund experimenteller Laborforschung (**Entsubjektivierung**), die naturalistische Reduktion auf hirnorganische Prozesse (**lokalisatorischer und mereologischer Fehlschluss**) und die neoliberalen Verpflichtung zur selbstregulierten Gesundheitsvorsorge mit der entsprechend Etablierung politischer, wissenschaftlicher und ökonomischer Strukturen (**Biomedizinisierung**) angeführt (Petry, 2010, 2018 u. 2020; Netherland, 2012).

2.1.4 Glücksspielsucht und „pathologischer PC/Internetgebrauch“ im Vergleich

Die Glücksspielsucht (gambling disorder) und eine Untergruppe des pathologischen PC/Internetgebrauchs (gaming disorder): Zwei völlig **unterschiedliche Krankheitsbilder** werden anhand dreier vage definierten Merkmale (Kontrollminderung, Vorrangigkeit des Suchtverhaltens, Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen) im ICD-11 als „Verhaltenssüchte“ klassifiziert. Nach Karl Jaspers lassen sich psychogene Krankheiten (gemeint sind Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Süchte) nur typologisch erfassen: *Eine Diagnose bleibt typologisch und vieldimensional, umfasst zum mindesten Kennzeichnung der Art der Persönlichkeit, der Art der vorliegenden Einzelbefunde, Zustände, Mechanismen* (Jaspers, 1948: S. 511).

Die beiden Störungen lassen sich in diesem Sinne klinisch als **süchtig** (Glücksspielsucht) und **nicht süchtig** (pathologischer PC/Internetgebrauch) typologisieren: Schon der **erste Eindruck** macht gegenteilige Besonderheiten deutlich. Da sind die beweglichen, neugierigen, fordernden und meist männlichen Glücksspielsüchtigen – und da sind die verhaltenen, zurückgezogenen und gehemachten PC/InternetgebraucherInnen.

Der **typische (männliche) Glücksspielsüchtige** verbirgt seine Selbstwertprobleme und Beziehungsängste hinter einer **Fassade der Überlegenheit** und distanzierten Unnahbarkeit. Familiär geprägte Auffälligkeiten der Persönlichkeit äußern sich in sozialer Überheblichkeit oder einem abgrenzenden Rückzug aus der bürgerlichen Welt. Für ihn zählt nur der Rauschzustand, der ihn über das Alltagsleben erhebt. Aufgrund seiner sozialen Anpassungsfähigkeit kann er finanzielle Verluste zunächst ausgleichen oder verbergen. Die **herabgesetzte Impulskontrolle und die Aufholjagd** nach Verlusten (chasing) münden allerdings in der selbst- und fremdschädigenden Abwärtsspirale aus Selbst- und Fremdtäuschungen, **Selbstmordtendenzen und Kriminalität** – typische Merkmale einer Suchtkarriere. Die Grundlage für die symptomatische Behandlung liegt im **Abstinenzprinzip**. Die **therapeutische Beziehung** ist anfänglich geprägt durch misstrauische Distanz. Sie ist gefährdet, sobald Anforderungen (Schuldenregulierung, Verantwortungsübernahme in Beziehungen) gestellt werden (Petry, 2003; Petry et al., 2023).

Die **typischen „pathologischen PC/InternetgebraucherInnen“** (hier Gamer/Gamerinnen) erleben **keinen dissoziativen Rauschzustand**. Trotz des intensiven Eintauchens in die virtuelle Erlebniswelt (Immersion) ist das Spielverhalten durch einen wachen, unterbrechbaren Arbeitsmodus bestimmt. Aufgrund der verminderten Fähigkeit, Alltagsprobleme nachhaltig zu bewältigen (**verminderte Gewissenhaftigkeit**), zieht der Gamer/die Gamerin sich in die virtuelle Spielwelt zurück. Nur dort können sie Erfolge in der Gemeinschaft der Mitspieler erleben: ein Rückzug in die **Welt kindlicher Allmachtfantasien**. Ihr Verhalten ist durch depressive Unsicherheit und **Kontaktängste** bestimmt. Das exzessive Gamen ist mit häufiger Partner- und Arbeitslosigkeit verbunden. Es zeigt sich das typische Bild einer frühkindlich geprägten **Bindungsstörung**. Als Grundlage für die symptomatische Behandlung dient das „**Ampelmodell**“, wonach die Nutzung des Mediums PC/Internet auf die schulischen, beruflichen und alltagsbezogenen Anwendungen eingeschränkt wird. Die Zuwendung in der therapeutischen Beziehung wird dankbar angenommen. Probleme ergeben sich aus der Überschätzung alltäglicher Kompetenzen und unrealistischen beruflichen Erwartungen (Petry, 2010; Petry, 2019).

In einer **vergleichenden Untersuchung** (Schuhler et al., 2012: S. 102) konnte diese Typologisierung bestätigt werden: Pathologische PC/InternetgebraucherInnen (vom Gaming-, Chatting- und Surfing/Streaming-Typ) ließen sich mittels Persönlichkeitsmerkmalen, interpersonellen Problematiken und der klinischen Symptomatik als eigenständige Gruppe von stofflichen (Alkoholsüchtige) und nichtstofflichen (Glücksspielsüchtige) Süchten sowie psychosomatisch Erkrankten abgrenzen. Die **verminderte Gewissenhaftigkeit** (Big Five Persönlichkeitstest) war das wichtigste Unterscheidungsmerkmal: Die pathologische PC/InternetgebraucherInnen weisen im Vergleich eine verminderte Fähigkeit auf, Alltagsprobleme zielstrebig und ausdauernd zu bewältigen.

Differentialdiagnostik:

Zur differentialdiagnostischen **Abgrenzung des pathologischen PC-/Internetgebrauchs von Suchterkrankungen** liegen Hinweise vor:

Empirisch:

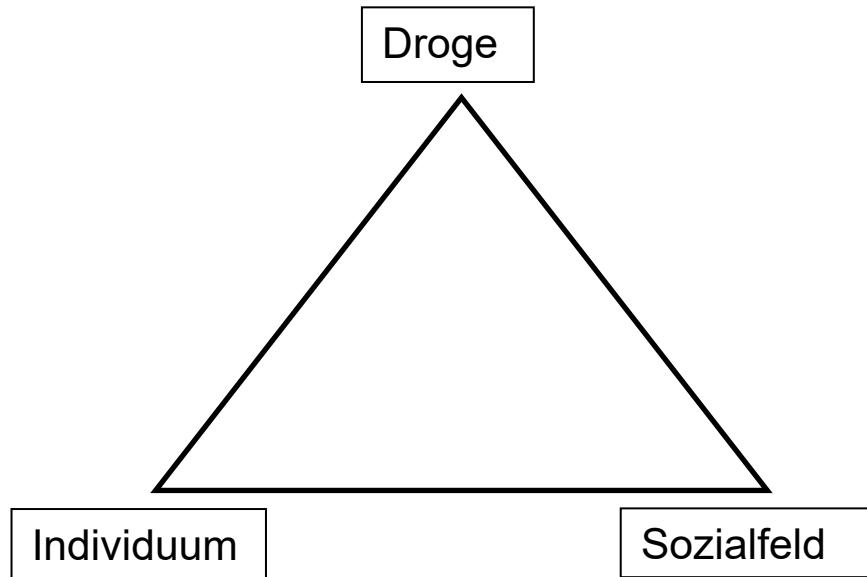
- Es liegt kein rauschtypisches dissoziatives Erleben vor (Petry, 2010b: S. 128)
- Die erhöhte Suizidalität korreliert nicht mit der Anzahl der DSM-5 Kriterien, sondern erklärt sich aus den komorbidien Störungen (Bischof et al., 2016)
- Die Verhaltenskontrolle Im TPF (Becker, 1989) liegt im Normbereich (Petry, 2010b: S. 129)

Klinisch:

- Es treten keine Entzugserscheinungen auf
- Es zeigen sich keine Tendenzen zur Verschuldung oder zu delinquentem Verhalten
- Keine erhöhte Mortalität durch Suizide, Unfälle, körperliche Folgeerkrankungen

2.2 Theoretische Modelle

2.2.1 Dreiecksmodell zum Bedingungsgefüge



Ideengeschichtlich lässt sich das ätiologische Modell der Rauschmittelsucht (Feuerlein, 1969, Kielholz & Ladewig, 1972) auf das medizinische **Infektionsmodell** (Schaberg & Kaufmann, 2006: S. 555), des 19. Jahrhunderts zurückführen. Mit dem Modell geht eine Naturalisierung einher und der „Kampf gegen die Drogen“ kann damit metaphorisch (Seuche, Ansteckung etc.) begründet werden.

Die **epidemiologische Forschung** hat ergeben, dass Krankheiten wie z. B. Bluthochdruck, Arteriosklerose und Sucht nicht auf eine spezifische Ursache zurückführbar sind. Das Konzept der **multifaktoriellen Verursachung** wird als Spezialfall einer **spezifischen Verursachung** angesehen, da die Hoffnung besteht, eine oder mehrere für das jeweilige Krankheitsbild spezifische Ursachen zu finden. Im Gegensatz zu einem unspezifischen Suchtkonzept liegen keine Annahmen über die Wechselwirkung zwischen verschiedenen Einflussfaktoren vor (Wiesemann, 2000: S. 180).

So werden nach Tretter (2005) die **relevanten Umweltfaktoren** nur selektiv und oberflächlich identifiziert, da **keine verbindliche Taxonomie** vorliegt. Über die Abgrenzung und Wirkweisen liegen **keine genaueren theoretischen Überlegungen** zugrunde. Bei empirischen Untersuchungen erfolgt die Auswahl der Kontrollvariablen willkürlich. Es erfolgen **lediglich korrelationsanalytische und regressionsanalytische Aussagen**, was wenig erkenntnisreich ist, da die Umwelt *ein in sich rückgekoppeltes Netzwerk von wechselseitig abhängigen (interdependenten) Faktoren* (Tretter, a.a.O.: S. 245) ist und der Mensch mit dieser Umwelt in vielfältiger Form interagiert.

*Typisch für die nun fast zwei Jahrhunderte währende Geschichte ist... die Tendenzlosigkeit, das stete, teils unbewusste **Nebeneinander** disparater, psychologischer, ökonomischer, sozialer, biologischer und physiologischer Hypothesen, von denen keine längerfristig die Qualität eines allgemein anerkannten Lösungsmodells begründen konnte* (Spode, 1993: S. 144).

2.2.2 Drug, Set, Setting

Nach dem Modell von Zinberg (1984: pp. 172 - 191) ist die Rauschmittelwirkung weder stoffimmanent noch konstant, sondern hängt von der komplexen Interaktion der Substanz mit psychotropen Eigenschaften (**Drug**), der persönlichen Befindlichkeit der KonsumentInnen (**Set**) und dem sozialen Kontext (**Setting**) ab. Diese Begriffe wurden ursprünglich von Timothy Leary (1964) im Rahmen seiner experimentellen Untersuchungen mit LSD geprägt (Hartogsohn, 2017). Der Umgang mit der „Droge“ und die Qualität des Rauscherlebens werden durch einen sozialen Lernprozess erworben (Becker, 2014) und unterliegen einem kulturellen Wandel (Korte, 2007).

Drug:

Die **Wirkung von Rauschmitteln** weist eine **große individuelle Variabilität** auf. So konnten Angst et al. (2012) in einer randomisierten, doppelblinden und Placebo kontrollierten Studie mit 114 ein- und zweieiigen Zwillingen zeigen, dass **lediglich 28,5 %** der Teilnehmer **eine positive Wirkung** (Did you like the drug at any moment?) eines intravenös verabreichten **Opioids** (Alfentanil) verspürten. 13,6 % empfanden die Wirkung unangenehm, 6,1 % erlebten sie weder angenehm noch unangenehm. 51,8 % verspürten die Wirkung zu unterschiedlichen Zeitpunkten sowohl angenehm als auch unangenehm, davon 78,8 % zu Beginn angenehm und 21,2 % unangenehm.

Set:

Experimentelle Untersuchungen mit dem **ausbalancierten Placebo-Versuchsplan** (Marlatt et al., 1973) zeigen, dass Trinkverhalten und entsprechend alkoholisierter Verhalten bei NormalkonsumentInnen und AlkoholikerInnen durch **positive Alkoholwirkungserwartungen** gesteuert werden (Marlatt & Gordon, 1985: pp.144 - 157). So bewerten sich Personen, die dachten, sie hätten Alkohol konsumiert, sich als attraktiver, origineller und witziger (Bègue et al., 2013).

Die Versuchspersonen erhielten entweder Tonic oder eine Tonic-Wodka Mischung als Getränk. Bei jeweils der Hälfte der Probanden bestand die Erwartung, entweder Tonic oder eine Tonic-Wodka Mischung zu erhalten, unabhängig davon ob dies der Fall war oder nicht. Bei diesem **ausbalancierten Placebo-Versuchsplan** bestand die Instruktion, dass der Geschmack des Getränks, von dem die Versuchspersonen beliebig viel trinken konnten, zu beurteilen sei. Unbemerkt wurde die **Trinkmenge** und das nach dem Konsum auftretende **Verhalten** erfasst.

		Erwartung:	
		Alkohol	kein Alkohol
Erhalten:	Alkohol	Wodka und Tonic	Wodka und Tonic
	Kein Alkohol	Tonic	Tonic

Abbildung: Ausbalancierter Placebo-Versuchsplan (Marlatt & Gordon, 1985: p. 149).

Bis zu einer gewissen Alkoholmenge wird der unspezifische Effekt des Alkohols von positiven Alkoholwirkungserwartungen bestimmt. Die schon in der Kindheit erworbenen

Muster von **Alkoholwirkungserwartungen** hängen u. a. von dem Vorbildverhalten der Erwachsenen, den Normen der Peergruppe und dem individuellen Wertesystem ab.

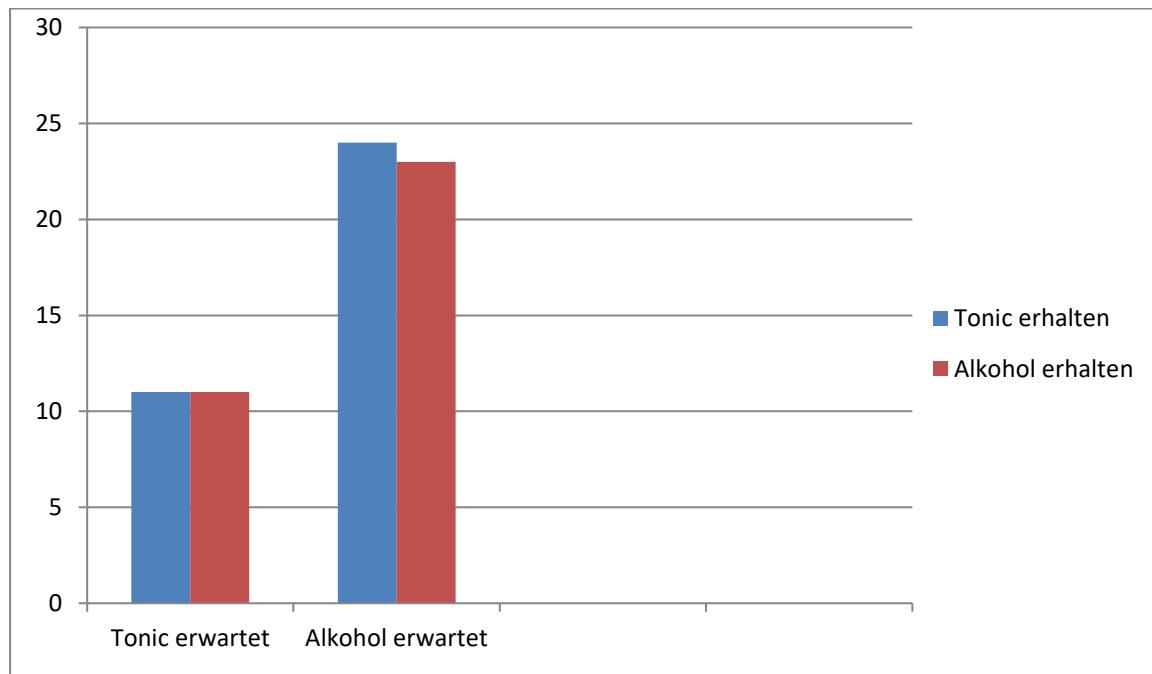


Abbildung: Erfasste Trinkmenge bei AlkoholikerInnen (Marlatt & Gordon, 1985: p. 151).

Setting:

Die Abhängigkeit des **Rauschmittelkonsums** von **Umgebungs faktoren** konnte im Vergleich zwischen restriktiven Laborbedingungen und natürlichen Lebensbedingungen des sogenannten **Rat Parks** (großer Lebensraum, Artgenossen) belegt werden (Alexander et al., 1985: pp. 79; Alexander, 2011: p. 195): Tiere in einer natürlicheren Umgebung konsumierten weniger Morphine als Tiere in dem üblichen Laborsetting.

Untersuchungen zum **Trinkverhalten von AlkoholikerInnen** zeigen unter Laborbedingungen und in Feldbeobachtungen, dass sie in sozialen Kontakt situationen häufiger Alkohol konsumieren (Nathan et al., 1976; Miller, 1976: pp. 14) und bei einem stark mittrinkenden Vorbild vermehrt Alkohol konsumieren (Caudill & Marlatt, 1978).

Ein Beispiel

Ein **Fußballspieler**, der mit Leib und Seele seinem Sport huldigt, wird am Samstag von bohrenden **Zahnschmerzen** gequält... Er trinkt nach dem Mittagessen einen Schnaps, weil er glaubt, dann besser ein Nickerchen machen zu können und den Schmerz etwas „ruhigzustellen“... Seine Frau klopft leise an seine Tür und sagt ihm, dass sein Trainer am Telefon sei und ihn bittet, gleich zum Sportplatz zu kommen, da ein Spieler ausgefallen ist... Nun hat er aber die Zahnschmerzen? Aber tatsächlich, durch den Alkohol ist der Schmerz nicht mehr so spürbar, außerdem nimmt ihn der Gedanke an das wichtige Spiel völlig gefangen... Er fühlt sich in Topform und besonders einsatzfähig.

Der Spieler hat an diesem Samstag das **schillernde Gesicht des Alkohols** gesehen. Je nachdem, in welcher Stimmung man ist, welche Erwartungen man an die Wirkung hat und wie die situativen Randbedingungen beschaffen sind, wirkt die Substanz spezifisch und in gewissem Sinne durch uns lenkbar. (Schuhler & Baumeister, 1999: S. 108).

2.2.3 PRIME Modell

Das **integrative Modell** (West & Brown, 2013) beschreibt die motivationalen Prozesse, die das Verhalten energetisieren und steuern. Das menschliche Motivationssystem besteht aus fünf Untersystemen: **Pläne** als bewusste Intentionen, **Reaktionen**, die für den Beginn, die Modifikation und die Beendigung von Aktionen sorgen, **Impulse und Hemmungen**, die den finalen Weg zum Verhalten darstellen, **Motive**, die Bedürfnisse und Wünsche umfassen und **Evaluationen**, die moralische Bewertungen beinhalten. Diese Subsysteme interagieren und verändern sich in der individuellen Entwicklung.

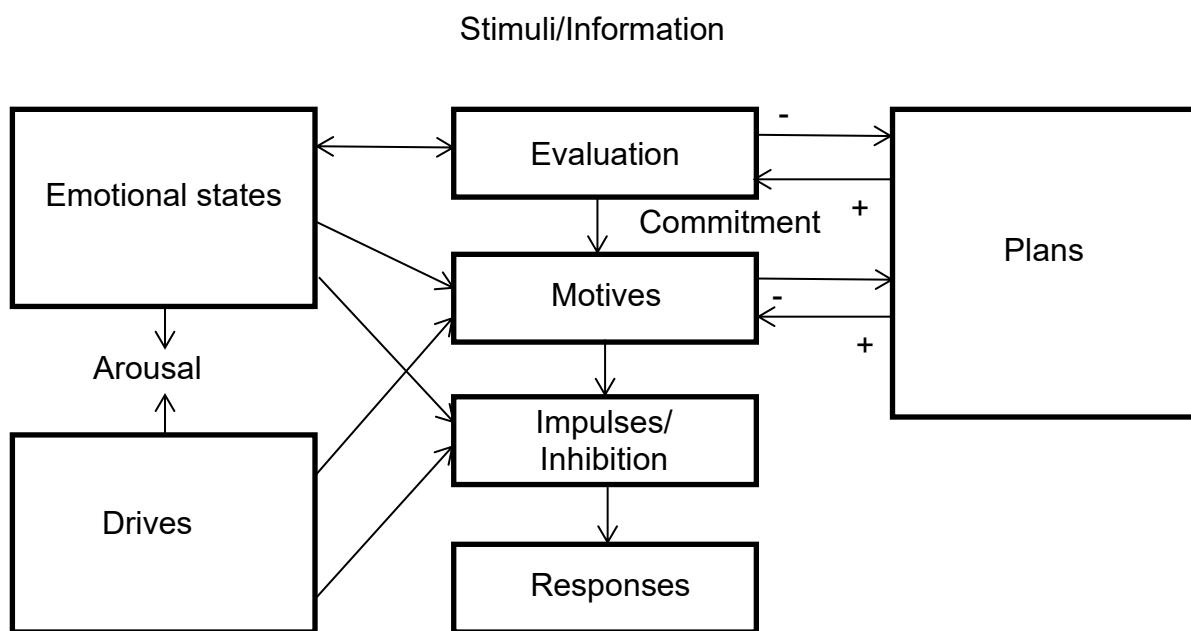


Abbildung: Subsysteme des Motivationssystems und ihre Einflusspfade (West & Brown, 2013: p. 196).

Der instabile Geist

Das System ist instabil und reagiert auf Einflüsse von einem Moment zum anderen, womit **kleinste Veränderungen** in eine ganz andere Richtung führen können.

Es wird durch kontinuierliche Ausgleichskräfte gesteuert, sodass es ohne diese Einflüsse außer Kontrolle gerät. Dabei wird zwischen **reflektiven und autonomen Prozessen** unterschieden, die sich in einer **Mehr-Ebnene Hierarchie** beeinflussen.

2.2.4 Exzessive Gelüste: Ein psychologisches Suchtmodell

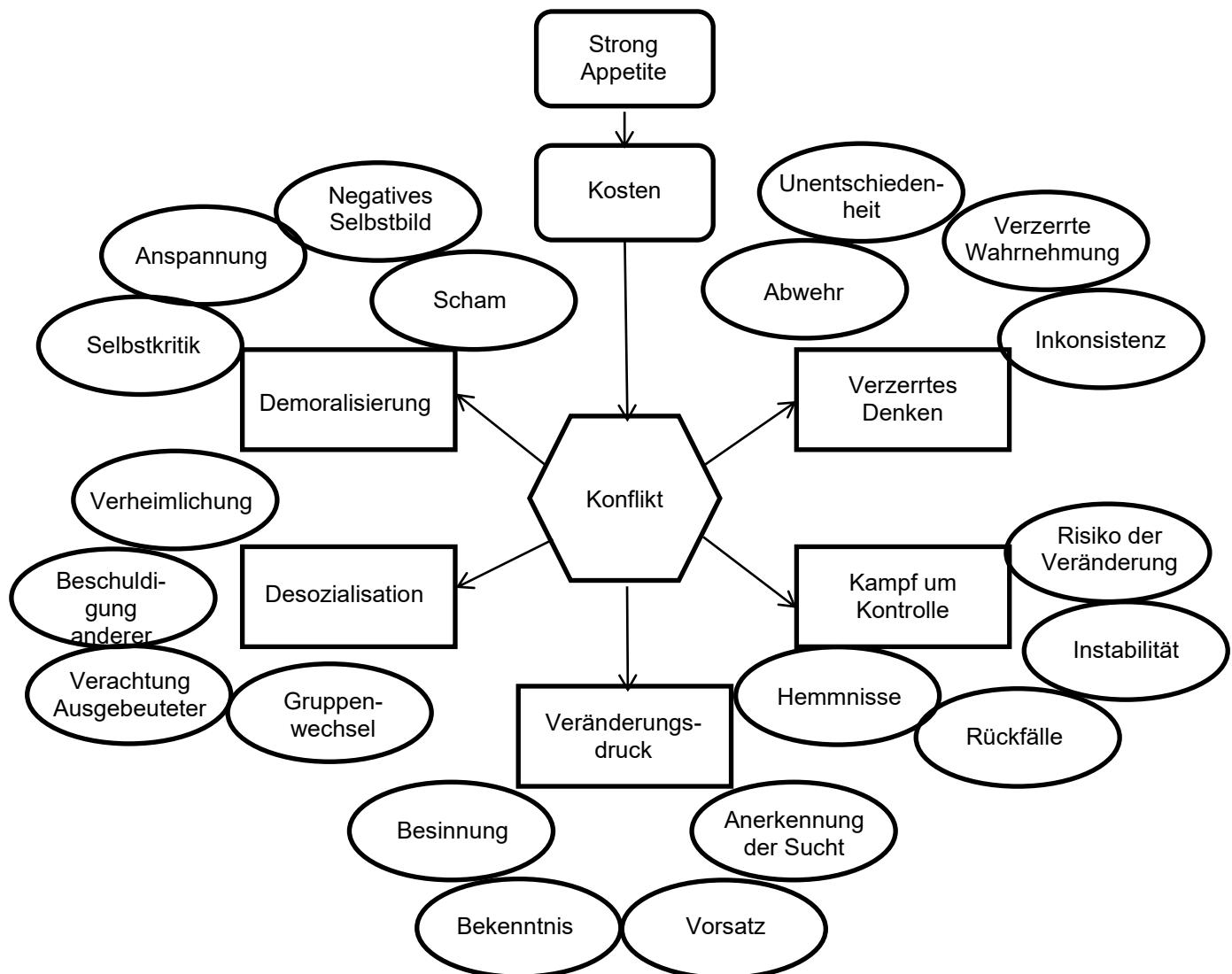
Exzessive Gelüste

Bei Süchten handelt es sich nach Orford (2001) um **unterdrückte Neigungen** (restrained inclinations), also menschliche Bedürfnisse, die durch negative Einflüsse, insbesondere soziale Restriktionen, in Grenzen gehalten werden. Gleichzeitig besitzen diese „Gelüste“ eine starke Tendenz, in einem komplexen Lernprozess zu eskalieren.

Die Wechselwirkung zwischen starken **Anreizen** (incentives) und dagegen gerichteten **Einschränkungen** (restraints) manifestiert sich in einem Prozess, der zunächst eine zunehmende **Bindung** (attachment) an den Rauschzustand erbringt. Die spätere Überwindung der Sucht ist als natürliche Konsequenz der suchtypischen **Folgekosten** (costs) und der damit verbundenen intrapsychischen **Konflikthaftigkeit** (conflict) anzusehen.

Der **natürliche Ausstiegsprozess** (natural recovery) erfolgt aufgrund eines individuellen **Sinn- und Wertewandels** (moral reform).

Konsequenzen der Konfliktdissonanzen (Orford, 2001: Abbildung p. 269):



Selbstheilung (Bevölkerungsstudien):

Die **Wege** zur Überwindung von Suchtproblemen (pathways to recover) sind vielfältig und individuell. Die Mehrheit (ca. 80 %) der Betroffenen überwindet die Sucht **ohne professionelle Interventionen** (self-change). Dieser Hauptweg gilt eher für Personen, die **weniger stark süchtig** sind. Vertreter einer individualistischen Position betonen **kognitiven Neubewertung** (cognitive appraisal) der Vor- und Nachteile des Suchtverhaltens im Ausstiegsprozess (Klingemann & Sobell, 2006; Klingemann, 2017). Jim Orford (2013, 2019) verweist auf **äußere Instanzen** (Familie, Freunde, Arbeitgeber, Experten, Gerichte), die einen Zwang zur Veränderung fördern, beispielsweise durch betriebliche Suchtberatung. Dies entspricht einer „**Selbstbefreiung**“ als Teil des Ausstiegsprozess, also der Überzeugung und Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, danach zu handeln und sich dauerhaft daran zu binden (Conners et al., 2016: S. 12), z. B. als glücksspielsüchtig handelnde Person eine Selbstsperre zu beantragen. Dabei erfolgt eine „**moralische Transformation**“ als eine Abkehr von *Egozentrik und Selbstbezogenheit und Hinwendung zu mehr Demut, dem Gewinn eines Gefühls für den Sinn des Lebens und einer vertrauensvollere, weniger ausbeuterische Haltung gegenüber der Welt* (Orford, 2013: S. 186). Ein wechselhafter Prozess zwischen kurzfristigen Einstellversuchen mit wiederholter Wiederaufnahme des süchtigen Handelns, der von unbewussten und bewussten Fehlbewertungen der kurzfristigen Anreize und langfristigen Folgen (hyperbolic discounting) im Prozess des Herauswachens begleitet werden (Levy, 2003 u. 2011).

Selbstheilungsfaktoren (Retrospektive Katamnesen):

Nach Vaillant (1983) sind dies **externe Anreize** (chronische Erkrankungen; gerichtliche Auflagen), **Ersatzabhängigkeiten** (exzessives Arbeiten und Rauschmittelkonsum als begrenzte „positive Süchte“ (Glasser, 1985), **stärkende Beziehungen** (insbesondere neue Partnerschaften) und eine neue **Sinn- und Werteorientierung** (z. B. religiöse Überzeugungen im Sinne der Anonymen AlkoholikerInnen).

Bildungsprozess bei Langzeitabstinenten:

Nach Fredersdorf (1998) lässt sich Sucht als fehlgeleitete menschliche Entwicklungsfähigkeit beschrieben. Das **erziehungswissenschaftliche Modell** verweist auf rauschmittelspezifische Beeinflussungen, Interaktionen im familiären und sozialen Nahraum und gesellschaftlich-kulturelle Rahmenbedingungen.

Anhand biografischer Studien (N = 30) von **langzeitabstinenten Personen** (mindesten fünf Jahre Abstinenz) werden notwendige Entwicklungsprozesse zur Überwindung einer Sucht benannt (Fredersdorf, 1998: S. 327 ff.) Va:

- aktive Kompensation von biographischen Risiken
- Durchhaltestrategien zur Kompensation von Defiziten
- Erkennen von abstinenzgefährdender Unzufriedenheit
- angemessene Umsetzung eigener Bedürfnisse
- Aufbau eines abstinenzorientierten sozialen Netzes
- Ausbau sozialer, speziell beruflicher Kompetenzen
- Entwicklung positiv-realistischer Lebenseinstellungen
- Übernahme gesellschaftlicher Normen und Werte

2.2.5 Motivation und Persönlichkeit

Motivation und Persönlichkeit

In der **PSI-Theorie** von Julius Kuhl (2001) wird von Persönlichkeits-System-Interaktionen ausgegangen. Dabei unterscheidet er **sieben Systemebenen**: Kognitive und motorische Operationen (Lernen), Temperament (Erregung und Aktivierung), Affekt und Anreizmotivation, Progression und Regression, Basismotive, Kognition und Bewusstsein sowie Wille. Das beobachtbare Verhalten resultiert aus Konstellationen zwischen verschiedenen Systemebenen, die vorübergehend (Motivation) oder dauerhaft (Persönlichkeit) sein können. Dabei können auch einseitige und nicht gut miteinander verträgliche Konstellationen (Persönlichkeitsstörungen) vorliegen.

Selbststeuerung

Wir wissen, dass Menschen sehr unterschiedlich sind. Schon seit der Antike wurden verschiedene Charaktertypen beschrieben, z. B. der aufbrausende Choleriker oder der trübsinnige Melancholiker.

Nach der Vorstellung von Kuhl lassen sich solche Persönlichkeitstypen durch vier übergeordnete, sich austauschende Funktionssysteme bestimmen. Sie legen fest, wie wir die Welt wahrnehmen, wie wir denken, fühlen und handeln (Storch & Kuhl, 2013: S. 15 - 32). Es geht um den „**inneren Ratgeber**“, die Person mit ihren Bedürfnissen, Ängsten, Vorlieben und Werten, die weitgehend unbewusst als Erfahrungsschatz vorliegen (**das Selbst- / Extensionsgedächtnis**). Sein Gegenspieler ist die „**Controllerin**“, die für die bewusste Wahrnehmung neuartiger und gefährlicher Sinneseindrücke zuständig ist (**der Fehler-Zoom / Objekterkennungssystem**). Weiterhin gibt es den „**Planer**“, der durch Nachdenken und Ausarbeiten von Plänen für die bewusste Aufrechterhaltung von Absichten sorgt, also vorschnelles Handeln hemmt (**der Verstand / Intensionsgedächtnis**). Seine Gegenspielerin ist die „**Macherin**“, die als unbewusste Energiequelle spontan automatisiertes Verhalten ermöglicht (**das intuitive Verhalten / Intuitive Verhaltenssteuerung**).

Dabei moderieren positive und negative Affekte die Aktivierung der psychischen Systeme (Storch & Kuhl, 2013: S. 33 - 42). Das **intuitiv Verhalten** wird durch positive Affekte aktiviert, d. h. wer sich sicher fühlt, handelt spontan, ohne viel nachzudenken. Die Konfrontation mit schwierigen Aufgaben dämpft den **positiven Affekt** und aktiviert den **Verstand**, um die Absicht bis zu einer günstigen Gelegenheit aufrecht zu erhalten. Der **Fehler-Zoom**, d. h. das Herauslösen einzelner Objekte aus ihrem Zusammenhang und die Beachtung von Unstimmigkeiten wird durch **negative Affekte** verstärkt. Wem es gelingt seine negativen Affekte herunter zu regulieren, wird selbstbewusster und hat Zugang zu den Ressourcen des **Selbst**, d. h. einen weiten Überblick über frühere Erfahrungen, kreative Handlungsmöglichkeiten.

Die Funktionstüchtigkeit der Persönlichkeit hängt von der Fähigkeit ab, ihre positiven und negativen Affekte so zu regulieren, sodass ein **flexibles Pendeln** zwischen den vier Funktionssystemen ermöglicht wird. Dies gelingt am besten, wenn die beteiligten Systeme in etwa gleich stark aktiviert sind. Gefahrenquellen entdecken mit dem Fehler-Zoom, seine Bedürfnisse wahrnehmen mit dem Selbst, Nachdenken mit Hilfe des Verstandes und Umsetzung durch intuitives Verhalten. Dies macht es möglich, sein Selbst mit Wachsamkeit zu entwickeln und seine Absichten überlegt in Verhalten umzusetzen. Das Zusammenspiel zwischen **Verstand** und **Intuitivem Verhalten** bildet die Grundlage der „**Willensbahnung**“

und der Austausch zwischen dem **Fehler-Zoom** und **Selbst** ist die Grundlage für das „**Selbstwachstum**“ (Kuhl, 2001: S. 164 - 166 u. 179).

Der Starrheit und Impulsivität süchtigen Handels liegt eine **Beeinträchtigung dieser Affektregulation** zugrunde. Dies lässt sich am Alkoholismus aufzeigen: *Somit sollte Alkoholkonsum besonders attraktiv sein für Personen, denen „natürliche“ intrapsychische Affektregulation schwerfällt und die hinsichtlich ihrer persönlichen Grundkonfiguration zu chronisch erhöhtem negativen Affekt oder chronisch erniedrigtem positiven Affekt neigen, den sie nicht flexibel regulieren können.* (Schlebusch & Kiszkenow, 2011: S. 351). Der Alkoholkonsum kann zwar negative Affekte dämpfen. Dies führt jedoch nicht zu einem besseren Zugang zum Selbst, da die „natürlichen“ Mechanismen dieser Affektregulation durch „künstliche“ ersetzt werden. Durch die Toleranzentwicklung bestehen ein **dauerhaft erhöhter, nicht mehr regulierbarer negativer Affekt** und ein **beständig erniedrigter nicht mehr regulierbarer positiver Affekt**. Das Selbstsystem mit seinen persönlichen Bedürfnissen wird durch den erhöhten negativen Affektzustand zugunsten der nach außen gerichteten Objektwahrnehmung blockiert („**Selbsthemmung**“). Die Auseinandersetzung mit unangenehmen Erlebnissen und Misserfolgen ist blockiert, sodass sie nicht in das Selbst integriert werden können. Dies führt zu Gefühlen der Hilflosigkeit. Gleichzeitig wird durch den erniedrigten positiven Affektzustand die Handlungsumsetzung durch den planerischen Verstand blockiert („**Willenshemmung**“). Dies führt zu Lustlosigkeit, geringer Initiative und der Blockade von Absichten.

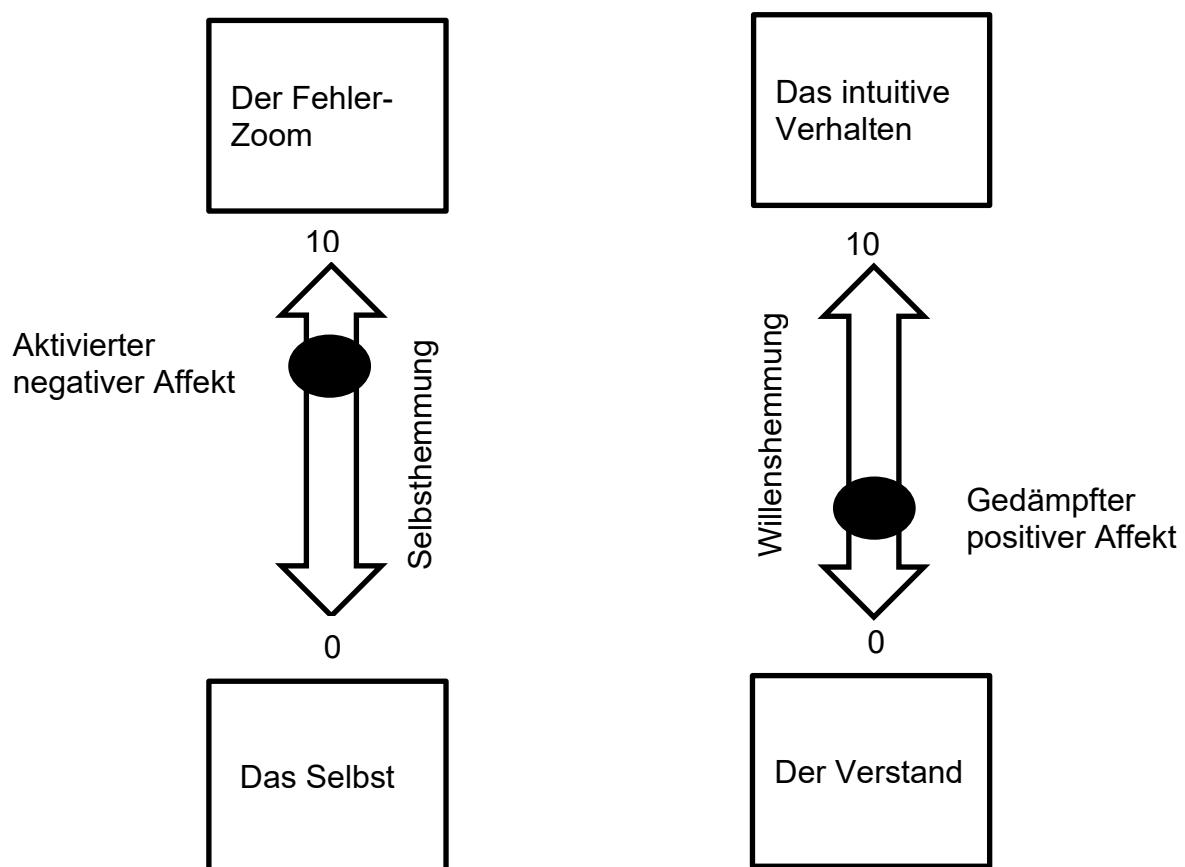


Abbildung: Affektbilanz (in Anlehnung an Storch et al, 2016: S. 88 ff.).

2.2.6 Sucht als Handlung

Süchtige Handlungen sind nur oberflächlich durch erlernte Verhaltensgewohnheiten bestimmt. Mit dem Alkohol- und Rauchmittelkonsum, Glücksspielen, Essen und Sexualverhalten werden vielfältigste Ziele in der alltäglichen Lebenspraxis verfolgt. Es handelt sich um komplexe Handlungsabläufe, die auf **Bewältigung alltäglicher Belastungen** gerichtet sind.

Die durch widersprüchliche gesellschaftliche Anforderungen **eingeschränkte Handlungsfähigkeit** hat zur Folge, dass die ohnehin reduzierte Teilhabe an der kollektiven Lebensbewältigung noch weiter erschwert wird. Im Zentrum der **beeinträchtigten Steuerungsfähigkeit** steht die Unterdrückung oder der funktional abträgliche Umgang mit unangenehmen Gefühlen bzw. Gefühlsschwankungen. Die daraus folgende Verkürzung der Handlungsstruktur äußert sich oberflächig in starren und impulsiven Verhaltensmustern.

Bei Süchten handelt es sich nicht um individuelle Eigenschaften, sondern das Resultat einer komplexen Wechselwirkung zwischen individueller Bedürftigkeit nach einem Rauscherleben mit den widersprüchlichen Anforderungen und Zumutungen der Gesellschaft, die gleichzeitig vielfältige suchtfördernde Anreize anbietet. Es handelt sich um eine spezielle **Form der Lebensführung zur Alltagsbewältigung**.

Im **Spätkapitalismus** zeigen sich widersprüchliche Tendenzen. Auf der einen Seite dient der Alkoholkonsum und Gebrauch aufputschender oder beruhigender Substanzen der Anpassung an konkurrenzbetonte Leistungsanforderungen und auf der anderen Seite kann dies zum Rückzug in alternative Milieus, wie Spelunken oder die Partyszene führen. Sowohl der Weg der Anpassung an gesellschaftliche Verhältnisse als auch der Rückzug in abgegrenzte Lebensbereiche führt zu **rauschspezifischen Lebensstilen**. Gegensätzliche Milieus sind die Folge: am einen Ende die ausgegrenzte Drogenszene und am anderen Ende der „kalkulierte Hedonismus“ als zeitgemäßes Mittel der Selbststilisierung und Herstellung sozialer Differenz (Legnaro, 2021).

Süchtiges Handeln lässt sich nicht deterministisch auf neurobiologische Prozesse reduzieren. Wie alle Menschen, besitzen Süchtige einen **freien Willen**. Auch wenn ihre Autonomie in besonderem Maße durch innere und äußere Bedingungen eingeschränkt ist, können Süchtige ihr Handeln kontextabhängig steuern und eigenständig überwinden.

Süchtiges Handeln wurde lange Zeit als Ausdruck von Irrationalität betrachtet und moralisierend als **Willensschwäche** bewertet. Das rational handelnde Individuum hat sich als abstrakte Fiktion erwiesen. Angesichts der Widersprüchlichkeit der alltäglichen Anforderungen sind individuelle Entscheidungen durch Konflikthaftigkeit geprägt. Unbefriedigende, den Selbstwert bedrohende Handlungskonsequenzen führen zu nachvollziehbaren **Selbsttäuschungsmanövern**.

Das Scheitern an persönlichen Ansprüchen für ein gutes Leben und die damit verbundenen **Schamgefühle** sind zentrale Merkmale einer Sucht. Aus dem moralischen Scheitern kann allerdings die Motivation erwachsen, selbstdäuschende Abwehrprozesse zu überwinden und **Verantwortung** für sein früheres und aktuelles Handeln zu übernehmen, um Selbstverantwortung und Selbstrespekt wiederzuerlangen (Flanagan, 2013; O'Connor, 2016; Petry, 2020; 2021).

2.6.1 Entscheidungsmodell

Nach dem entscheidungstheoretischen Modell von Cox & Klinger (1988) spitzt sich die Suchtentwicklung auf die Wahl zwischen Weitertrinken oder Aufhören zu. Menschen verfügen über Spielräume für alternative Handlungsmöglichkeiten (Holzkamp, 1985: S. 236). Trotz suchtbedingter Einschränkungen verfügen auch süchtige Menschen über eine begrenzte Autonomie und Willensfreiheit (Cox et al., 2017).

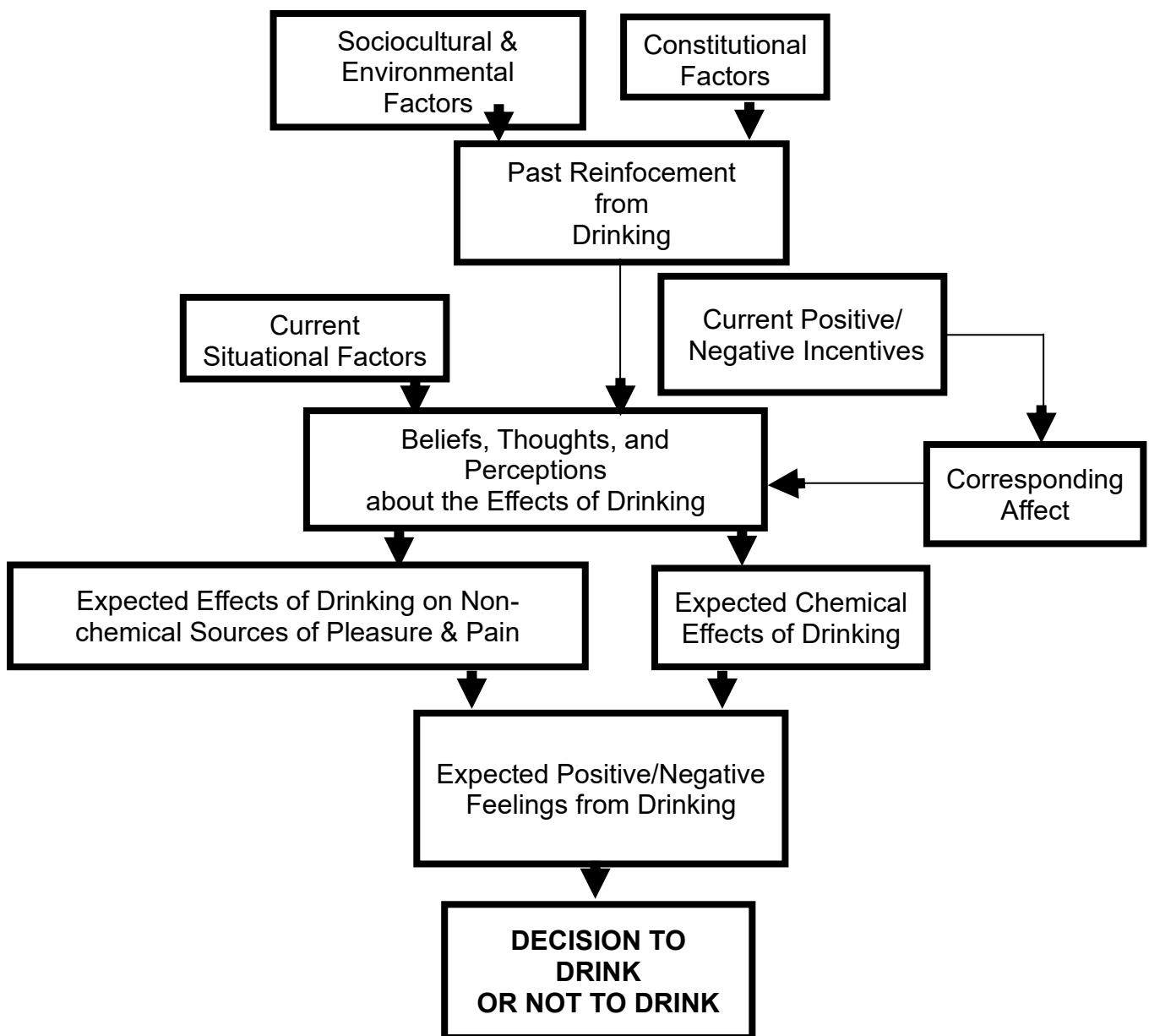


Abbildung: Entscheidungstheoretisches Modell der Sucht (Cox & Klinger, ursprünglich 1988; modifiziert 2011: p. 135).

2.2.7 Sozialwissenschaftlicher Ansatz

Der sozialwissenschaftliche Ansatz (Kolind et al., 2017; Feustel et al., 2024; Schmidt-Semisch, 2024) sieht „süchtige Verhaltensmuster“ in der **Lebensführung** konkreter Individuen begründet (Dollinger, 2005; Dregkwtz, 2007; Weber, 2011; Sommerfeld, 2019): Süchtige können ihr Suchtverhalten kontextabhängig steuern (Sudhinaraset, Wigglesworth C. & Takeuchi, 2016) und „süchtige“ und „kontrollierte“ Verhaltensmuster variieren in Abhängigkeit von der aktuellen Lebenssituation (Moore, 1992; Schippers & Cramer, 2002).

Suchtverhalten wird aufgrund einer überstarken Bindung an die Rauschmittelerfahrung (Peele, 2013) als **Bewältigungsstrategie** (Dollinger, 2005) im Rahmen eines suchtspezifischen Lebensstils (Berger, 1982; Walters, 1994) betrachtet.

Form und Ausmaß süchtiger Verhaltensmuster resultieren aus der Notwendigkeit zur Bewältigung gesellschaftlich bedingter Existenzängste. Die Suchthandlung erfolgt im Spannungsfeld von Anpassung an oder Abweichung von gesellschaftlichen Normen (Becker, 2014): Die Spanne reicht vom gesellschaftlich erwünschten „sozial maskiertem Wirkungstrinken“ (Schulz, 1976) bis hin zum staatlich sanktionierten Konsum illegalisierter Rauschmittel (Quensel, 1985).

Süchtiges Verhalten wird als subjektiv begründetes, **ziel- und sinnorientiertes Handeln** begriffen (Weber, 2011). Bestimmend sind die aus gesellschaftlichen Widerspruchsverhältnissen resultierenden **restriktiven Handlungsmöglichkeiten**, die spezifische Leere der alltäglichen Lebensführung (Holzkamp, 1995) und die damit einhergehende „**Selbstfeindschaft**“, d.h. die aus dem Konkurrenzkampf resultierende soziale Isolation und deren Verleugnung (Holzkamp, 1983: 376 ff.).

Im „**Konsumkapitalismus**“ (Reith, 2019) sind insbesondere sozial benachteiligte Zielgruppen einer Fülle suchtspezifischer Anreize ausgesetzt. Während zu Beginn des 20. Jahrhundert die Alkoholindustrie besonderer Kritik im Rahmen der „Alkoholfrage“ (Spode, 1993) ausgesetzt war (ein Beispiel ist die Schrift *Das Braukapital und seine Knappen* von Davidson (o. J.) steht aktuell die Glücksspielindustrie im Blickpunkt (Orford, 2020). Nach ihrer Expansion im späten 20. Jahrhundert (Orford et al., 2003) bestimmt die Glücksspielindustrie (Cassidy, 2020) mit ihren ausgefeilten Produkten (Schüll, 2012) zunehmend das Alltagsleben (Nicoll, 2019). Nach Orford (2013) führen die legalen und illegalen Märkte für rauschbezogene Produkte zur **Entmachtung** der Nutzer, ihrer Bezugspersonen und deren Gemeinschaften.

Die **Überwindung** einer Suchtproblematik resultiert aus der Konflikthaftigkeit zwischen der Bindung an das Suchterleben und daraus resultierender körperlicher, psychischer (Selbstwertminderung) und äußerer (soziale Sanktionen) Einschränkungen. Die Neubewertung durch eine Wertereform ist die Folge (Orford, 2001). Entsprechend können Betroffene ihr Suchtverhalten dauerhaft einstellen, wenn es ihrem Sinn- und Wertesystem widerspricht oder den Sinn im Lebensalltag verloren hat. Süchtige Menschen tun dies zudem häufig ohne therapeutische Hilfe (Vaillant, 1983, 1996; Klingemann, 2017). Die Möglichkeit zur willentlichen Steuerung und **vollständige Einstellung des symptomatischen Verhaltens** sind geradezu Besonderheiten von Süchten.

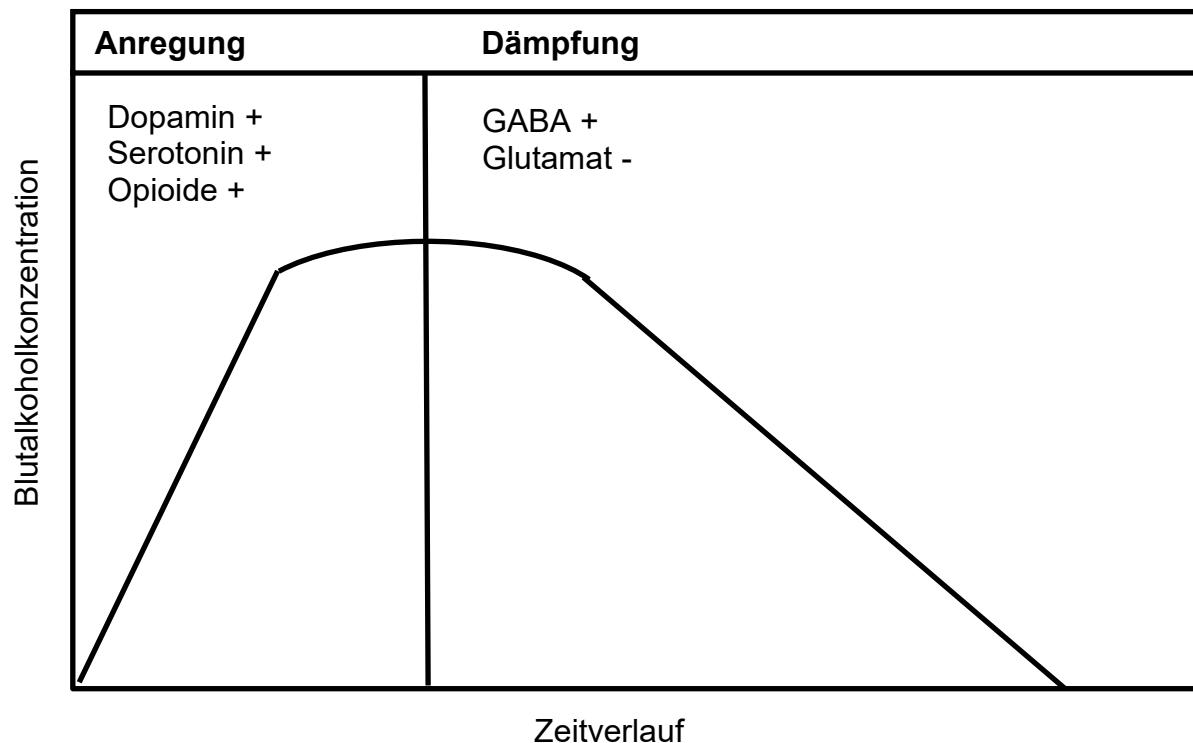
Weiterführende Literatur findet sich in den fortlaufenden Bänden **Jahrbuch Suchtforschung**, Bd. 1 - 10 (Legnaro & Schmieder, (Hrsg.): 1999 - 2021 ff.) und der Zeitschrift *Critical Gambling Studies* (2019 pp.) der Universität Alberta, CA.

2.2.8 Neurobiologische Modelle

2.2.8.1 Akute und chronische Wirkung des Alkohols:

Die **biphasische Wirkung** des Alkohols ist zunächst aktivierend-euphorisierend und dann dämpfend-beruhigend. Die anregende Wirkung erreicht nach ca. einer halben Stunde ihren Höhepunkt. Nach einer bis anderthalb Stunden ist die dampfende Wirkung maximal. Die dampfende Wirkung hält länger an als die anregende Wirkung. Dies gilt sowohl für geringe als auch größere Mengen. Entscheidend ist die vergangene Zeit (Benz, 2023).

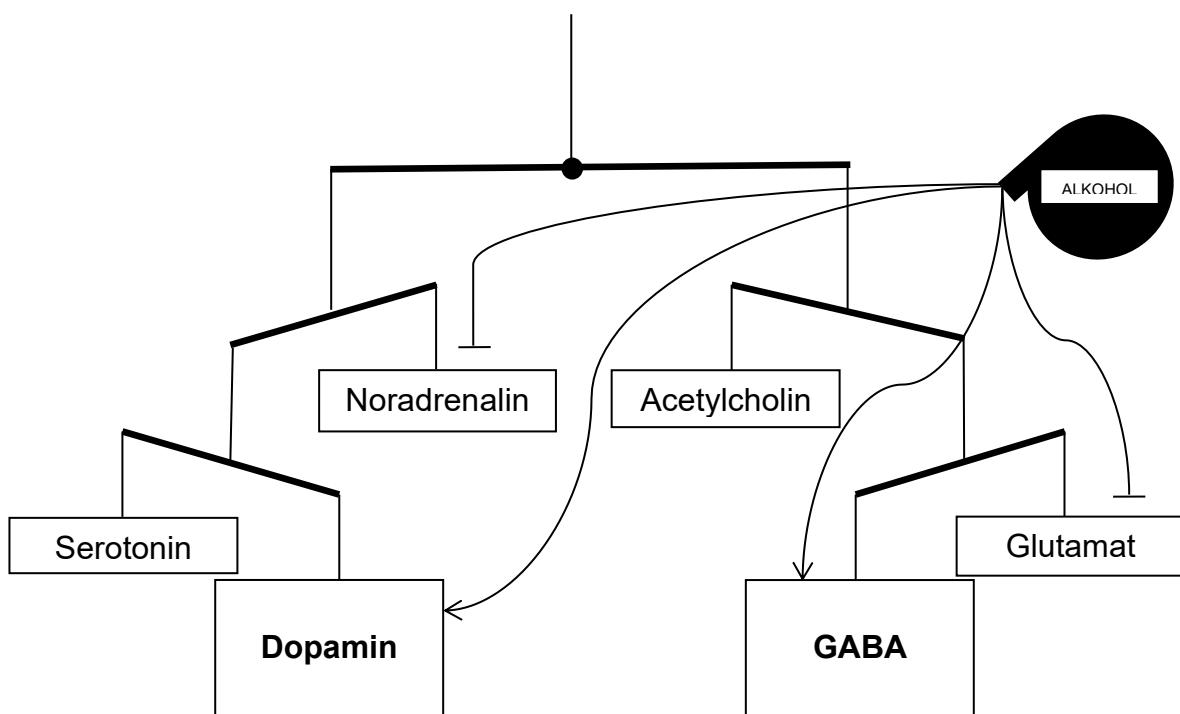
Abbildung: biphasische Alkoholwirkung in Anlehnung an Benz (2023: S. 59)



Akute Wirkung:

GABA und zumindest indirekt Dopamin bekommen eine Verstärkung im Gesamtzusammenhang des Mobiles (größere Waagschalen). Glutamat und Noradrenalin werden gehemmt. Das Dopamin-System vermittelt Lustzustände, das GABA-System geht mit Beruhigungszuständen einher (**zusammen eine angenehme Entspannung**). Nach dem Alkoholkonsum schwingt sich das System wieder ein.

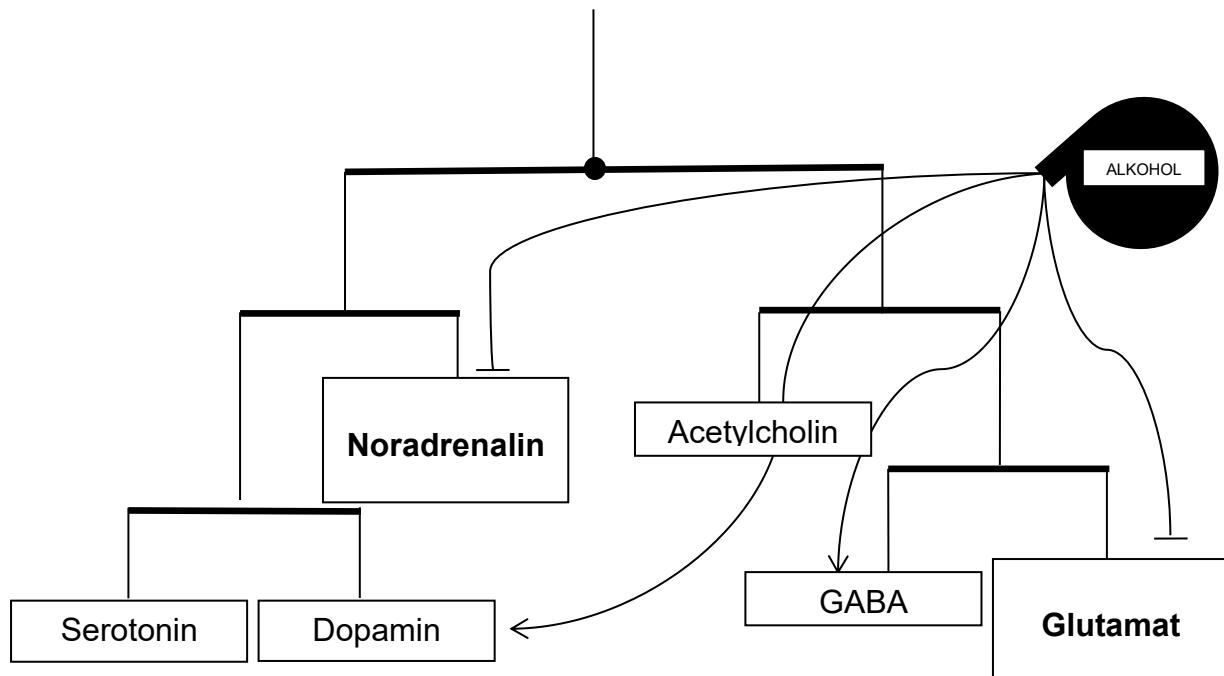
Abbildung: akute Alkoholwirkung nach Tretter (2017: S. 40)



Chronische Wirkung:

Kompensatorische Abschwächung des von Alkohol aktivierten **Dopamin gesteuerten Lustsystems und des hemmenden GABA-Systems** (kleinere Waagschalen) und **kompensatorische Verstärkung** des von Alkohol gehemmten **aktivierenden Noradrenalin- und Glutamat-Systems** (größere Waagschalen).

Abbildung: chronische Alkoholwirkung nach Tretter (2017: S. 41)

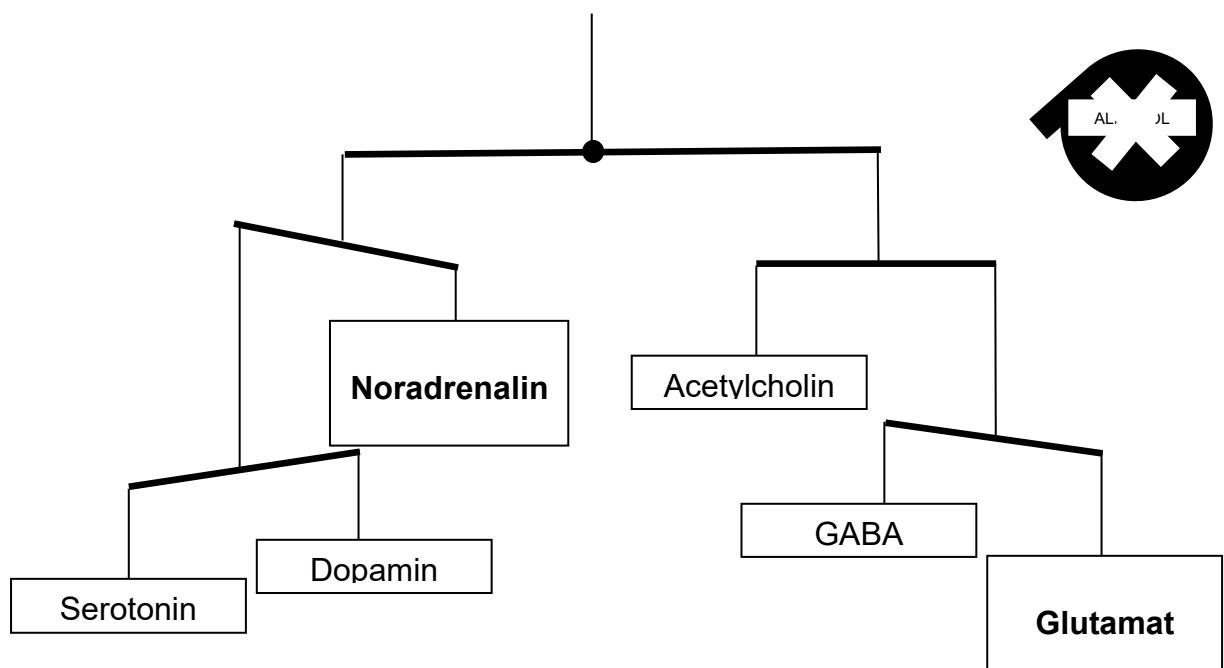


Entzugssymptomatik

Nach Absetzen des chronischen Alkoholkonsums tritt die **Entzugssymptomatik mit einer Gesamtkonstellation der Übererregung** auf (größere Waagschalen):

Noradrenalin → Herzrasen; **Glutamat** → zerebrale Anfälle.

Abbildung: Entzugssymptomatik nach Tretter (2017: S. 42)



2.2.8.2 Signalübertragung im Gehirn:

Nach Tretter (1998: S. 143 ff.) weisen Suchtphänomene vielseitig vernetzte, **Mehr-Ebenen-Prozesse** auf, die Merkmale sich selbst verstärkender (zirkulärer) Wirkungsschleifen zeigen. Aufgrund „teufelskreisartiger Verschaltungen“ einzelner Faktoren kann es zu eskalatorischen Verlaufsformen kommen.

Die aktuell dominierenden **hierarchischen Hirnmodelle** gehen davon aus, *dass der frontale Kortex die Kontrolle über physiologisch ältere Hirnregionen verloren hat* (Heinz, 2023: S. 229 f.). Dies bezieht sich bei Süchten auf die verminderte Kontrolle über die lustbetonten Begierden, *deren neurobiologische Korrelate bei chronischem Substanzgebrauch oder süchtigem Spielverhalten zu Neuroadaptionen führen sollen, die das süchtige Verhalten bevorzugen. Der chronische und Langzeitverlauf von Suchterkrankungen ist mit weiteren Anpassungen und strukturellen Hirnveränderungen verbunden* (Walter et al., 2019: S.24).

Alternative Modelle gehen von **gleichberechtigt interagierenden Netzwerken** aus (Heinz, 2023: S. 229). Nach Falkenburg (2012: S. 295) kann die molekulare Ebene, die Ebene der Nervenzellen, der Zellschichten, der Zellverbände und der Gehirnareale *als patchwork von deterministischen und indeterministischen Teilprozessen* angesehen werden, so dass **reduktionistische Erklärungen ausgeschlossen** sind: *Das neuronale Geschehen ist somit letztlich indeterministisch, unberechenbar und irreversibel.* (a .a. O.: S. 302).

Signalübertragung im Gehirn:

Nach Tretter (1998: S. 143 ff.) weisen Suchtphänomene vielseitig vernetzte, **Mehr-Ebenen-Prozesse** auf, die Merkmale sich selbst verstärkender (zirkulärer) Wirkungsschleifen zeigen. Aufgrund „teufelskreisartiger Verschaltungen“ einzelner Faktoren kann es zu eskalatorischen Verlaufsformen kommen.

Die aktuell dominierenden **hierarchischen Hirnmodelle** gehen davon aus, *dass der frontale Kortex die Kontrolle über physiologisch ältere Hirnregionen verloren hat* (Heinz, 2023: S. 229 f.). Dies bezieht sich bei Süchten auf die verminderte Kontrolle über die lustbetonten Begierden, *deren neurobiologische Korrelate bei chronischem Substanzgebrauch oder süchtigem Spielverhalten zu Neuroadaptionen führen sollen, die das süchtige Verhalten bevorzugen. Der chronische und Langzeitverlauf von Suchterkrankungen ist mit weiteren Anpassungen und strukturellen Hirnveränderungen verbunden* (Walter et al., 2019: S.24).

Alternative Modelle gehen von **gleichberechtigt interagierenden Netzwerken** aus (Heinz, 2023: S. 229). Nach Falkenburg (2012: S. 295) kann die molekulare Ebene, die Ebene der Nervenzellen, der Zellschichten, der Zellverbände und der Gehirnareale *als patchwork von deterministischen und indeterministischen Teilprozessen* angesehen werden, so dass **reduktionistische Erklärungen ausgeschlossen** sind: *Das neuronale Geschehen ist somit letztlich indeterministisch, unberechenbar und irreversibel.* (a .a. O.: S. 302).

2.2.8.3 Impulsivität und Anreizsensibilisierung

Verhaltenstheoretische Suchtmodelle beschreiben Gewohnheiten, mit denen der Einzelne die **unmittelbare Bedürfnisbefriedigung** (immediate gratification) sucht. Suchtverhalten beinhaltet die vorrangige Suche des unmittelbaren Vergnügens bzw. der unmittelbaren Erleichterung durch entsprechende Aktivitäten (Alkoholkonsum, Rauschmittelkonsum, Glücksspielen, Essen, sexuelles Verhalten). Dabei werden die verzögerten negativen Konsequenzen in Kauf genommen. Entsprechend sind **Positive Wirkungserwartungen** über die unmittelbaren Effekte der Aktivität die motivationale Kraft für die Fortsetzung oder Wiederaufnahme des süchtigen Verhaltens (Marlatt & Gordon, 1985: p. 4 a. p. 57).

In verhaltensökonomischen Modellen wird diese Tendenz als **zeitinkonsistente Diskontierung** (hyperbolic discounting) beschrieben: Wir bewerten subjektiv Beträge und Gewinne, die sich in zeitlicher Nähe zu uns befinden, grundsätzlich anders als solche, die in größerer zeitlicher Entfernung liegen. Sprich – 50 Euro sofort erscheinen uns reizvoller als 100 Euro in einem Jahr. Oder – der Spatz in der Hand ist uns wertvoller als die Taube auf dem Dach. Zeitliche Nähe bringt unsere Fähigkeit, Beträge richtig einzuschätzen, durcheinander. Anders sieht es aus, wenn wir vor der Wahl stehen, entweder 50 Euro in 5 Jahren oder 100 Euro in 6 Jahren zu bekommen. Bei den allermeisten würde die Wahl nun auf die längere Wartezeit und die 100 Euro Gewinn fallen. Sobald also ein gewisser zeitlicher Abstand vorliegt, beginnen wir wieder rational zu denken (Vuchinich & Heather, 2003; Ainslie, 2019). Bemerkenswert ist, dass schon Platon vor mehr als 2.400 Jahren in Bezug auf die „Willensschwäche“ diese Urteilsverzerrung und deren mögliche Korrektur beschrieben hat (Heinrichs, 2016: S. 177 f.).

Für diese Sichtweise sprechen auch die bekannten Längsschnittstudien zum **Marshmallow-Test**: Kinder mit einer geringeren Fähigkeit, Anspannungen auszuhalten, die mit einem Belohnungsaufschub verbunden sind, können als Heranwachsende schlechter Gefühle bewältigen und besitzen eine höhere Gefährdung zum Rauschmittelgebrauch (Mischel et al., 2011; Mischel, 2016).

Ausgangspunkt der neurobiologischen **Anreiz-Sensibilisierungs-Theorie** der Sucht (incentive-sensitization theory) sind experimentelle Befunde, wonach eine eingeschränkte Dopamin-Neurotransmission die angenehme Rauschmittelwirkung („liking“) reduzieren kann, ohne zu einer Reduzierung des Rauschmittelverlangens („wanting“) zu führen. Das Verlangen wird durch die verstärkte Dopaminfreisetzung gesteigert, während die angenehme Wirkung des Konsumverhaltens sich nicht erhöht. Dies verweist auf zwei getrennte neurobiologische Systeme: eines zur Entwicklung interner Wünsche und eines zur Entwicklung des reizgesteuerten Konsumverhaltens, um diese Wünsche zu befriedigen. Das Wesen der Rauschmittelsucht besteht nach diesem Modell in der exzessiven Verstärkung speziell des **"Wollens"**, das von entsprechenden Hinweisreizen (incentives) ausgelöst wird, ohne dass notwendigerweise eine Verstärkung des **"Mögens"** erfolgt. Zugrunde liegt eine langanhaltende **Sensibilisierung** des dopaminbezogenen Motivationssystems. Dies führt zu einer besonderen Aufmerksamkeit für Schlüsselreize (cue reactivity), die das Suchtverhalten auslösen (Berridge & Robinson, 2016; Berridge, 2022).

Dies hat zu der generellen Vorstellung geführt, dass es sich bei Sucht um eine „Geiselnahme“ des Gehirns durch den Rauschmittelkonsum (**hijacking the brain**) handelt. Im Gegensatz zu natürlichen Belohnern, wie Essen und Sexualität, sind Rauschmittel aufgrund ihrer Konzentration, Reinheit und Aufnahmeform evolutionär neuartige, künstlich eingesetzte Belohner, ähnlich wie bei einer direkten elektrischen Stimulation des Gehirns (Hagen & Sullivan, 2019).

Kritik:

Die Anreiz-Sensibilisierungs-Theorie der Sucht ist lediglich eine **Hypothese**, die sich nur auf das Verlangen als Teilaspekt süchtigen Handelns bezieht. Dies als Suchttheorie darzulegen, stellt eine **Übergeneralisierung** dar: *Wichtig ist, dass (...) keineswegs endgültig bewiesen ist, dass das Anreizmotivationssystem unabhängig von Lustempfindungen funktioniert.* (Kuhl, 2001, S. 423). Gegen die Hijacking-Hypothese sprechen auch tierexperimentelle Befunde, die zeigen, dass Labortiere natürliche Belohnungen im Vergleich mit rauschmittelbezogenen Belohnern bevorzugen (Ahmed et al., 2013).

Eine Suchttheorie muss mehrere **hierarchische Steuerungsebenen** der Persönlichkeit berücksichtigen: Süchtiges Handeln ist „vorschnell“ aufgrund der verkürzten hierarchisch-sequenziellen Ordnung kommt es zu spontan-automatisierten Aktionsmustern, die auf die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung ausgerichtet sind. Oberflächlich kann dies als impulsives, reizgesteuertes „Verhalten“ erscheinen. Entscheidend ist jedoch, dass den sichtbaren Konsumgewohnheiten eine Veränderung des internen Regulierungssystems zugrunde liegt. Es handelt sich um die Dominanz einer spezifischen Systemanordnung: *...bei der elementare Funktionen des Empfindens oder spontanen Handelns weitgehend „sich selbst“ organisieren, so dass die zentrale Koordination kaum eingreift oder aber zur Unterstützung der Einzelinteressen isolierter Verarbeitungseinheiten „usurpiert“ wird.* (Kuhl, 2001: S. 787).

Bei der Vorstellung eines **hijacking** handelt es sich lediglich um eine Metapher. Eine differenziertere Interpretation berücksichtigt die hierarchische Konstellation des Selbststeuerungssystems: *Vielleicht werden wir uns an die Vorstellung gewöhnen müssen, dass zumindest eine Untergruppe von Suchtkranken durchaus über durchschnittliche oder sogar überdurchschnittliche Selbststeuerungskompetenzen verfügt, dass diese jedoch in den Dienst der Sucht geraten können, wenn sie einmal auf der Anreizmotivationsebene entstanden sind. Wenn man die Selbststeuerung mit der Regierung eines Landes vergleicht, entspräche diese Situation einem „Putsch“* (Kuhl, 2001: S. 423 ff.).

Die Impulsivität entspringt der **realen Lebenspraxis**. Sie ist Ausdruck gesellschaftlicher Einschränkungen bei der Teilhabe an der kollektiven Existenzsicherung und daraus resultierender Verkürzungen der Handlungsstruktur. Für Menschen, deren Lebenssituation kaum befriedigende Handlungsmöglichkeiten bietet und keine langfristigen Perspektiven eröffnet, sind Rauschhandlungen eine funktionale Bewältigungsform. Sie leben gewohnheitsmäßig **von der Hand in den Mund**, um ihr Dasein ertragen zu können (Petry, 2020, 2021).

2.2.9 Ein psychologisches Vulnerabilitätsmodell der Glücksspielsucht

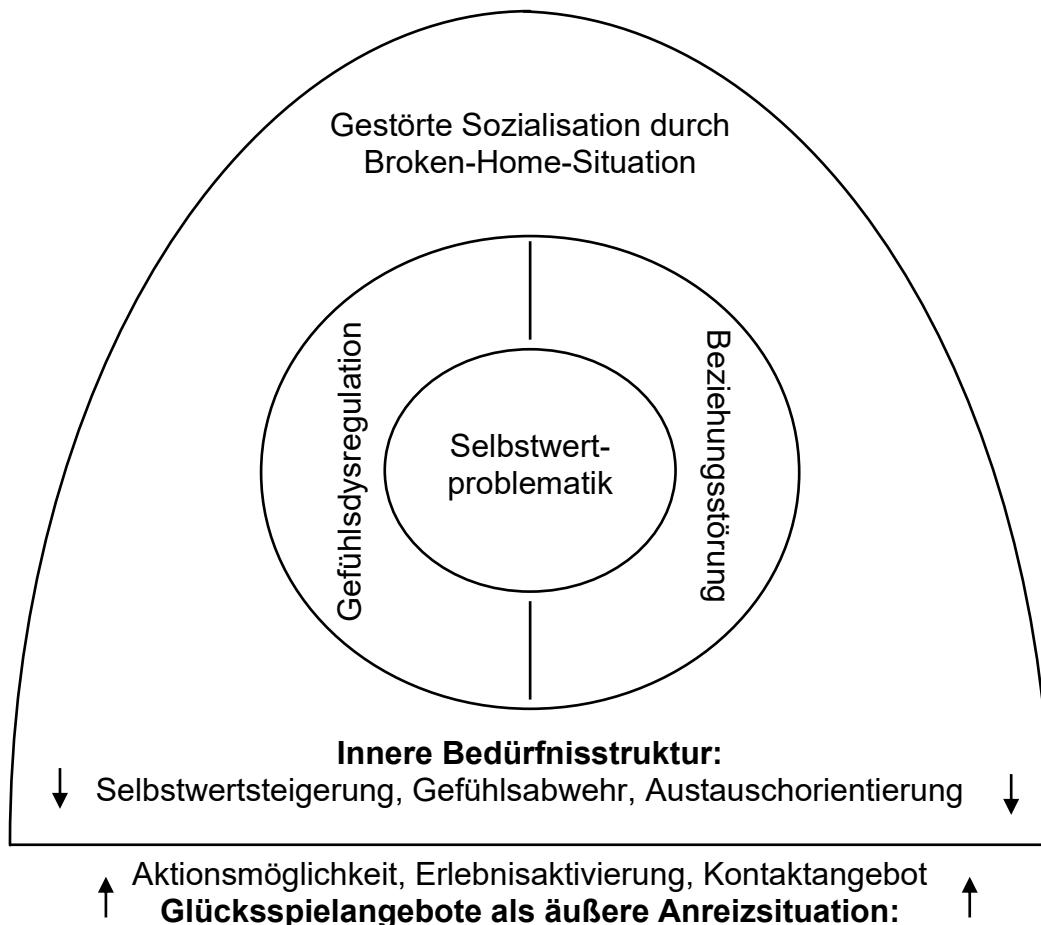


Abbildung: Vulnerabilitätsmodell (Petry, 1996b: S. 263).

Das **Modell zur psychischen Vulnerabilität** (Petry & Weih, 2022) postuliert eine triadische Erklärungsgrundlage für die Entstehung der Glücksspielsucht.

Methodik: Es wurden Angaben von 145 Probanden (51 süchtige Glücksspieler, 45 Probanden als Kontrollgruppe, 49 Alkoholsüchtigen) zur Selbstwertproblematik, zur Gefühlsdysregulation und zur Beziehungsstörung erfasst.

Ergebnisse: Multivariate Varianzanalyse zeigen, dass sich in allen drei Bereichen Unterschiede zwischen den Gruppen ergeben. Die Ergebnisse von zwei Diskriminanzanalysen zeigen, dass auf der Grundlage der ersten Analyse (Glücksspielsüchtige vs. Kontrollgruppe) 91,7 % und auf der Grundlage der zweiten Analyse (Glücksspielsüchtige vs. Alkoholsüchtigen) 73,0 % der Probanden korrekt zugeordnet werden konnten. Die Unterscheidung zwischen süchtigen Glücksspielern und der Kontrollgruppe basiert dabei auf allen drei Erklärungsgrößen, während sich Glücksspielsüchtige und Alkoholsüchtigen nur durch Merkmale der Gefühlsdysregulation und der Beziehungsstörung abgrenzen.

Schlussfolgerung: Das Vulnerabilitätsmodell bietet eine allgemeine und eine eingeschränkt spezifische Erklärungsgrundlage für psychische Entstehungsbedingungen der Glücksspielsucht. (Vierhaus et al., 2012: S. 183).

3 Fünf Süchte

3.1 Alkoholsucht, die bagatellisierte Sucht

3.1.1 Alkohol als unspezifisches Rauschmittel

Der Alkoholismus, die bagatellisierte Sucht (Vogelgesang, 2012), nimmt in vielerlei Hinsicht eine Sonderstellung ein. Er wird deswegen von diversen anderen Rauschmitteln getrennt betrachtet. Zum einen sind die zur Herstellung von Alkohol geeigneten natürlichen Ausgangsstoffe wie Getreide, Trauben, Honig und Milch **schon immer weltweit verbreitet** gewesen.

Zum anderen erfordert die Herstellung alkoholischer Getränke wie Bier und Wein eine Technologie, die bereits in der **Bodenbauer- und Viehzüchterkultur** voll entwickelt war und hochprozentige alkoholische Getränke nach Entdeckung der wissenschaftlichen Destillation um ca. 1000 n. C (Petry, 1983; Hirschfelder & Trummer, 2016) sich ab dem 16. Jahrhundert in der Bevölkerung verbreiteten (Kupfer, 1996: S. 21 ff.).

Eine dritte Besonderheit des Alkohols besteht darin, dass es sich um ein sehr **unspezifisch wirkendes Rauschmittel** handelt. Der Grund liegt darin, dass die einfache Kohlenwasserstoffverbindung Äthylalkohol auf der molekularen Ebene vielfältige Verbindungen eingehen kann und kein alkoholspezifisches Signalübertragungssystem besteht. Vielmehr sind verschiedene Neurotransmitter (Dopamin, Serotonin, körpereigene Opioide, GABA, Glutamat etc.) für die Alkoholwirkungen bedeutsam. Dies steht im Gegensatz zu den stärker spezifisch wirkenden psychoaktiven Substanzen (Koffein, Nikotin, Morphin, Meskalin etc.). Für diese Alkaloide (komplexe stickstoffhaltige Verbindungen zu denen nicht die Cannabinoide gehören) existieren eigene Andocksysteme (z. B. Opiatrezeptoren), so dass neben dem immer beteiligten Dopamin ein spezieller Neurotransmitter im Zentrum steht (z. B. Adenosin beim Koffein, Acetylcholin beim Nikotin).

Im Vergleich zu spezifisch wirkenden Substanzen bedarf es auch einer viel größeren Dosis, um eine Alkoholwirkung zu erleben: Ein Standarddrink (ein kleines Bier) enthält 10 – 12 Gramm Äthylalkohol, während eine Tasse Kaffee lediglich 100 Milligramm Koffein enthält. Der Wissenschaftsjournalist Stephen Braun (1998: S. 63) summiert: *Er ruft komplexe, häufig paradoxe Reaktionen im Gehirn hervor, die sich miteinander vermischen und einander überlappen, um zu einem gleichermaßen komplexen Rausch zu führen. Alkoholkonsum kann den Trinkenden mental praktisch in jeden Zustand versetzen – von angeregter, energetischer Euphorie bis hin zu düsterer, brütender Hoffnungslosigkeit.*

Der Alkohol kann somit als universellstes Rauschmittel angesehen werden. Sein Genuss unterlag jedoch schon in der Antike dem Spannungsverhältnis zwischen Genuss und Selbstkontrolle: *The opposition between Dionysus and Apollo, between spontaneity, fantasy and joy as symbols of mystical intoxication and carnival, and the more rigorous qualities of self-control and individual reason, persists today.* (Sournia, 1990: p. 6). In den permissiven westlichen Gesellschaften zeigt sich dies als „sozial maskiertes Wirkungstrinken“ der Mehrheit der Bevölkerung (Schulz, 1976: S. 90 ff.).

Eine Übersicht zur Entstehung und Behandlung der Alkoholabhängigkeit geben Soyka und Küfner (2008), Lindenmeyer (2016) und Petry (2021).

3.1.2 Ein Aufklärungsbuch über Alkoholismus **Arbeitsblatt**

(© Petry, J., 1996: S. 78)

Kapitel	E	G
Entgiftung		
Abhängigkeit		
Führerschein		
Distraneurin		
Arbeitslosigkeit		
Anonyme AlkoholikerInnen		
Rückfall		
Gruppengespräch		
Scheidung		
Entspannung		
Fettleber		
Werbung		
Delir		
Gewohnheitstrinker		
Flattermann		

3.2 Rauschmittelsucht, die legalen und illegalisierten Rauschmittel

Die Rauschmittelsüchte beziehen sich seit Beginn der frühen Sammler- und Jägerkulturen auf die gezielte Nutzung von **Substanzen mit psychoaktiven Eigenschaften** (Schultes, 1982) zur Lebensbewältigung. Die zunächst sporadische Entdeckung und spätere Einbettung in rituell-magische Praktiken dürfte einem süchtigen Gebrauch in dieser Frühphase vorgebeugt haben (Forsyt, 2017: pp. 17 - 21).

Das typische bei der **Nutzung von Rauschmitteln** besteht darin, dass es sich je nach Vegetation, Lebensbedingungen und Stand der kulturellen Aneignung um sehr unterschiedliche Substanzklassen handelt, die regional begrenzt vorkamen (eine Ausnahme sind die „Koffeinpflanzen“ (Lewin, 1980: S. 324 ff.), die auf allen Kontinenten zu finden sind) und eine spezifische Wirkfunktion für die Nutzer hatten und haben. Beispiele sind Khat in Ostafrika, Koka in den Anden, Fliegenpilz in Sibirien, Tabak in Nordamerika etc.

Die Zurückdrängung rauschmittelinduzierter Bewusstseinszustände fand erst im Rahmen der neuzeitlichen Rationalisierung der Weltsicht statt (Legnaro, 1982). Einige dieser Rauschmittel wurden in diesem Prozess als Kolonialwaren zum **alltäglichen Genuss** (Kaffee, Kakao, Tee) kulturell eingebunden (Schivelbusch, 1983; Pfeisinger & Schennach, 1989; Grießhammer & Burg, 1989), während andere als **kulturfremde Rauschmittel** (Cannabis, Koka, Opium) unter dem Einfluss der nordamerikanischen Weltmacht im 20. Jahrhundert illegalisiert wurden (Tretter, 1998: S.194 ff.).

Für viele Substanzen mit psychoaktiven Eigenschaften liegt die **neurobiologische Grundlage** im mesokortikolimbischen Dopaminsystem. Es bestehen für einzelne Rauschmittel spezifische Rezeptoren als primäre Andockstellen, wie die Opioid- und Cannabinoidrezeptoren oder beim Nikotin die Acetylcholinrezeptoren (Schmidt & Rist, 2006: S. 305 ff.). Dabei handelt es sich um notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen, da die unmittelbaren Wirkungen einzelner Rauschmittel eine große individuelle Variabilität aufweisen.

Tabelle: Neurotransmitter verschiedener Rauschmittel (in Anlehnung an Schmidt & Rist, 2006: S. 307).

Rauschmittel	Neurotransmitter/Neuromodulator
Nikotin	Dopamin, Opiode
Koffein	Neuromodulator Adenosin, Dopamin
THC	Dopamin, Opiode
Kokain und Amphetamine	Dopamin, Serotonin
Opiate	Dopamin, Opiode

Der ausgelöste **Rauschzustand** ergibt sich aus der Interaktion der psychoaktiven Substanz (**Drug**), der persönlichen Befindlichkeit (**Set**) und dem sozialen Kontext (**Setting**) und wird durch einen sozialen Lernprozess erworben (Zinberg, 1984: pp. 172; Becker, 2014).

3.2.1 Coffeinismus, die alltägliche Sucht

Der frühe Suchtforscher Louis Lewin (1924/1980: S. 324 ff.) bemerkt die Besonderheit der „Kaffeinpflanzen“, die auf allen Kontinenten – also bei vielen Völkern – bekannt waren: Kaffeebohnen im Jemen, Kolanüsse im Sudan, Tee in Ostasien, Mate und Guarana in Südamerika sowie Kakao in Mexiko dienten als belebende Substanzen.

Auch heute ist Koffein neben dem Alkohol die weltweit verbreitetste **psychoaktive Substanz**. Der Konsum von Kaffee, Tee, Kakao und koffeinhaltigen Soft-Drinks ist offensichtlich für die Mehrheit der Bevölkerung (90 %) sehr attraktiv. Der Bundesbürger trinkt 160 l Kaffee pro Jahr! Von Schokolade ganz zu schweigen. Ein besonderes Völkchen sind die Ostfriesen, die 300 l Tee stattdessen trinken. Auch historische Begebenheiten belegen dies: Friedrich II. musste „**Kaffee-Schnüffler**“ durch die Lande schicken, um das Brennen geschmuggelten Rohkaffees in den Häusern seiner Untertanen aufzuspüren.

Koffein ist eine psychoaktive Substanz, die mit einem zwar milden, aber attraktiven **Rausch** verbunden sein kann: „*Es war das Gefühl, das mich gefangengenommen hatte, mich ihm alles opfern ließ, bereitwillig, freudig. Es war das unverfälschte Rauschen einer Muschel in meinem Ohr, eine warme Sonne, die in meinen Herzen aufging, Glühwürmchen, die in meinen Nerven zwinkerten.*“ (Braun, 1998: S. 151). War da noch etwas anderes in dem Getränk? Aber nein, das stimulierende Koffein kann vielfältige **zentrale und periphere Wirkungen** auslösen, ohne das Bewusstsein zu beeinträchtigen. Die Wirkung setzt innerhalb von 15 bis 30 Minuten ein. Die Halbwertzeit variiert stark zwischen 3 und 10 Stunden. Über die Großhirnrinde erfolgt eine Steigerung der Wachheit und des Assoziationsflusses und über das Stammhirn eine Anregung von Kreislauf und Atmung. Koffein blockiert alle vier **Adenosin-Rezeptorensubtypen** (kompetitiver Antagonist). Damit wird die schlaffördernde Wirkung des Neuromodulators Adenosin verringert. Es kann aber bei einigen Personen auch paradox, d. h. schlaffördernd wirken. Die Blockade der Adenosin-Rezeptoren setzt vermehrt Dopamin frei, was die Euphorisierung bewirkt. Der Volksmund nennt es „**Kaffeineuphorie**“. Peripher erweitert das Koffein gut sichtbar die Gefäße der Gesichtshaut, während die Hirngefäße verengt werden. Harntreibende und muskelstärkende Effekte des Koffeins sind bekannt.

Die **Toleranzentwicklung** führt zwar zu einer abgeschwächten Koffeinwirkung, die sich jedoch weniger auf die zentralnervöse Euphorisierung erstreckt, so dass ein geringer Gewöhnungseffekt entsteht. Langzeitfolgen durch regelmäßigen Kaffeekonsum sind unbedeutend. Bei erhöhtem Gebrauch können jedoch bestehende **Kopfschmerzen und Schlafstörungen dauerhaft verstärkt** werden. Deutliche **Entzugserscheinungen** wie Kopfschmerzen, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Reizbarkeit, Muskelspannungen, Übelkeit und Erbrechen und depressive Verstimmungen treten beim Absetzen ein.

Die Folgen einer **Koffeinintoxikation** können jedoch gravierend sein: Ab 0,5 g der reinen Substanz treten Erregung, Unruhe, Pulsbeschleunigung, Herzklopfen, Extrasystolen und Schlaflosigkeit auf. Ab 1,0 g erfolgen eine gesteigerte Reflexattivitàt, Muskelzuckungen und mögliche zerebrale Krampfanfälle. Ab 10 g besteht Todesgefahr. Es gibt Hinweise auf vereinzelte Suizide mit Hilfe von Koffein-Tabletten. Die Angaben zur **Konsummenge** liegen in der **Bevölkerung** bei ca. 250 mg (zwei bis drei Tassen Kaffee), wobei der Koffeingehalt einer Tasse Kaffee zwischen 50 und 200 mg liegen kann. Vier bis sieben Tassen Kaffee (500 bis 600 mg Koffein) gelten als gesundheitlich riskant. In einer klinischen Stichprobe finden sich Personen, die **bis zum 45-fachen einer Standarddosis** (100 mg Koffein)

konsumierten, wobei der mittlere Koffeinkonsum bei 1.663 mg lag (Bonsignore, et al., 2014). Insbesondere der Konsum von **koffeinhaltigen Softdrinks**, die zwischen 100 mg (Cola) bis 300 mg (Energy-Drinks) Koffein enthalten können, kann zu einer Koffeinintoxikation führen. In diesem Zusammenhang haben die Aufnahmen in **Notfallstationen** zugenommen (Meredith et al., 2013: p. 126).

Coffeinismus wird im Sinne des Krankheitskonzeptes beschrieben: Das Koffein wird als aufputschendes Rauschmittel definiert, das zu einer zunehmenden Vergiftung führt. Als die drei zentralen Kriterien der „**Kaffee-Gebrauchs-Störung**“ werden das anhaltende Verlangen zum Koffeinkonsum mit gescheiterten Kontrollversuchen, der fortgesetzte Konsum trotz des körperlicher und psychischer Probleme und die Vermeidung oder Linderung von Entzugssymptomen genannt. Anlässe der **Behandlungsnachfrage** sind Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Müdigkeit, Ängste und Depressionen sowie Herzbeschwerden. Alle Behandlungskonzepte vertreten eine **stufenweise Reduktion** (caffeine fading) auf **unter fünf Tassen Kaffee am Tag** (James et al., 1985).

Zwischen 20 bis 30 % der Amerikaner und Kanadier konsumieren täglich mehr als 500 mg Koffein, wobei **10 % Symptome eines Coffeinismus** aufweisen (James et al., 1985: p.15). Unter psychisch Erkrankten, insbesondere bei Essstörungen und Süchten finden sich erhöhte **Prävalenzzahlen** (Meredith et al., 2013: p. 125 f.). Dazu im Gegensatz taucht der Coffeinismus im jährlichen Handbuch Sucht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter den problembehafteten psychoaktiven Substanzen überhaupt nicht auf, da nur Daten zur Substanzgruppe der Stimulanzien erhoben werden. Es bleibt unklar: Ist Coffeinismus eher selten oder wird das Phänomen häufig übersehen?

Der zugrundeliegende erhöhte Konsum hilft, Müdigkeit im Rahmen von Schlafstörungen zu beheben und vasomotorische (hier durch Erweiterung der Hirngefäße bedingt) Kopfschmerzen mittels koffeinhaltiger Kombinations-Analgetika zu lindern. Allerdings entsteht daraus ein gegenregulatorischer Teufelskreis, der langfristig zur Verstärkung der ursprünglichen Symptomatik führt. Koffein wird auch als **Appetitzügler** zur Gewichtsreduktion, als **Dopingmittel** zur Steigerung der sportlichen Leistungsfähigkeit und zum **Hirndoping**, z. B. in der **Risikogruppe Studenten** (Franke et al., 2011) eingesetzt.

Mittl. tägl. Koffeindosis (100 mg gilt als Einheit <https://www.checkdeinedosis.de/>):

Kaffee:	(1 Tassen)	Anzahl:	mg:
Tee / Mate:	(2 Tassen)	Anzahl:	mg:
Kakao:	(10 Tassen)	Anzahl:	mg:
Schokolade;	(100 g)	Anzahl:	mg:
Energy-Drink:	(0,3 L)	Anzahl:	mg:
Cola-Getränk:	(1 L)	Anzahl:	mg:
Kombinations-Schmerzmittel: (z. B. Thomapyrin N)	(2 Tbl.)	Anzahl:	mg:
Coffeintabletten: (Coffeinum N)	(1/2 Tbl.)	Anzahl:	mg:
Summe mg:			

Eine Übersicht zum Coffeinismus findet sich bei Beigelböck (2016) und im Themenheft Koffein, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 11(1/2), 2022.

3.2.2 Tabakentwöhnung

Neben vielen **Selbsthilfemanualen**, die im Buchhandel erhältlich sind (z. B. Schönburg, 2003; Lindinger, 2015), können **Entwöhnungskurse** (www.glaecklicher-nichtraucher.de; www.rauchfrei-jetzt.net etc.) als typisch für die verbreitete Behandlung der Tabaksucht gelten. Inhaltlich orientieren sich diese Ansätze am standardisierten verhaltenstherapeutischen Vorgehen (Batra & Buchkremer, 2015), das in der Tradition des **Selbstkontrollansatzes** der 1970er Jahre steht. Ein eigenständiger kognitiver Ansatz im Sinne der rational-emotiven Therapie wurde durch Merkle (1998) eingeführt. In den 1990er Jahren erfolgte eine Kombination behavioraler und kognitiver Aspekte (Rihs & Lotti, 1993; Unland, 1995; Lindenmeyer & Mühlig, 2019). Inzwischen wird eine achtsamkeitsorientierte Strategie vertreten (Kaltwasser, 2013).

Diese Form der **Raucherentwöhnung** umfasst die Verhaltensanalyse des Rauchverhaltens, Aufklärung über gesundheitliche Aspekte, Hinweise zur gesünderen Ernährung, sportliche Aktivierung, Bewältigung alltäglicher Stresssituationen, Modifikation dysfunktionaler Kognitionen und dem Erwerb von Kompetenzen zur Rückfallprävention.

Es wird davon ausgegangen, dass es sich beim Rauchverhalten um eine Verhaltenskette im Sinne der klassischen Lerntheorie handelt, woraus Methoden der Selbstbeobachtung, wie z. B. das Registrieren der gerauchten Zigaretten, abgeleitet und gleichzeitig Alternativreaktionen wie verbesserte Stressbewältigungskompetenzen aufgebaut werden. Mittels **Selbstkontrolltechniken** soll der Betroffene lernen, einer **Versuchung zu widerstehen**, d. h. den unmittelbaren Verlockungen nicht nachzugeben, um die langfristig negativen Folgen des exzessiven Tabakgebrauchs zu verhindern und gleichzeitig **heldenhaftes Verhalten** auszuüben, d. h. die unangenehmen Folgen des Rauchstopps zu erträgt, um die langfristigen Vorteile der Tabakabstinenz zu erreichen.

Auffällig ist, dass der zentrale Aspekt jeglicher Suchttherapie, die **Selbstwertstörung**, nicht thematisiert wird und keine **Sinn- und Werteklärung** erfolgt, was zur Sicherstellung einer dauerhaften Tabakabstinenz erforderlich wäre (Petry, 2005). Ein solches verhaltenstherapeutisches Vorgehen verbleibt auf der symptomatischen Ebene. Es entspricht nicht dem aktuellen Stand der Verhaltenstherapie, die von einer Selbstregulation grundlegender Bedürfnisse im Rahmen einer auf individuelle Ziele gerichteten Handlungsstruktur ausgeht (Kanfer et al., 2012). Entsprechend wird die Integration der klassischen Verhaltenstherapie mit handlungstheoretischen Ansätzen und den aktuellen Forschungsbefunden der kognitiven Psychologie, Emotionsforschung und Bindungstheorie nicht nachvollzogen (Parfy et al., 2003).

In den einschlägigen **Therapiemanualen**, die vorwiegend als Gruppentherapie konzipiert sind, wird nicht auf die notwendigen instrumentellen Gruppenbedingungen (Dziewas, 1980) als Voraussetzung der angestrebten individuellen Lernprozesse eingegangen. Als Alternative zur Gruppentherapie kann bei geringerem Tabakgebrauch eine einzeltherapeutische Kurzintervention oder bei einem ausgeprägteren rauchspezifischen Lebensstil eine längerfristige Einzeltherapie angezeigt sein.

Ebenso wird nicht auf Erkenntnisse zum Ausstiegsprozess von **Selbstheilern** zurückgegriffen (Kröger & Flöter, 2006) zurückgegriffen. Das „Kultbuch“ des Selbstaussteigers Carr (1992) enthält vielfältige Anregungen, die sich auf das suchttypische

Selbstbild und bestehende Diskrepanzen zwischen bewussten und unbewussten Regulationsmechanismen beziehen.

Von Jenner wurde bereits 2003 auf die Notwendigkeit der Förderung eines autonomen Selbstkonzeptes auch bei Tabaksüchtigen hingewiesen. Die daraus abzuleitende Veränderung **suechttypischer Selbstschemata** erfordert die kontrastierende Klärung des Selbstbildes von RaucherInnen vs. NichtraucherInnen, die Bewusstmachung konsonanter und dissonanter Teile des Selbst, die Analyse bewusster und unbewusster Steuerungsprozesse sowie eine Aufarbeitung bestehender Schuld- und Schamgefühle. Von Storch (2008) wurden Methoden vorgeschlagen, die **unbewusste Prozesse** als Teil der Identität von RaucherInnen einbeziehen. Nur so lässt sich eine für die Überwindung der Tabaksucht notwendige Veränderung des Selbstkonzeptes, der individuellen Werte hierarchie und des rauchtypischen Lebensstils erzielen.

In den benannten Einschränkungen sind die Gründe zu suchen, dass die Verhaltenstherapie derzeit in ihrer **Effektivität** sehr beschränkt und mit ca. 25 bis 30-prozentiger Wirksamkeit (Batra, 2000) hinter der Behandlung anderer Suchtformen, wie des Alkoholismus oder der Glücksspielsucht, zurückbleibt. Es verwundert deshalb nicht, dass diese standardisierten Programme bei prognostisch ungünstigen PatientInnen, wie z. B. bei körperlich schwer geschädigten RaucherInnen oder beim Vorliegen einer weiteren Sucht, eine noch geringere Wirksamkeit aufweisen (Kröger et al., 2004; Metz et al., 2005).

Dazu im Gegensatz lassen sich jedoch ermutigende Belege finden, wonach die **Individualisierung** der Raucherentwöhnung deutlich bessere Resultate erbringen kann, wie man bereits an dem ambulanten Entwöhnungskonzept von Zimmer und Mitarbeitern (1993) und insbesondere den Ergebnissen einer umfassender konzipierten stationären Raucherentwöhnung (Schoberberger, 2002) ablesen kann.

Entgegen der gängigen Meinung zur „Suchtverlagerung“ wirkt sich die **gleichzeitige Behandlung** der Tabakabhängigkeit zusammen mit anderen Suchtformen **durchgehende positiv auf deren Prognose** aus (Petry, 2022). Eine frühe, gut kontrollierte Studie (Olbrich, 1989) ergab mittels Clusteranalyse bei einer 18-monatigen Katamnese von PatientInnen (N = 172) einer 3-monatigen Alkoholentwöhnung einen Zusammenhang zwischen Reduzierung des Nikotinkonsums und Rückfälligkeit mit Alkohol. Diejenigen, deren Nikotinkonsum während der Behandlung in den ersten 11 Wochen gestiegen war (tgl. Protokolle), hatten eine höhere Rückfallquote (65,4 %), als diejenigen, deren Nikotinkonsum (geringfügig) gefallen wahr (46,2 %). Eine Meta-Analyse (Prochaska et al., 2004) und eine Übersichtsarbeit (Baca & Yahne, 2009) zeigen den positiven Einfluss eines Rauchstopps auf die Abstinenzraten bei behandelten Alkohol-, Kokain- und Opiatsüchtigen. Tabakabhängige Alkoholpatienten, die ihr Rauchen einstellen konnten, zeigten im Vergleich mit den nicht Erfolgreichen eine höhere alkoholbezogene Erfolgsquote (DGSS 3: 72,7 % vs. 43,9 %) in der Ein-Jahres-Katamnese (Cina & Lindenmeyer, 2019). Eine Übersicht zur Entstehung und Behandlung der Tabakabhängigkeit als unbeachteter Sucht geben Batra (2011) und Krafft & Köllner (2012).

3.2.3 Medikamentensucht, die verheimlichte Sucht.

*Doctor please, some more of these
Outside the door, she took four more
What a drag it is getting old.*

The Rolling Stones, Aftermath, 1966

Die Fortschritte der Medizin haben die Erwartung geweckt, dass **alltägliche Ängste**, Verstimmungen, Müdigkeit, Schlafstörungen und Schmerzen mit Medikamenten leicht und ohne Folgen „geheilt“ werden können. Niemand hätte gedacht, dass heute Millionen von Menschen täglich entsprechende Medikamente konsumieren (Curran & Golombok, 1991: S. 30).

Die Zahl der **Medikamentensüchtigen** in Deutschland wird auf 1,5 bis 1,9 Millionen geschätzt. Am häufigsten sind (ältere) Frauen betroffen (Glaeske, 2021). Die stark angestiegenen Umsätze der Pharmaindustrie in Milliardenhöhe korrespondieren mit der hohen Prävalenz (DHS, 2013: S. 28 ff.).

Bei der Entstehung einer Medikamentensucht spielt – neben der Selbstmedikation rezeptfreier Medikamente – die Verschreibungspraxis von ÄrztlInnen eine bedeutsame Rolle (Holzbach et al., 2010). Die **Hauptsubstanzgruppen** sind Beruhigungs- und Schlafmittel vom Benzodiazepin-Typ und sogenannte Z-Drugs (Benzodiazepinagonisten Zopiclon etc.), zentral (Opiode) und peripher wirksame Schmerzmittel, insbesondere Kombinationspräparate mit Coffein oder Aufputschmitteln vom Amphetamin-Typ.

Bei der **Benzodiazepinsucht** werden die leichten kognitiven Beeinträchtigungen, die fehlende körperliche Spannkraft und der Mangel an gefühlsmäßiger Beteiligung einer langjährigen Einnahme kaum wahrgenommen (Holzbach, 2000). Glaeske (2012) spricht von der verheimlichten Sucht.

Bei den **zentral und peripher wirkenden Schmerzmitteln** hat die Verordnung von stark (z. B. Fentanyl) und schwach (z. B. Tilidin) wirksamen Opioiden stark zugenommen. Die rezeptpflichtigen (z. B. Novalgin) und vor allem rezeptfreien Mittel (Azetylsalicylsäure etc.) haben den größten Marktanteil. Besonders problematisch sind Mischpräparate mit zentral wirksamem Coffein- oder Codeinbestandteil. Das von dem Pharmakonzern Purdue Pharma vertriebene starke Opioid Oxycontin® (Oxycodon) hat die Amerikanische Opioidepidemie ausgelöst (Case & Deaton, 2020).

Der Investigativjournalist Patrick Radden Keefe (2022) zeichnet die Geschichte der Familie Sachler nach, die mit Valium und OxyContin ein Vermögen gemacht hat: *Die Geschichte der Sackler-Dynastie birst vor Dramen – barocke Privatleben, erbitterte Verteilungsschlachten, Machiavellinische Manöver in Gerichtssälen und der kalkulierte Einsatz von Geld, um sich als Kunstmäzene Zugang zur Elite zu kaufen und die wenigen Mächtigen zu brechen* (a.a.O.: Klappentext).

Die Gruppe der **Aufputschmittel** vom Amphetamin-Typ (Amphetamine / z. B. Ritalin und Methamphetamine / Pervitin) wirken auf die adrenergen Rezeptoren, so dass der Sympathikus des ZNS erregt wird, was zu subjektiv erlebter Leistungssteigerung und einem Gefühl der Getriebenheit führt. Diese Psychostimulanzien werden vor allem zur Leistungssteigerung in zunehmendem Umfang als Life-Style-Rauschmittel konsumiert.

Zur **Prävention** der Medikamentensucht wurde die **4-K-Regel** formuliert (DHS, 2013: S. 156):

- **Klare Indikation,**
- **Korrekte Dosierung,**
- **Kurze Anwendung und**
- **Kein abruptes Absetzen.**

Das Modellprojekt „Ambulanter **Entzug** Benzodiazepin-abhängiger Patienten in Zusammenarbeit von Apothekern und Hausarzt“ wurde inzwischen erfolgreich erprobt (ABDA, 2013).

Bei der **Behandlung** der Medikamentensucht hat die **Psychoedukation** (Petry & Beiglböck, 2023/2024) einen hohen Stellenwert, da die Betroffenen die zugrundeliegenden vielfältigen Beschwerden, wie Niedergeschlagenheit, Ermüdbarkeit, Leistungsstörungen, Schlafstörungen Kopf-, Glieder- und Muskelschmerzen, Depressivität und Ängstlichkeit über lange Zeiträume kompensatorisch scheinbar bewältigen konnten. Durch die Übereinstimmung von Wirkungserwartungen mit den erlebten Wirkungen etabliert sich ein Dauerkonsum, der die zugrundeliegenden unbewältigten Lebensproblematiken überdeckt. Die Aufklärung über die Wirkmechanismen des Medikamentenkonsums und der daraus resultierenden längerfristigen Verstärkung zugrundliegender **psychosomatischer Beschwerden** kann als Einstieg in einen Perspektivwechsel gesehen werden: Es sollten die Wertehaltungen zu Krankheit und Gesundheit und damit verbundene **Life-Style-Ansprüche** bearbeitet werden. Die darauf aufbauende funktionelle Analyse der Verzahnung von Medikamentenkonsum, psychosomatischen Beschwerden und Lebensstil stärkt die Motivation zum Aufbau alternativer Kompetenzen. Verringerung von Angstvermeidungsverhalten, depressivem Rückzug und passiven Leidensmustern können dadurch erzielt werden. Die trifft vor allem auf die Lebenssituation von Frauen und älteren Menschen zu (Baumeister, 2016).

Eine Übersicht zur Entstehung und Behandlung der Medikamentensucht gibt Soyka (2016).

3.2.4 Cannabissucht, die umstrittene Sucht.

„Legal, illegal, scheißegal“
(Spruch aus den 1990er Jahren)

Regulierung:

Im ausgehenden 19. Jahrhundert entstand eine **Anti-Opium-Bewegung** in den USA, Großbritannien und anderen europäischen Ländern, die auf ein globales Verbot von Opiaten und Kokain hinarbeitete. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts wurde - vor allem unter dem Einfluss der Vereinigten Staaten von Amerika - ab 1912 im Rahmen internationaler Opiumkonferenzen die **Prohibition** von Substanzen mit psychotropen Eigenschaften zunehmend ausgebaut. Die folgenden internationalen Abkommen richteten sich ursprünglich gegen die Opiate und das Kokain. Mit der zweiten Opiumkonferenz von 1924 wurde auch Cannabis diesem Verbot unterworfen. Seit dem Einheitsabkommen der Vereinten Nationen von 1961 besteht ein weltweites Verbot einer Vielzahl entsprechender Substanzen, wonach nur noch der Gebrauch zu medizinischen und wissenschaftlichen Zwecken erlaubt ist. Dies betrifft jedoch nicht den Alkohol, Tabak und das Koffein (Behr, 1982). Es entstand eine repressive Politik im Sinne Nixons 1972 ausgerufenen „**Krieg gegen die Drogen**“. Dieser Kampf richtet sich vorwiegend gegen die Verbraucher, während der Schwarzmarkt weiterwachsen konnte. Auch von Vertretern der Vereinten Nationen wird diese repressive Politik inzwischen als gescheitert angesehen (Amendt, 2004).

Angesichts der Aids-Epidemie unter Rauschmittelsüchtigen ab den 1980er Jahren erfolgte eine Veränderung der einseitig abstinenzorientierten Interventionsstrategie im Sinne einer Entkriminalisierung von KonsumentInnen und **Schadensminderung** als zusätzliche Behandlungsvorgabe (Newcombe, 1987; Marlatt et al., 1998, 2012).

Derzeit zeichnet sich eine weltumfassende Tendenz zur **Legalisierung, sprich Entkriminalisierung von Cannabis** ab. In **Portugal** ist bereits seit 2001 der Besitz von Cannabis und anderer illegalisierter Rauschmittel für den persönlichen Gebrauch entkriminalisiert (Murkin, 2014). In Uruguay können KonsumentInnen schon ab Juli 2017 Cannabis legal in Apotheken kaufen. Vorreiter in den Vereinigten Staaten von Amerika sind Kalifornien, Nevada und Massachusetts, in denen seit Januar 2018 Cannabis in staatlichen Geschäften verkauft werden darf. Auf der Bundesebene ist Cannabis allerdings weiter ein verbotenes Rauschmittel wie Kokain und Heroin. In Kanada ist Cannabis seit Oktober 2018 entkriminalisiert, wobei Altersbegrenzung und Höchstmengen regional unterschiedlich geregelt sind. Cannabis wurde 2024 in Deutschland gesetzlich eingeschränkt entkriminalisiert. Einen Beitrag zur Entkriminalisierungsdebatte mit der Forderung nach einer **humanen Rauschmittelpolitik**, die sich an objektiven Kriterien orientiert, liefert der Biologe Sembowski (2017).

Konsumprävalenz:

Der Anbau, Handel und Konsum von Cannabis dominiert aktuell weltweit den Illegalen Rauschmittelmarkt. Dies lässt sich an den Prävalenzzahlen zum Illegalen Rauschmittelkonsum ablesen (Orth, 2016; Piontek & Kraus, 2016). Nach einem starken Anstieg der Prävalenz ab den frühen 1990er Jahren ging der Konsum nach 2003/2004 zunächst zurück und zeigt seit 2011/2012 wieder einen deutlichen Anstieg (Orth et al.,

2021). Der Cannabiskonsum ist dabei aus den Subkulturen (Beatgeneration, Flower-Power-Bewegung, 68-Bewegung) der 1960er Jahre herausgetreten und inzwischen allgemeiner Teil der Jugendkultur geworden (Reusser, 2001).

Tabelle: Konsum illegalisierter Rauchmittel in Deutschland (Orth et al., 2021: S. 115)

Rauschmittelkonsum (12-Monats-Prävalenz in %)	DAS 2019 12 bis 17 Jahre*	ESA 2018 18 bis 64 Jahre*
Cannabis	8,1	7,1
Andere Rauschmittel als Cannabis	1,1	1,2
Amphetamine	0,3	1,2
Methamphetamine	0,0	0,2
Ecstasy	0,5	1,1
LSD	0,2	0,3
Heroin / andere Opiate	0,0	0,4
Kokain / Crack	0,2	1,1
Schnüffelstoffe	0,1	0,2
Pilze	0,3	0,4
Neue psychoaktive Substanzen	0,1	0,9

Jugendliche und junge Erwachsene:

Jugendliche und junge Erwachsene zeigen ein vielfach höheres Konsumverhalten als Erwachsene. Männliche Jugendliche zeigen eine doppelt so hohe Prävalenz wie weibliche Heranwachsende. Im Verlauf von 42 Monaten stellen die Hälfte der KonsumentInnen meist nach dem 20. Lebensjahr ihren Cannabiskonsum ein (Aden et al., 2011):

Cannabisgebrauch kann demnach ein auf die Adoleszenz begrenztes Verhalten darstellen, das unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten funktionalen Charakter annimmt und sich im weiteren Entwicklungsverlauf verliert (maturing out). Andererseits kann er ein Indikator für maladaptive Entwicklungsverläufe sein. Kindliche Verhaltensprobleme im Sinne einer entwicklungsphasenübergreifenden Störung des Sozialverhaltens sind ein besonderes Risiko für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit in der Adoleszenz. Vor dem Hintergrund weiterer komorbider psychischer Störungen ist Cannabiskonsum als Missbrauchs- und Abhängigkeitsstörung aber auch als späte Manifestation in der Adoleszenz bzw. im jungen Erwachsenenalter möglich (a.a.O.: S. 218).

Folgen des Cannabismissbrauchs und der -sucht:

Kurzfristig besteht aufgrund der eingeschränkten Aufmerksamkeit, der verlängerten Reaktionszeit und der verlangsamten Zeitwahrnehmung eine erhöhte Unfallgefahr bei der Bedienung von Maschinen und Teilnahme am Straßenverkehr. Die **längerfristigen Folgen sind methodisch umstritten**: So wurde der Cannabiskonsum nicht vom Konsum anderer Rauschmittel getrennt oder es bestand keine ausreichend lange Einstellung des akuten Konsums. Experimentelle Untersuchungen beschränkten sich auf Tierversuche mit unrealistisch hohen Dosierungen und bei Menschen auf Erwachsene. Komorbide Störungen und der Einfluss der sozialen Lebenswelt wurden nicht kontrolliert (Fischer et al., 2001).

Das erhöhte Krebsrisiko im Mund-, Rachen- und Lungenbereich dürfte auf den begleitenden Tabakkonsum zurückzuführen sein. Die Beeinträchtigungen des Immunsystems und des Hormonsystems (Geschlechtshormone) sind nicht geklärt. Die Befunde zur Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit und die beobachtbaren Beeinträchtigungen Neugeborener (geringe Größe) könnten auch auf gleichzeitig konsumierte Rauschmittel

zurückführbar sein. Die Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen lassen sich nur für einen regelmäßigen und hohen Konsum belegen.

Der Begriff „**Amotivationale Syndrom**“ wurde in den 1969er Jahren geprägt (McGlothlin & West, 1968) und hat sich als Stereotyp des antriebs- und planlos vor sich hinlebenden Kifers bis heute erhalten. Die Befundlage dazu ist allerdings gemischt (Pacheco-Colón et al., 2018). Auch wenn sich Beeinträchtigungen auf die schulische und berufliche Laufbahn finden, lässt sich die beobachtbare verminderte Motivationslage und Leistungsbereitschaft nicht von Einflüssen bestehender depressiver Störungen, des Ausdrucks eines alternativen Wertesystems und Lebensstils und Einflüssen der Peergroup trennen (Kleiber & Kovar, 1998; Lynskey & Hall, 2000).

Bei geringem und mittlerem Konsum bestehen keine oder eine **geringe Toleranzentwicklung**. Die Entstehung einer Sucht ist nicht allein auf die spezifische Substanzwirkung, sondern auf die Funktion des Konsums als Bewältigungsstrategie bestehender psychosozialer Problematiken zu beziehen. Das **Entzugssyndrom** bei regelmäßig konsumierenden Erwachsenen tritt nach ca. 10 Stunden auf und erreicht den Höhepunkt nach 3 bis 6 Tagen. Es umfasst innere Unruhe, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Affektlabilität, nächtliches Schwitzen und Appetitminderung (Aden et al., 2011).

Cannabiskonsum und Psychose:

Es besteht ein **statistischer Zusammenhang** zwischen Cannabiskonsum und psychotischen Erkrankungen, da Cannabiskonsum das Risiko für eine Psychose um das 1,5 bis 3fache erhöht. Dies gilt vor allem für einen frühen Einstieg in den Cannabiskonsum. Carl Hart (2022: S. 163) vermerkt, dass ebenfalls ein Zusammenhang zwischen frühem Tabakkonsum und einer später auftretenden Psychose besteht, auch wenn der Konsum von Alkohol, Cannabis und anderen Rauschmitteln kontrolliert wurde (Mustonen et al., 2018). Umgekehrt ist unter psychotisch Erkrankten die Lebenszeitprävalenz der Cannabissucht zwei bis dreimal so häufig wie in der Bevölkerung. Dafür könnte die Selbstmedikation zur Linderung der psychotischen Symptome oder der Nebenwirkungen der Antipsychotika durch die Erkrankten verantwortlich sein.

Unter der Annahme, dass psychotische Erkrankungen mit dem **Überangebot von Dopamin** im synaptischen Spalt einhergeht ist plausibel, dass die Erhöhung des Dopamins durch THC die Entwicklung/Auslösung oder Aufrechterhaltung einer Psychose fördern kann und sich nicht mit der Reduktion des Dopaminüberschusses durch die Behandlung mit Antipsychotika verträgt.

Bei einer vorübergehenden psychotischen Episode (bis zu einem halben Jahr) kann man von einer **rauschmittelinduzierten Psychose** ausgehen. Klinisch umstritten ist die Frage, ob ein verstärkter Cannabiskonsum eine Psychose entstehen lässt oder lediglich auslöst bzw. verschlimmert. Bei einer psychotischen Erkrankung dürfte neben der Vorgeschichte, also der Reihenfolge des Auftretens des Cannabiskonsums und der Psychose, differentialdiagnostisch bedeutsam sein, ob symptomatisch lediglich Wahnvorstellungen und Halluzinationen auftreten oder auch die für die Schizophrenie zentralen Ich-Störungen (Störungen der Ich-Umwelt-Grenze) und Denkstörungen (wie Denkzerfahrenheit) vorliegen.

Von Büge (2017) wird das **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** favorisiert, wonach der Cannabiskonsum, die personale Vulnerabilität und stressintensive Lebensereignisse dazu führen, dass bei Überschreitung eines Schwellenwertes beim Zusammenwirkung dieser

drei Faktoren eine **Psychose** ausgelöst wird. Der individuelle Zusammenhang der drei Faktoren wird **psychoedukativ** verdeutlicht: Dabei werden drei Profile im Altersverlauf aufgezeichnet und als durchsichtige Folien übereinandergelegt (a.a.O.: S. 86 f.). Es handelt sich um die Häufigkeit des Cannabiskonsums, die Art und Dauer von Behandlungen als Indikator für die Vulnerabilität und die Intensität positiver und negativer Lebensereignisse als Stressauslöser. Mit diesem Vorgehen werden die Zusammenhänge zwischen diesen drei Faktoren verdeutlicht.

Cannabis als Einstiegsdroge:

Die These über Cannabis als Einstiegsdroge ist nicht plausibel, da bei durchschnittlich geringem Konsum keine Toleranzentwicklung eintritt und die **Beschaffungsmärkte** von Cannabis und anderen illegalisierten Rauschmitteln inzwischen stärker getrennt sind. Weiterhin beträgt die Anzahl von späteren OpiatkonsumentInnen lediglich 4 bis 10 % und die Konsumtendenzen sind in der Bevölkerung gegenläufig. Der Konsum von Cannabis gehört neben dem Tabak- und Alkoholkonsum zum **typischen entwicklungsbedingten Handlungsmuster** Heranwachsender.

Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten:

Der Anstieg des Cannabiskonsums (Orth et al., 2021) ab Anfang der 1990er Jahre (mit vorübergehendem Abfall um 2010) hat zu einer stark angestiegenen Behandlungsnachfrage geführt. Dementsprechend wurden **Modellprojekte zur Frühintervention, Beratung und Behandlung** entwickelt und teilweise evaluiert (Hoch et al., 2011). Dazu gehören in Deutschland Programme, die sich an erstauffällige KonsumentInnen (14 – 21 Jahre: FreD), junge CannabiskonsumentInnen (14 – 21 Jahre: CAN Stop) und problematische oder süchtige CannabiskonsumentInnen (15 – 30 Jahre: Realize-it und Quit the Shit) richten. Diese umfassen Psychoedukation, Motivierende Gesprächsführung, Rückfallprävention sowie therapeutische Kurzinterventionen zur Selbstregulation und Lösungsorientierung. Die flächendeckende Verbreitung in die Versorgungspraxis steht allerdings noch aus.

Ein **ambulantes einzeltherapeutisches, zehnstündiges Behandlungsprogramm** für 18 bis 30jährige Cannabissüchtige (CANDIS) liegt als modulares kognitiv-verhaltenstherapeutisches Konzept vor (Hoch; Zimmermann et al., 2011). Das Programm wurde unter Praxisbedingungen evaluiert (Hoch; Bühringer et al., 2011). Darüber hinaus wurde ein familientherapeutisches Programm für 13 – 18jährige und ihre Eltern (INCANT) länderübergreifend entwickelt und evaluiert. Zur Übersicht siehe Tossmann und Gantner (2016).

Es besteht Einigkeit, dass **Angebote** für problematische und süchtige CannabiskonsumentInnen **individualisiert auf die Besonderheiten dieser Gruppe bezogen** sein müssen. Im Gegensatz zu den KonsumentInnen anderer Rauschmittel sind die Betroffenen 5 bis 10 Jahre jünger, sozial integrierter und fühlen sich mit KonsumentInnen anderer Rauschmittel (Opiate, Kokain etc.) nicht verbunden. Diese Jugendlichen unterschätzen die Gefahren des eigenen Risikokonsums und weisen entwicklungsbedingt einen starken Erlebnisdrang auf (Aden et al., 2011).

3.2.5 Heroin als Beispiel für weitere Rauschmittel:

*Heroin ist ein halbsynthetischer Stoff, der durch chemische Prozesse aus dem Saft der **Schlafmohn-Samenkapseln** gewonnen wird. Er hat gleichzeitig stark betäubende und euphorisierende Wirkung.*

*Der Hauptwirkstoff des Opiums, sein **Alkaloid Morphin**, wurde zuerst 1806 von dem deutschen Apotheker Friedrich Wilhelm Sertürner isoliert. 1841 entwickelte Pravaz die Injektionsspritze, mit der Morphin gespritzt werden konnte. Im amerikanischen Sezessionskrieg, im deutsch-französischen Krieg und in den Weltkriegen des 20. Jahrhunderts linderte Morphium als Schmerzmittel erfolgreich die Schmerzen zahlloser Kriegsverwundeter. Leider hinterließ es viele von ihnen schwerst süchtig – ebenso wie manche Ärzte.*

*Heroin wird als **Pulver gehandelt**, dessen Farbe von Weiß bis hin zu Dunkelbraun variieren kann. In Nordamerika ist es schwarz ("black tar") und fest. In der Szene nennt man es meist „H“ (englisch wie der Buchstabe H ausgesprochen: „Ätsch“). Die häufigste Konsumform ist das Spritzen. Dazu wird Heroin entweder pur oder zusammen mit Zitronensäure in etwas Wasser aufgekocht, gefiltert und dann in eine Vene injiziert. Vielfach wird das Pulver wie Kokain durch die Nase aufgezogen („gesnieft“) oder, auf Aluminiumfolie erhitzt, inhaliert. Eher selten ist das Spritzen unter die Haut oder in den Muskel oder die Gabe als Einlauf in den After.*

Chemisch gesehen ist Heroin ein Alkaloid des Schlafmohns. Aus Opium, dem getrockneten Saft der Samenkapseln, wird Morphin gewonnen, das wiederum mit zwei Essigsäuren umgewandelt wird zu Diacetylmorphin (DAM): Heroin. Im Handel befindliches Heroin ist oft mit anderen Zutaten gestreckt. Gängig ist auch die Beimischung anderer psychoaktiver Substanzen wie etwa Valium oder Fentanyl (weit verbreitet in den USA und bereits festgestellt in Großbritannien). Die chemische Summenformel von Heroin lautet $C_{21} H_{23} NO_5$.

*Heroin wird im **Gehirn zu Morphin abgebaut**, ist aber wesentlich besser fettlöslich als dieses. Deshalb erreicht es seinen Wirkort nach einer Injektion extrem schnell und wirkt entsprechend schneller und stärker. Durch die Flutung der entsprechenden Rezeptoren werden vermehrt die körpereigenen Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin und Serotonin („Glückshormone“) ausgeschüttet, was eine starke Euphorie auslöst. Herz- und Atemfrequenz sind reduziert, die Pupillen verengen sich. Ängste, Anspannung, depressive Gefühle, sexuelle Lust, Selbstwertprobleme und Müdigkeit werden unterdrückt. Außenreize treten in den Hintergrund, der Konsument fühlt sich angenehm „wie in Watte gepackt“. Hohe Dosen machen schlafelig. Die Ausprägung dieser Effekte hängt sehr vom körperlichen Allgemeinzustand des KonsumentInnen sowie vom Reinheitsgrad des Heroins ab.*

Auszug aus der DHS-Broschüre „Heroin“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2018). Dort finden sich weitere Broschüren zu **allen legalen und illegalisierten Rauschmitteln** (<https://www.dhs.de/infomaterial>). Einen Überblick zu psychoaktiven Substanzen geben Behrendt et al. (2018⁵) von Heyden et al. (2019: Teil X) und Walter & Soyka (2024²). Täschner et al. (2010²) beschreiben die Entstehung und Behandlung der Rauschmittelsucht.

3.3 Glücksspielsucht, die unsichtbare Sucht

Die Glücksspielsucht lässt sich, wie die stoffgebundenen Süchte auch, auf einen langen **kulturellen Entwicklungsprozess** zurückführen. Auf der gesellschaftlichen Ebene wird das **Spielen** als Kultur schaffende Aktivität (Huizinga, 1956). und auf der individuellen Ebene als entwicklungsfördernde Handlung eingeordnet (Elkonin, 1980; Oerter, 1993).

Sobald jedoch aus dem Spiel ein **Glücksspiel** wird, indem ein geldwerter Einsatz unter Zufallsbedingungen erfolgt, tritt die für Süchte kennzeichnende **Widersprüchlichkeit** zwischen dem Reiz des Verlassens der Alltagsrealität durch den Kick der Ungewissheit und den möglichen selbstdestruktiven Konsequenzen in den Vordergrund. Dabei kann der erlebte **Rauschzustand** von Glücksspielsüchtigen genauso intensiv sein, wie der von AlkoholikerInnen. Beide befinden sich in einem gleich starken dissoziationsähnlichen Bewusstseinszustand (Jacobs, 1989). Nicht zu Unrecht hat Tacitus in der Germania deshalb neben der Trunksucht auch die Glücksspielsucht beschrieben (Tacitus, 1971).

Die Zeugnisse der frühen Hochkulturen lassen vermuten, dass das **Würfelspiel** aufgrund seiner Einfachheit und Objektivität eines der ältesten Glücksspiele ist. So finden sich antike Spielwürfel, die aus Sprunggelenkknöcheln bestanden (sogenannte Astragale), auf die Punkte oder Symbole eingeritzt wurden. Diese Würfel dienten der „Befragung“ des Schicksals, als Geschicklichkeitsspiel oder Glücksspiel (Giżycki & Górný, 1970). Im Feudalismus mit seiner hierarchischen Über- und Unterordnung (König, Vasallen, hörige/leibeigene Bauern) und seiner ständischen Struktur hatte das **höfische Kartenspiel** (König, Dame, Bube) als typische Glücksspielform der Herrschenden die Funktion einer Überlegenheitsgeste (Zollinger, 1997). Im Kapitalismus, in dem den Lohnabhängigen sowohl ihre Produkte als auch ihre Tätigkeit als etwas Fremdes und Äußerliches gegenüberstehen (Entfremdung) ist der **Geldspielautomat** die typische Glücksspielform (Brandt, 1993).

Søren Kristiansen und Rolf Lund Untersuchung haben alle Geldautomatenspiele in Dänemark (31.475 Geräte in 2.404 Spielstätten) lokalisiert und mit dem **sozioökonomischen Status** der dortigen Anwohner in Beziehung gesetzt. Sie stellen fest:

- Die Geldspielgeräte sind im gesamten Land in nächster Nachbarschaft vorhanden
- Personen mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status (die untersten 10 %) wohnen im Durchschnitt näher an Spielstätten als der Rest der Bevölkerung
- Bezogen auf die durchschnittliche Entfernung von einer Spielstätte (743 Meter) sinkt die Entfernung für die untersten 10 % des sozioökonomischen Index um 100 Meter
- Die mittlere Anzahl von elektronischen Geldspielgeräten steigt mit sinkendem Niveau des sozioökonomischen Status der jeweiligen regionalen Einheit (von mindestens 100 Bewohnerinnen und Bewohnern)
- Sobald ein elektronisches Geldspielgerät vorhanden ist, sinkt der individuelle sozioökonomische Status der Bewohnerinnen und Bewohner in der regionalen Einheit
- Die Stadtgröße und reine Bevölkerungsdichte bietet eine nur teilweise Erklärung für die Anzahl vorhandener elektronischer Geldspielgeräte

Eine Übersicht zur Entstehung und Behandlung der Glücksspielsucht geben Meyer & Bachmann (2017) und Petry et al. (2023). Vgl. auch Kapitel 2.1.4 u. 2.3.6.

3.3.1 Screening Glücksspielsucht

Ein pragmatisches Vorgehen bei der Ersterfassung einer Glücksspielproblematik im Sinne eines Screening-Verfahrens könnte darin liegen, dass zunächst geklärt wird, ob mit einem der bekannten Glücksspielmedien (Geldspielautomaten, Casinospiele, Sportwetten etc.) Erfahrungen vorliegen. Dabei sollte das Ausmaß des Glücksspielverhaltens zunächst nicht erfragt werden, um keine Bagatellisierungstendenzen zu provozieren. Danach könnte in Anlehnung an den nur vier Items umfassenden CAGE-Fragebogen zum Alkoholismus ein entsprechender glücksspielerspezifischer Fragebogen Verwendung finden. Zur Vermeidung von Abwehrmechanismen sollten die Fragen im Gesprächsverlauf „eingestreut“ werden. Es werden dabei vier zentrale Merkmale (Rosenthal, 1986) mit dem CCCC-Questionnaire der Glücksspielsucht (cannot quit, chasing, craving und consequences) erfasst (Petry, 1996: S. 86).

CCCC-Questionnaire (© Jörg Petry, 1996: S. 86, Petry et al., 2023: S. 102)

1. Ich kann mit dem Glücksspielen erst aufhören, wenn ich kein Geld mehr habe!
Richtig / Falsch
2. Verlieren ist eine persönliche Niederlage, die ich wettmachen möchte!
Richtig / Falsch
3. Ich denke oft an das Glücksspielen und verspüre einen inneren Spieldrang!
Richtig / Falsch
4. Zur Geldbeschaffung habe ich schon andere Menschen belogen und betrogen!
Richtig / Falsch

Ein nicht validierter Trennwert von zwei positiv beantworteten Items kann als Kriterium für das Vorliegen einer Glücksspielproblematik angesehen werden. Zur Absicherung wird noch die **Höhe der Verschuldung** in 1.000 Euro-Kategorien als glücksspielertypischer Indikator für die negativen Folgen einer Suchtentwicklung erhoben.

3.3.2 NIM

Bei „NIM“ handelt es sich um ein vermutlich aus China stammendes Spiel, das zu Beginn des 20. Jahrhunderts in der Mathematik und Kybernetik neu entdeckt und analysiert wurde (Eigen & Winkler, 1985).

Bei einer Variante (Trost, 1975) werden 18 Hölzchen in fünf Reihen in Form einer Pyramide angeordnet: In der ersten Reihe 1 Hölzchen, in der zweiten 2, in der dritten 3, in der vierten 5 und in der fünften Reihe 7.

Es sitzen sich zwei SpielerInnen gegenüber, die sich anfangs einigen, wer von ihnen beginnt. Im zweiten Spiel beginnt dann die gegenüberliegende Person. Die SpielerInnen müssen abwechselnd Hölzchen entnehmen. Als Regel gilt dabei, dass jeder Spieler immer nur aus einer der fünf Reihen eine beliebige Anzahl von Hölzchen, d. h. einen, mehrere oder die ganze Reihe, entnehmen darf.

Verloren hat derjenige Spieler, der das letzte Hölzchen nehmen muss.

3.3.3 Pferdehandel **Arbeitsblatt**

Ein Mann kaufte ein Pferd für 60 Dollar und verkauft es für 70 Dollar.

Dann kaufte er es für 80 Dollar zurück und verkaufte es wieder für 90 Dollar.

Wieviel Geld hat er bei dem Pferdehandel verdient?

Quelle: Maier, N. R. F. & Solem, A. R. (1952). The contribution of a discussion leader to the quality of group thinking. *Human Relations*, 5, 277 - 288.

3.3.4 Kontrollillusion

Subjektiv	Objektiv	
	Kontrolle	keine Kontrolle
Kontrolle		Kontrollillusion
keine Kontrolle	Erlernte Hilflosigkeit	

Abbildung: Die Illusion von Kontrolle (In Anlehnung an Langer, 1975).

Bei der Anwendung des Konzeptes „Kontrollillusion“ (Langer, 1975 vgl. zu kognitiven Täuschungen Hell et al., 1993 u. Kahneman, 2012) auf klinische Phänomene lassen sich idealtypische zwei Extreme beschreiben. Auf der einen Seite die „**erlernte Hilflosigkeit**“ die Überzeugung durch eigenes Handeln keinen Einfluss auf die zukünftige Lebenssituation zu haben. Dies ist ein Aspekt einer **depressiven Störung** (Seligman, 1979). Auf der anderen Seite die „**Kontrollillusion**“ den Glauben, Vorgänge kontrollieren zu können, die nicht beeinflussbar sind. Dies lässt sich mit der **Glücksspielsucht** in Verbindung bringen (Frank & Smith, 1989).

3.3.5 TAT-Tafel **Arbeitsblatt**



Quelle: Murray, H. A. (1991³). TAT: Thematic Apperception Test: Tafel 7BM (für Jungen und Männer). Göttingen: Hogrefe (amerikanisches Original 1971).

Literatur:

- Azieze, G. (2023). Factors of drug addiction among adolescents: a case study. *Tobacco Regulatory Sciences*, 9(2), 2831 - 2848.
- Brunstein, J. B. & Heckhausen, H. (2018⁵). Leistungsmotivation. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.): *Motivation und Handeln* (S. 166 f.). Berlin: Springer.
- Yiqun, G. (2025). Thematic Apperception Test. In Z. Kan (ed.): *The ECPH Encyclopedia of Psychology* (pp. 1505 - 1507). Singapore: Springer.

3.3.6 Dädalos und Ikaros

Schauen Sie bitte einmal, was ein glücksspielsüchtiger Patient (Manfred) zu dieser antiken Sage spontan aufgeschrieben hat (Petry, 1996: S. 253 f.)!

Ich glaube, dass Dädalos und ich in einer Sache gleich sind: Die Eitelkeit und die Eifersucht. Ich erkenne mich oft dabei, dass ich andere beneide, anstatt erstmal auf mich zu schauen. In den Zeilen stelle ich fest, dass der Kampf zwischen mir und meinem Vater immer noch vorherrscht, obwohl ich glaubte, dass ich mich davon befreit hätte. Durch meinen falschen Stolz wollte ich mir das aber nie eingestehen. Ich habe durch Dädalos gemerkt, dass ich meinem Vater immer beweisen will, dass ich besser bin als er.

Minotaurus und ich haben auch etwas Gemeinsames. Auf der einen Seite der Manfred, der ehrlich ist und alles geben würde, was er hat, und auf der anderen Seite der Manfred, der unberechenbar und stur ist und niemanden an sich lässt. Eigentlich ist es immer so, dass ich dann der Manfred werde und mich dann der Verantwortung entziehe und lieber fortläufe, als das Gespräch oder die Probleme angehen zu wollen.

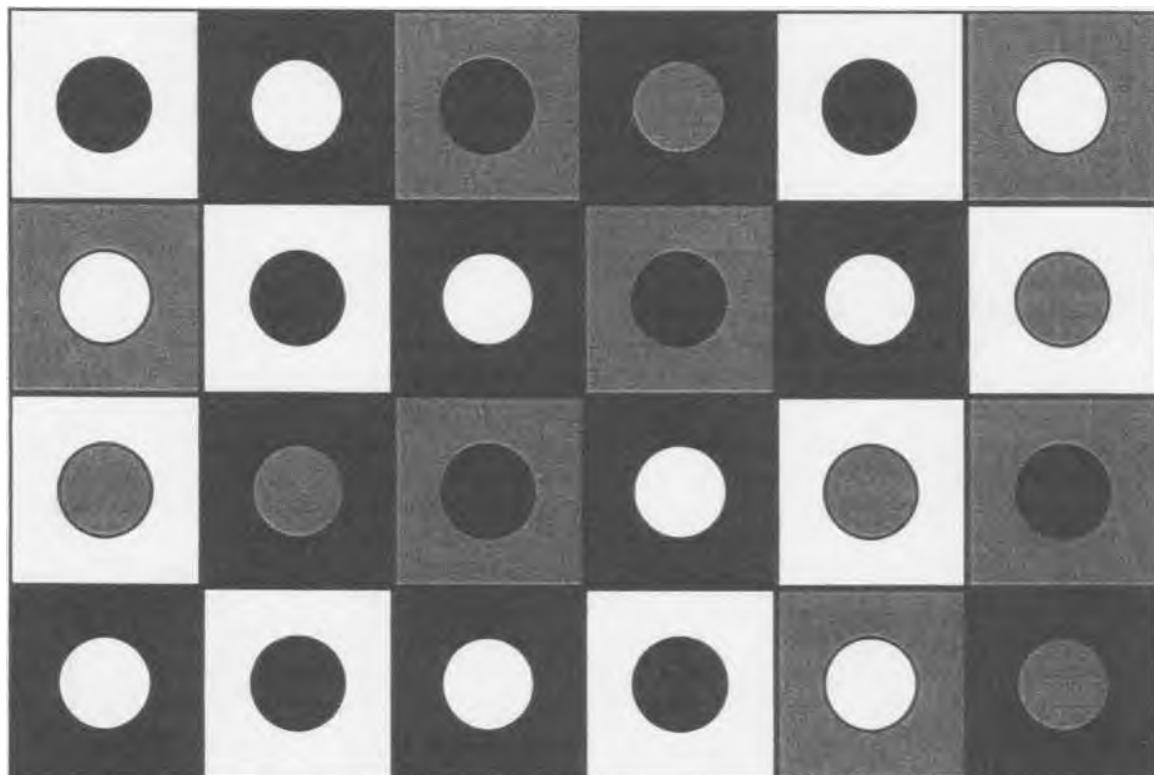
Ikaros und ich haben einiges gemeinsam. Wir sind beide neugierig, wollen alles ausprobieren und wollen alles direkt erreichen. Nur eines können wir beide nicht: Wir lassen uns nicht gern belehren. Dann wird direkt auf Abwehr umgeschaltet, und es wird direkt gegen den Strom geschwommen.

Nachdem ich die Geschichte gelesen habe, ist mir etwas in den Kopf gekommen, und das will ich doch noch aufschreiben. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst vernichten will, um dann Mitleid zu erzwingen, um dann vielleicht einmal Zuneigung von meinem Vater zu erfahren. Vielleicht muss ich zuerst alles verlieren, um zu merken, was ich überhaupt verloren habe. Wenn ich den Absprung nicht schaffen sollte und nicht die Kraft finde, einen Hilferuf auszusenden, dann kann ich mir gut vorstellen, so zu enden wie Ikaros.

3.3.7 Labyrinth Aufgabe **Arbeitsblatt**

Instruktion: Beginnen Sie in einem Kästchen und passieren Sie nacheinander alle anderen, aber **jedes nur einmal**. Dabei dürfen Sie **nicht diagonal** ziehen.

Die Farbe des Kreises sagt Ihnen, welche Farbe das nächste Kästchen haben muss.



Quelle: ZEITmagazin (Petry, J., 1996: S. 259).

3.4 Esssucht, die sichtbare Sucht

3.4.1 Definition und Nosologie

Unter Esssucht versteht man eine Essstörung, die sich in einer dauerhaften übergroßen Zufuhr von Nahrungsmitteln äußert. Bei einem Teil der Betroffenen treten Essanfälle auf. Die Esssucht ist mit subjektivem Leiden, organischen, psychischen und sozialen Funktionsbeeinträchtigungen sowie Risiken der sozialen Ausgrenzung und Lebensverkürzung verbunden (Rief & Hilbert, 2008). Die heute gebräuchliche **Benennung als Adipositas** und Einordnung unter den **Ernährungsstörungen** geht auf die Bezeichnung als (nicht endokrin bedingte) „Fettsucht“ und Klassifikation als Stoffwechselkrankheit zurück (Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 1968: ICD-8 / West).

Nosologisch erscheint dies unangemessen, da es sich bei der Adipositas um keine Krankheitseinheit handelt. So gibt es Untergruppen der Adipositas, die aus einer spezifischen organischen Ursache, wie z. B. einer Schilddrüsenunterfunktion oder der Nebenwirkung eines Medikamentes (wie z. B. Neuroleptika oder Antidepressiva) resultieren. Weiterhin gibt es eine Untergruppe von Adipösen (bis zu einem Viertel), die keine organischen Störungen, wie Insulinresistenz oder Herz-Kreislauferkrankungen aufweisen (sogenannte **happy obese**) und auch keine klinisch bedeutsamen Verhaltens- und Erlebnismuster im Sinne einer Sucht aufweisen (Weghuber, 2015). Auf der anderen Seite werden unter der Kategorie **binge-eating disorder** im DSM-5 adipöse Personen erfasst, die ein süchtiges Verhaltensmuster aufweisen, d. h. als Untergruppe der Esssucht zu betrachten sind (American Psychiatric Association, 2013: pp. 350).

Die Nahrungsaufnahme als biologisches Grundbedürfnis ist von Anbeginn der Menschheitsgeschichte mit der Befriedigung **emotionaler und sozialer Grundbedürfnisse** verbunden: *Unser Bewusstsein davon, dass Essen und Ernährung Zentren von Brauchtum, Geschmack und tiefem Empfinden sind, dürfte zurückreichen bis zu jenem Tag in der Geschichte der Menschheit, da Menschen erstmals andere Menschen ihnen bislang fremde Speisen zu sich nehmen sahen.* (Mintz, 1987: S. 29).

Bereits im antiken Griechenland wurde das Fressen als **nicht tugendhaft** bewertet: *Denn das natürliche Bedürfnis geht auf Ausgleich dessen, was uns fehlt. Daher werden solche Leute Fressbäuche genannt, weil sie sich den Bauch über Gebühr anfüllen.* (Aristoteles, 1969: S. 83). In der Neuzeit besteht eine ebenfalls ausgeprägte Regulierung, die durch Tischsitten und Diätregeln auf Mäßigung abzieht (Kleinspehn, 1987), sodass Esssüchtige einer starken Diskriminierung unterliegen.

Eine Übersicht zur Ernährung, Energiestoffwechsel, Regulation des Körpergewichts sowie zur Entstehung und Behandlung der Esssucht geben Cuntz & Hillert (2008⁴), Hilbert, Brauhardt & Munch (2017), Macht (2021) und Pinel et al. (2024¹¹).

3.4.2 Multifaktorielle Ätiologie der Esssucht

Das allgemeine **Energie-Bilanz-Modell** (Schutz, 2003), wonach bei einer positiven Bilanz zwischen aufgenommener und verbrauchter Energie eine Gewichtszunahme erfolgt, ist zu einfach: Eine erhöhte Energieaufnahme führt zwar zu einer Gewichtserhöhung und ein gesteigerter Energieverbrauch zu einer Abnahme, dies aber nur innerhalb genetisch bedingter Grenzen und mit ausgeprägten interindividuellen Unterschieden. (Rief & Hilbert, 2008: S. 129). Darüber hinaus gilt: *Kaum jemand würde sich zufriedengeben, wenn die Ursache des Alkoholismus durch übermäßigen Alkoholkonsum erklärt würde.* (Pudel, 2003: S. 14).

Die **Sollwerttheorie** aus den 1940er und 1950er Jahren, wonach das Hungergefühl durch einen **festliegenden Blutzucker-Sollwert** und einen **Körperfett-Sollwert** gesteuert wird, stellt eine Reduzierung auf einen Faktor dar und widerspricht der Erfahrung. Evolutionsgeschichtlich mussten Menschen zum Überleben einem Energiedefizit durch hohe Nahrungsaufnahme vorbeugen, statt ein aktuelles Defizit zu beheben. Übergewichtige nehmen trotz ihres hohen Körperfettanteils weiter größere Nahrungsmengen zu sich. Das Essverhalten wird vielmehr durch eine **Vielzahl von Faktoren** (kulturelle Normen, Arbeitszeiten, Familienbräuche, Geselligkeit, Nahrungspräferenzen, finanzielle Mittel), also durch **positive Anreize** der Nahrungsaufnahme beeinflusst. Auch nach einer üppigen Hauptmahlzeit wird noch der Lieblingsnachtisch im Freundeskreis konsumiert (Pinel et al., 2024: Kapitel 13).

Nach der **Set-Point-Theorie** schwankt das Körpergewicht um einen natürlichen Bezugspunkt. Es wird ein **Gleichgewicht zwischen gewichtsfördernden und gewichtsreduzierenden Faktoren** erreicht. Die gilt, wenn die Vielzahl von beeinflussenden Faktoren keine langfristigen Veränderungen aufweisen. Das komplexe Feedback-System limitiert lediglich weitergehende Veränderungen in eine Richtung. Nur so lässt sich erklären, dass sich mit dem Alter eine Gewichtszunahme zeigt, was u. a. mit dauerhaften Veränderungen der Stoffwechselprozesse (sinkender Energieverbrauch aufgrund geringerer Muskelmasse, hormonell bedingter erniedrigter Stoffwechsel und weniger Bewegung) zu tun hat. Weiterhin lässt sich durch eine Ernährungsumstellung eine dauerhafte Gewichtsreduktion erzielen (Pinel et al., 2024, Kap: 13).

Zusammengefasst bedeutet dies: *...die Entstehung von Übergewicht/ Adipositas wird durch eine große Anzahl verschiedener Faktoren bedingt und hat viele Auswirkungen. Die einzelnen Faktoren sind dimensionenübergreifend durch zahlreiche Ursache-Wirkungs-Beziehungen vernetzt... Aufgrund dieser Vernetzung können Einflussfaktoren zu Auswirkungen werden und umgekehrt.* (Schneider et al., 2009: S. 1). Als **Faktoren** lassen sich nach diesem Modell nennen: Gesellschaftlicher Wandel, Lebensmittelangebot, sozioökonomischer Status, Sozialisationsinstanzen, psychische Besonderheiten, Co-Morbiditäten, Lebensstilfaktoren, vorgeburtliche und frühkindliche Einflüsse, biologische Disposition sowie soziale und individuelle Nachteile.

Es sind nur zwei direkte Einflüsse auf Übergewicht/Adipositas erkennbar: die Energiebilanz, resultierend aus dem Verhältnis von Energieaufnahme und -verbrauch, sowie biologische Faktoren wie die Genetik. Alle weiteren in der Literatur beschriebenen Faktoren beeinflussen die Entstehung von Übergewicht/Adipositas indirekt, indem sie Wirkketten bilden, die über die Lebensstilfaktoren und in Folge die Energiebilanz zu

Übergewicht/Adipositas führen. (Schneider et al., 2009: S. 1).

Bei den biologischen Faktoren bestimmt die **genetische Disposition** den Energieverbrauch, die Steuerung des Hunger- und Sättigungsgefühls, die Geschmacksvorlieben (insbesondere für fette und süße Nahrung), die Energieaufnahme- und -speicherung sowie die Fettverteilung im Körper (Mühlbacher et al., 2011).

Bezogen auf die **Energieaufnahme und den Energieverbrauch** sind therapeutisch beeinflussbare Lebensstilfaktoren zu berücksichtigen: in geringerem Maße die **körperliche Aktivität** und die **Ernährung** als entscheidende Faktor. Das **Ernährungsverhalten** umfasst neben der Beschaffung, Auswahl und Zubereitung der Nahrungsmittel das Muster der Nahrungsaufnahme, also das Essverhalten.

Besonders problematische Muster des Essverhaltens sind das emotionale, außenreizgesteuerte und das restriktive Essen (Hilbert et al., 2017). Beim **emotionalen Essen** (comfort eating) dient die Nahrungsaufnahme der Bewältigung negativer Gefühle (Spoor et al., 2007). Von **außenreizgesteuertem Essen** spricht man, wenn der Hunger stärker von den äußeren Nahrungsanreizen als vom inneren physiologischen Zustand gesteuert wird (Pudel, 1978: S.58 ff.). **Restriktives Essen** besteht bei Personen, die zu Übergewicht neigen und dabei eine Tendenz aufweisen, die Nahrungsaufnahme kognitiv zu kontrollieren (Koide et al., 2020). Bei einem rigiden (statt flexiblen) Kontrollstil bricht die Selbstkontrolle bei kleineren Verstößen zusammen.

3.5 Sexuelle Sucht, die tabuisierte Sucht

Die Sexuelle Sucht bezieht sich auf ein **natürliches Grundbedürfnis**, wobei auch der Orgasmus als dissoziativer Erlebniszustand biologisch verankert ist. Das sexuelle Erleben ist dabei kein einfaches Begleitprodukt der Fortpflanzung, sondern besitzt davon getrennte Funktionen der **Bindung und des Vergnügen** (Diamond, 1998: S. 83 ff.) und der kompensatorischen Alltagsbewältigung: *Die wahrscheinlichste Vermutung ist die, dass die menschliche Sexualität von der Natur dazu ausersehen worden ist, die Spannungen des nichtsexuellen Lebens, vor allem die Last der Arbeit und die Konflikte mit den Mitmenschen, zu kompensieren und uns neue Kraft für den nächsten Tag zu liefern.* (Bornemann, 1993: S. 8).

Dabei weist das Sexuelle einen **Doppelcharakter** auf: *...einerseits konform und geziugelt, andererseits subversiv und durchbrechend zu sein.* (Sigusch, 1984: S. 20). Die jeweils bestehende soziale **Normierung der Geschlechterrollen und des Sexualverhaltens** sind eng mit den geschichtlichen Bedingungen der jeweiligen Kultur verknüpft (Schelsky, 1955) und unterliegen entsprechend einem epochalen Wandel. Die Jahrhunderte lange Dominanz der religiös geprägten Bewertung der Sexualität als Sünde erfährt einen tiefgreifenden Wandel in der Postmoderne: *In der postmodernen Kultur wird versucht, die Befreiung der Erotik von den Zwängen zu sichern, die ihr biologisch durch das reproduktive Potential der Sexualität und kulturell durch die Liebe mit ihrem Anspruch auf immerwährende, bedingungslose und ausschließliche Loyalität auferlegt wird.* (Bauman, 1998: S. 26).

Die **Psychiatrisierung** sexueller Vorlieben erfolgte im 19. Jahrhundert, wobei die „**Psychopathia sexualis**“ (**Krafft-Ebing**, 1993) das bekannteste Lehrbuch seiner Zeit war (Sigusch, 2008: S.175 - 193). Die damals üblichen Bezeichnungen für exzessives sexuelles Verhalten waren die **Nymphomanie** für die weibliche und die **Satyriasis** (heute: Don-Juanismus) für die männliche Form. Dieser „krankhaft gesteigerte Geschlechtstrieb“ erhält seinen Krankheitswert aufgrund der Verletzung gesellschaftlicher Normen (Krafft-Ebing, 1993). Die Bezeichnung als Sucht (Lustsucht, Geilsucht) taucht im 16. und 17. Jahrhundert auf (Bornemann, 1993: S. 8), während die Bezeichnung als **Sexuelle Sucht** durch den amerikanischen Sexualberater Patrick Carnes popularisiert wurde (Carnes, 1987).

Es handelt sich um ein **exzessives Sexualverhalten** – unabhängig davon, ob es sich um verbreitete oder „abweichende“ Sexualpraktiken handelt. Die häufigsten Erscheinungsformen sind exzessive **Selbstbefriedigung** und häufiger Wechsel des Sexualpartners. Auf dem Boden häufiger **traumatisierender Erlebnisse** (Rettenberger et al., 2013) mit starken Selbstwertproblemen dient die Sexualität dem Ausleben von Machtgefühlen oder der Flucht in eine Scheinwelt. Aufgrund eines frühkindlich erworbenen unsicheren Bindungssystems **fehlt die Einbettung der Sexualität in eine intime Beziehung** (Faisandier et al., 2013). Im Zentrum steht die Phantasietätigkeit mit individuellen Formen der selbst bezogenen Sexualbefriedigung. Die Anonymen Sexsüchtigen bezeichnen diesen Erlebniszustand als „Lüsternheit“. Die Sexualisierung aller Lebensbereiche führt zu einem Teufelskreis der Selbstabkapselung mit starken Schuld- und Schamgefühlen (Gerlach, 2018). Als Folgen kommt es zu psychischen (Schamgefühle mit hoher Suizidrate), gesundheitlichen (Geschlechtskrankheiten, Hepatitis, AIDS), sozialen (Ächtung und Selbsthass) und finanziellen Folgen (Roth, 2016).

Eine Übersicht zur Entstehung und Behandlung der sexuellen Sucht geben Roth (2016) und Stark & Wehrum-Osinsky (2016).

3.5.1 Screening Sexuelle Sucht

Von Kafka (2007) wurden vier **Screening-Fragen** vorgeschlagen (Hartmann et al., 2014: S. 87 f.). Es liegen bisher keine Untersuchungen dazu vor:

1. Haben Sie jemals wiederkehrende Schwierigkeiten, Ihr sexuelle Verhalten zu kontrollieren?
Ja / Nein
2. Hat Ihr sexuelles Verhalten negative Konsequenzen (juristisch, in der Partnerschaft, im Beruf, medizinisch, z. B. sexuell übertragbare Krankheiten)?
Ja / Nein
3. Gab es Versuche, das Verhalten zu verheimlichen und/oder Schamgefühle?
Ja / Nein
4. Hatten Sie jemals das Gefühl, zu viel Zeit mit sexuellen Aktivitäten zu verbringen?
Ja / Nein

Von Kinsey et al. (1948) stammt das Maß des „**Total Sexual Outlets**“, worunter die wöchentliche Anzahl von allen sexuellen Verhaltensweisen, die zu einem Orgasmus führen, verstanden wird. Kafka (1997) betrachtet einen Index der sexuellen Aktivität von 7 und mehr über mindestens 6 Monate als untere Grenze für die Hypersexualität bei Männern.

Es gibt einige ins Deutsche übertragene und deutschsprachige **Selbstbeurteilungsskalen**, die jedoch keine validierten Cut-off-Points oder Vergleichsnormen aufweisen (Stark & Wehrum-Osinsky, 2016: S.31 ff.).

3.5.2 Ampelmodell zur sexuellen Sucht **Arbeitsblatt**

Bei **sexueller Sucht** handelt es sich um keine qualitative Störung der Sexualpräferenz (Paraphilie), sondern eine quantitative Störung in Form eines **exzessiven Sexualverhaltens** (Hypersexualität). Kennzeichnend ist die stundenlange Selbstbefriedigung und/oder der häufige Wechsel der Sexualpartnerin / des Sexualpartners.

Bitte tragen Sie für alle **drei Zielbereiche** Aktivitäten ein, wie Sie sich nach Abschluss der Behandlung verhalten wollen und formulieren Sie dazu konkrete Vereinbarungen!

1. **Tabu (rot):** Aktivitäten, die so problematisch sind, dass die völlige Einstellung notwendig ist:

Vereinbarungen:

2. **Vorsicht (gelb):** Aktivitäten, bei denen vorsichtshalber Einschränkungen getroffen werden sollten:

Vereinbarungen:

3. **Okay (grün):** Aktivitäten, die unbedenklich sind, d. h. alle Formen einer gesunden und befriedigenden Sexualität:

Vereinbarungen:

Die „Ampel“ wurde im Jahr 2004 in England als leicht verständliche Kennzeichnung von Lebensmitteln eingeführt, um VerbraucherInnen zu ermöglichen, ungesunde Nahrungsmittel zu erkennen und das Essverhalten zu verbessern.

4 Diagnostik und Klassifikation

4.1 Riskanter, problematischer und süchtiger Konsum

Ein **riskanter (schädlicher) Alkoholgebrauch** liegt vor, wenn mehr als 20 g **Alkohol** von Frauen und 30 g von Männern pro Tag konsumiert werden (Gefahr körperlicher Folgen).

Der **problematischer Alkoholkonsum (Alkoholmissbrauch)** zeichnet sich durch die folgenden Merkmale aus:

- Mangelnde Fähigkeit, den **Verpflichtungen** auf der Arbeit, in der Schule oder zu Hause nachzukommen
- wiederholter Alkoholkonsum in **gefährlichen Situationen**, z. B. beim Autofahren oder Bedienen einer Maschine
- Fortgesetzter Alkoholkonsum **trotz sozialer, familiärer oder Beziehungsprobleme**, die durch den Alkoholkonsum verursacht wurden

Bei einer **Sucht (Abhängigkeit)** treten einige der folgenden Symptome auf:

- Die **Toleranz** steigt. Die Betroffenen müssen größere Mengen trinken, um die gewünschte Wirkung zu erzielen
- Es besteht ein **unwiderstehliches Verlangen** (craving) nach Alkohol
- Der Betroffene **verliert die Kontrolle** über die zugeführte Menge, den Zeitpunkt und die Dauer des Alkoholgenusses oder es besteht **Abstinenzunfähigkeit**, d. h. der Betroffene kann mit dem Trinken nicht aufhören
- Ein **Großteil der Zeit** wird auf das Trinken oder die Ausnüchterung nach dem Rausch verwendet, sodass wichtigen sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten nicht mehr nachgegangen wird
- Es kommt zu **Entzugserscheinungen** nach dem letzten oder verringertem Alkoholkonsum, z. B. Schwitzen, schneller Puls, Zittern, Schlafstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Halluzinationen, Angstzustände oder epileptische Anfälle. Es wird Alkohol konsumiert, z. B. am Morgen, um Entzugserscheinungen zu vermeiden

Die Begriffe „Gebrauch“, „Missbrauch“ und „Sucht“ unterliegen einer rauschmittelpolitischen Interpretation: Der Gebrauch wird mit dem Recht auf Selbstbestimmung verbunden, Missbrauch wird teilweise als abweichendes Verhalten bewertet und Sucht als Krankheit eingestuft. (Gerhard, 2003: S. 57).

Achtung bei der Bewertung!

Alle Süchtigen haben möglicherweise ein starkes und anhaltendes Verlangen nach Drogen, aber Menschen treffen Entscheidungen in Abhängigkeit von ihren psychischen und sozio-ökonomischen Lebensumständen, die sehr unterschiedlich sein können. Viele Süchtige konsumieren Drogen, um sich von Leiden, Elend und chronischen psychischen Problemen zu befreien, insbesondere wenn sie nur begrenzte sozio-ökonomische Möglichkeiten haben und keine wirklichen Alternativen zur Bewältigung dieser Probleme finden (Pickard, 2019).

4.2 Screening des Alkoholismus als Musterbeispiel

Der CAGE ist ein 4-Item Screening-Fragebogen zur Diagnose der Alkoholsucht. Bei einem Cut-off-Point von 2 und mehr Punkten liegt der Verdacht auf einen problematischen oder süchtigen Alkoholkonsum vor. Der Fragebogen ist im englischsprachigen (Mayfield et al., 1974) und deutschsprachigen (Richter & Zahn, 1991) Bereich validiert.

CAGE Questionnaire (Mayfield et al., 1974)

- C Have you ever felt you should CUT DOWN on your drinking?
- A Have people ANNOYED you by criticizing your drinking?
- G Have you ever felt bad or GUILTY about your drinking?
- E Have you ever had a drink first thing in the morning (EYE-OPENER) to steady your nerves or get rid of a hang-over?

Deutsche Version des CAGE (Richter & Zahn, 1991; © MALT von Feuerlein et al., 1999)

1. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihr Trinken einschränken sollten?
Ja / Nein
2. Wurden Sie bereits von anderen Leuten durch Kritik an Ihrem Trinkverhalten geärgert?
Ja / Nein
3. Haben Sie sich jemals schlecht oder schuldig wegen Ihres Trinkens gefühlt?
Ja / Nein
4. Haben Sie jemals gleich am Morgen betrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder Ihren Kater zu überwinden?
Ja / Nein

4.3 Klassifikation der stofflichen Süchte

ICD-11 (WHO, 2019)

Beispiel Alkohol:

Disorder due to substance use or addictive behaviors (entspricht der Verhaltenssucht)

Disorder due to substance use

Disorder due to use of alcohol (6C40)

Single episode of harmful use of alcohol

Harmful pattern of use of alcohol (entspricht dem problematischen Gebrauch)

Alcohol dependence (entspricht der Abhängigkeit/Sucht)

Alcohol intoxication

Alcohol withdrawal

Alcohol-induced delirium

Alcohol-induced psychotic disorder

Other alcohol-induced disorders

Other specified disorders due to use of alcohol

Disorders due to use of alcohol unspecified

Entsprechendes gilt für die anderen Substanzen:

Cannabis, Synthetic cannabinoids, opioids, sedatives, hypnotics or anxiolytics, cocaine, stimulants including Amphetamines, Methamphetamine (Crystal Meth) or methcathinone, synthetic cathinones, caffeine, hallucinogens, nicotine, volatile inhalants, MDMA (Ecstasy) or related drugs, including MDA, dissociative drugs including ketamine (Anästhetika) and phencyclidine (angel dust), other specified psychoactive substances, including medication, multiple specified psychoactive substances, including medication, unknown or unspecified psychoactive substances und non-psychoaktive substances (Kräuter, Abführmittel, Anabolika, Vitamine).

DSM-5 (Faskai. & Wittchen, 2015)

Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen

Störungen durch Substanzkonsum: Alkohol, Koffein (Vergiftung und Entzug, Koffein bedingte Angststörung und Schlafstörung; Die Koffein-Gebrauchsstörung lediglich als Forschungsdiagnose); Cannabis, Halluzinogene, Inhalanzien, Opioide, Sedative, Hypnotika und Anxiolytika (Beruhigungsmittel zur Angstreduktion), Stimulantia (Amphetamine, Kokain u. a.), Tabak und andere oder unbekannte Substanzen.

Alkoholkonsumstörungen:

Für die **Alkoholkonsumstörung** müssen mindestens **zwei von elf Kriterien** (u. a. größere Menge, gescheiterte Kontrollversuche, trotz negativer Folgen, Craving, Toleranzentwicklung, Entzugssymptome) erfüllt sein. Daneben: Alkoholintoxikation, Alkoholentzug, andere alkoholinduzierte Störungen (z. B. Psychosen) und nicht näher bezeichnete Störungen im Zusammenhang mit Alkohol.

Merke:

In den 1960er Jahren wurde durch die WHO (Hellman et al., 2016) der Begriff „Addiction“ (Sucht) zugunsten des Begriffs „Dependence“ (Abhängigkeit) abgelöst und nunmehr wieder in die ICD-11 teilweise eingeführt (addictive behaviors). In der

ICD-11 bleiben die Subkategorien Harmful pattern of use of alcohol (problematischer Gebrauch) und Alcohol dependence (Abhängigkeit/Sucht) bestehen.

Der für die klinische Praxis bedeutsamer Unterschied zwischen problematischem Gebrauch (Trinkreduktion) und Sucht (Abstinenz) ist im DSM-5 durch drei Schweregrade (mild: 2 – 3; moderat: 4 – 5 u. schwer: 6 und mehr Symptome) abgelöst worden.

Die beiden Klassifikationssysteme unterscheiden sich in ihrer Grundstruktur: Das dimensional angelegte DSM-5 (2013) differenziert Schweregrade, was eine niederschwellige Diagnostik erlaubt, die der Früherkennung dienen kann, gleichzeitig aber, insbesondere bei jungen Erwachsenen, die Gefahr einer voreiligen Diagnose birgt. Die kategorial angelegte ICD-11 (2019) beinhaltet aufgrund der Trennung zwischen „Alkoholabhängigkeit“ und „Schädlichem Gebrauchsmuster“ eine schwer diagnostizierbare Zwischenzone, kann aber die Indikation zu einer abstinenzorientierten (Störung) und reduktionsbezogenen (Gefährlichem Glücksspielen) Therapiestrategie begründen.

Nach Rehm et al. (2013) könnte das Konzept „**Heavy substance Use Over Time**“ (HUOT) die am Krankheitskonzept orientierte Operationalisierung ersetzen:

- HUOT ist für die neurobiologischen und physiologischen Veränderungen verantwortlich.
- HUOT erklärt die zentralen Suchtkriterien der Intoxikation, Toleranzentwicklung und Entzugserscheinungen.
- HOUT verursacht die wichtigsten sozialen Konsequenzen wie die Nichterfüllung sozialer Rollen.
- HOUT führt zu den suchtbedingten Erkrankungen und der erhöhten Sterblichkeit.
- HOUT vermindert die Stigmatisierungstendenz und vermeidet die Konzentration auf die schwerste Risikogruppe.

Kritik:

Von Soyka (2015) wurde darauf verwiesen, dass bekannte **prognostische Merkmale** wie Konsummenge, Problemdauer, Anzahl von Vorbehandlungen, psychische Komorbidität, inklusive Suizidalität sowie soziale Unterstützung und Arbeitslosigkeit nicht als Kriterien einbezogen sind.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass **beide Systeme kulturspezifisch** geprägt sind. Dies lässt sich an deren ideengeschichtlichen Wurzeln aufweisen, die zwei Einseitigkeiten beinhalten:

- der Störungsbegriff ist in der amerikanischen Tradition des **Behaviorismus** behaftet. Die beschriebenen Süchte werden als beobachtbares Verhalten lediglich in ihrem unmittelbaren situativen Kontext erfasst (vgl. Kapitel 2.2.7 u. 2.2.8)
- beide Klassifikationssysteme orientieren sich am organpathologischen **Krankheitskonzept** von Elton Morton Jellinek (1960) und **Abhängigkeitssyndrom** von Edwards & Gross (1976) und (siehe Kapitel 2.1.1 u. 2.1.2)

4.4 Klassifikation der nichtstofflichen Süchte

Glücksspielsucht

ICD-11 (World Health Organization, 2019)

Disorders due to substance use and addictive behaviours

Disorders due to addictive behaviours

Gambling disorder (6C50)

6C50.0 Gambling disorder, predominantly offline

6C50.1 Gambling disorder, predominantly online

DSM-5 (Faskai & Wittchen, 2015)

Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen

Störungen ohne Substanzbezug

Störung durch Glücksspielen (mindestens 4 von 9 Kriterien des Abhängigkeitssyndroms).

Merke: Bei der Einordnung der Glücksspielsucht erfolgt in der ICD-11 und dem DSM-5 nicht mehr die Zuordnung zu den Impulskontrollstörungen, sondern zu den Süchten.

Bei den Haupt- und Nebenmerkmalen der „Glücksspielstörung“ (Einsatzsteigerung, um Erregung zu spüren, gescheiterte Kontrollversuche und Unruhe bei Reduzierung bzw. Einstellung des Glücksspielens) wird diese Begrifflichkeit auf die nichtstoffgebundene Glücksspielsucht übertragen. Weitere Merkmale der „Glücksspielstörung“ (Priorisierung des Glücksspielens über andere Aktivitäten, starkes Verlangen und Wiederaufnahme des Glücksspielens nach Unterbrechungen) beziehen sich auf die Fortschreibung des Krankheitskonzeptes durch Edwards und Gross in Form des sogenannten Alkoholabhängigkeitssyndroms (vgl. Kapitel 2.1.1, 2.1.2 u. 2.1.3).

Esssucht:

ICD-11 (WHO, 2019)

Feeding or eating disorder: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge eating disorder, Avoidant-restrictive food intake disorder, Pica, Rumination-regurgitation disorder, Other specified feeding or eating disorders, Feeding or eating disorders, unspecified.

Endocrine, nutritional or metabolic diseases.

Nutritional disorders

Overweight, Obesity or specific nutrient excesses.

Overweight or obesity

DSM-5 (Faskai. & Wittchen, 2015)

Die Essssucht ist nicht enthalten. Unter andere näher bezeichnete Essstörungen wird lediglich das Night eating syndrome aufgeführt.

Merke:

Die Essssucht ist in weder in der ICD-11 noch im DSM-5 eigenständig unter psychischen Störungen klassifiziert: Sie wird nicht unter den Essstörungen (Bulimie, Anorexie, Binge-eating-disorder) verschlüsselt, sondern kann in der ICD-11 nur als Ernährungsstörung unter Adipositas kodiert werden.

Eine Untergruppe mit Essattacken kann in der ICD 11 und im DSM-5 unter Binge-eating disorder eingeordnet werden

Sexuelle Sucht:

ICD-11 (WHO, 2019)

Mental, behavioural or neurodevelopment disorders (06)

Impulse control disorders

Compulsive sexual behaviour disorder (6C72)

DSM-5 (Faskai & Wittchen, 2015)

Sexuelle Funktionsstörungen: Verzögerte Ejakulation, Erektionsstörung, weibliche Orgasmusstörung, Störung des sexuellen Interesses bzw. der Erregung bei der Frau (Fehlen oder Verminderung), Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörung, Störung mit verminderter sexuellen Appetenz beim Mann vorzeitige (frühe) Ejakulation, Substanz-/Medikamenten induzierte sexuelle Funktionsstörung und andere näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung.

Merke:

In der ICD-11 erfolgt die Einordnung unter Impulskontrollstörungen. In das DSM-5 wurde die Störung nicht aufgenommen (Kafka, 2009).

5 Behandlung

5.1 Grundlagen

5.1.1 Vermeidung und Abwehr

Jedwedes Verhalten und Denken kann Ausdruck eines Abwehrprozesses sein. Das charakteristische **Vermeidungsverhalten** bezieht sich auf die äußere Oberfläche und die **Abwehr** auf die inneren Prozesse. Die Abwehr begrenzt das Handeln durch Rückgriff auf unangepasste Bewältigungsmuster. Sie kann als bewusste oder unbewusste Selbst- und Fremdtäuschung auftreten (Bense, 1981: S. 182 ff.).

Das Phänomen **Sucht** selbst kann als Abwehr aufgefasst werden. Süchtiges Handeln erfüllt eine **Schutzfunktion** gegenüber unerträglichen Belastungen und kann als passiv-hilfloser Kompensationsversuch der damit einhergehenden Selbstwertminderung angesehen werden. Eine Form resignativer Abkehr von der gesellschaftlichen Realität und Technik der Konfliktvermeidung. Süchtige sprechen sich damit die eigene Fähigkeit ab, ihrer Lebenslage aktiv zu verändern. Die Fortsetzung süchtigen Handelns trotz schwerer Nachteile geschieht nicht nur, weil Süchtige ihre Aktivitäten nur eingeschränkt kontrollieren können, sondern da sie lange Zeit genug Gründe zur Fortsetzung haben. Dies gilt im Besonderen, wenn sie in einem suchtfreien Leben subjektiv mehr Leid erleben als ohne ihre Sucht (Schmieder, 1992: S. 118).

Die **Selbsttäuschung** bezieht sich auf positive Überzeugungen über das Selbst, die der Realität widersprechen. Die innere Abwehr als ein bestimmendes Merkmal von Süchten stellt angesichts der gravierenden suchtbedingten Nachteile eine Selbsttäuschung dar. Dabei kann es sein, dass den Betroffenen weder die eingetretenen negativen Folgen noch deren Abwehr bewusst sind. Süchtige glauben gleichzeitig, dass sie ihr süchtiges Handeln kontrollieren und nicht kontrollieren können. Für beides können sie Beispiele benennen, die diese widersprechenden Überzeugungen belegen. Dennoch können Süchtige zumindest ahnen, dass ihre selbsttäuschenden Ansichten und Äußerungen falsch sein könnten (Pickard, 2016).

Die Sozialpsychologie geht von einem generellen **Motiv der Selbstaufwertung** aus, d. h. der menschlichen Neigung, positive Selbstbewertungen zu erhöhen und negative Informationen über sich zu vermeiden. Danach verhalten wir uns wie ein „**intuitiver Rechtsanwalt**“: Im ersten Schritt sammeln wir Beweise, die für etwas Positives an uns selbst sprechen, danach erfolgen Neubewertungen von Informationen, die für das Selbst bedrohlich sind und schließlich verbinden wir alles zu einer passenden Erklärung, die uns gut aussehen lässt. Diese Selbsttäuschung vollzieht sich als zielgerichtete **selektive Aufmerksamkeit**: Aufgrund der beschränkten Kapazität, mehrere sensorische und kognitive Informationen gleichzeitig zu verarbeiten (sogenannte Flaschenhälse), besteht ein schrittweiser Auswahlprozess, in dem sich die Aufmerksamkeit auf relevante sensorische Reize und Kognitionen konzentriert. Nichtrelevantes wird abgedämpft, jedoch nicht völlig herausgefiltert. Die selbsttäuschende Aufmerksamkeit Süchtiger stellt eine ganz normale, aufrichtige Überzeugung dar, da die Betroffenen widersprüchliche Informationen nur teilweise verarbeitet haben (Levy, 2003; Morf & Koole, 2014: S. 167 ff.; Anderson, 2013: S. 53 - 74).

Die Wurzeln der suchtspezifischen Selbsttäuschung liegen in dem Ausschluss süchtiger Personen aus der Gemeinschaft und damit verbundener **Diskriminierungen**. Das damit einhergehende Image süchtiger Personen wird durch die Bildung von **Stereotypen** bestimmt. Süchtige werden einer sozialen Kategorie mit charakteristischen Merkmalen zugeordnet, die unsere Urteile über sie bestimmen. Es erfolgt keine mentale Weiterverarbeitung dieser ersten, automatisierten Kategorisierung aufgrund differenzierterer Einstellungen des Betrachters. Bezogen auf den allgegenwärtig verbreiteten Alkoholkonsum besitzt das negative **Bild über willenlose, heruntergekommene Trunksüchtige** eine **Abgrenzungsfunktion** für die „normal“ Trinkenden. Der Wunsch süchtiger Personen als „normale“ Mitglieder der Gemeinschaft anerkannt zu werden, kann dazu führen, dass sie dieses Stereotyp teilen, um ihr Selbstbild als nichtsüchtige KonsumentInnen aufrecht zu erhalten (Schultz, 1976: S. 150).

Die **Fremdtäuschung** der sozialen Bezugspersonen durch Süchtige schließen ebenfalls unbewusste, aber auch bewusste Handlungsweisen ein:

Dies umfasst **bewusste Täuschungsmanöver** bei der Anlage raffinierter Alkoholverstecke, Rezeptfälschungen zur Erlangung von Opioiden, erfundener Geschichten bei der Geldbeschaffung zum Glücksspielen, Suche nach heimlichen Essgelegenheiten und Lügengebäude zur Rechtfertigung häufiger Abwesenheit sexuell Süchtiger. Durch **Selbstdarstellungstechniken** vermitteln süchtige Personen ein positives Bild an ihre Mitmenschen. So gibt es unterhaltsame AlkoholikerInnen, immer leistungsbereite Medikamentensüchtige, großzügige Glücksspielsüchtige, nur kleine Portionen speisende Esssüchtige und den Sexuell Süchtigen, mit der Fassade treuer Ehebündnisse und einer vorbildlichen Elternrolle (Levy, 2003; Twerski, 1997: S. 41).

Eine Fülle suchtypischer **unbewusster Abwehrformen** bestimmen den Umgang von Süchtigen mit ihrem sozialen Umfeld. Das **Bagatellisieren** der täglich nur drei Bier (im Durchschnitt sind es sechs Liter) trinkenden **AlkoholikerInnen**, die darauf bestehen, dass sie alles unter Kontrolle haben. Die **Externalisierungen** von **Tabaksüchtigen**, die sich rühmen, allen Gefahren einer geplanten Safareise, insbesondere gegen Schlangenbisse, vorgebeugt zu haben, die nahliegende Gefährdung durch ihr Kettenrauchen während dieser Reisevorbereitungen jedoch ignorieren. Die **Wortgewandtheit** mit dem **Kokainisten** und die **Gesten der Überlegenheit** mit denen **Glücksspielsüchtige** ihre Umgebung beeindrucken, die **ins Fitnessstudio strebenden** übergewichtigen Esssüchtigen und die immer zur Ableistung von **Überstunden bereiten** Sexuell Süchtigen, die sich so geheime Freiräume ermöglichen.

5.1.1.2 Erhebung der Anamnese (Kfz-Brief) **Arbeitsblatt**

Diese Einzel- oder Gruppensitzung „Kraftfahrzeugbrief“ (Petry, 1996: S. 66 f.) zielt auf eine Beschreibung des symptomatischen Verhaltens, d. h. der Art bevorzugter Rauschmittel bzw. rauschspezifischer Aktivitäten, aktuellen Häufigkeit und Intensität des Verhaltens und der Entwicklungsgeschichte. Der therapeutische Ansatzpunkt besteht in einer **Analogiebildung**, die im Sinne des **epischen Theaters** (Brecht, 1968) und des **strategemischen Ansatzes** (Senger, 2000, Bd. 1 u. 2) zu einem fruchtbaren Verfremdungseffekt (Brecht, 1968b; Eigler 1999) führen soll. Ausgangspunkt ist das Strategem „Den Kaiser täuschen und das Meer überqueren“ (Senger, 2000, Bd. 1: S. 37 ff.). Die TeilnehmerInnen werden zunächst ablenkend in die Welt der Technik geführt (Kfz), danach erfolgt die Übertragung in die menschliche Problematik der Süchte. In dem Prozess beteiligen sich die TherapeutInnen als Schrittmacher mittels **selektiver Selbstoffenbarung**. Dies bedeutet, dass sie authentisch über ihren eigenen Umgang mit Rauschmitteln bzw. rauschrelevanten Aktivitäten Auskunft geben (Dally, 2014: S. 140 ff.; Elsaesser, 1981: S. 71 ff.).

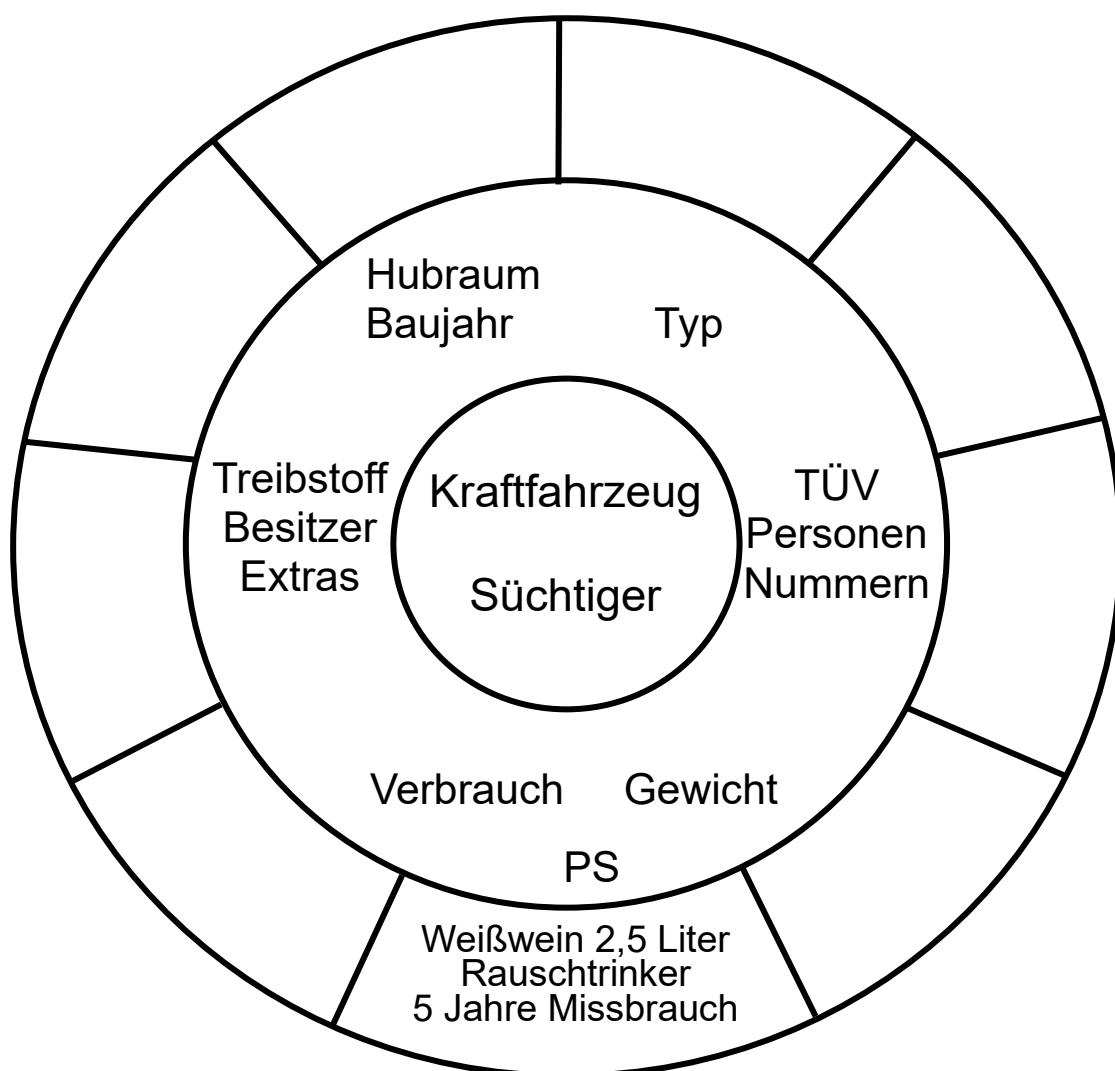


Abbildung: Die Metapher des Kraftfahrzeugbriefes (Petry, 1969: S. 68).

5.1.2 Ein heuristisches Modell der Indikation zur Trinkreduktion

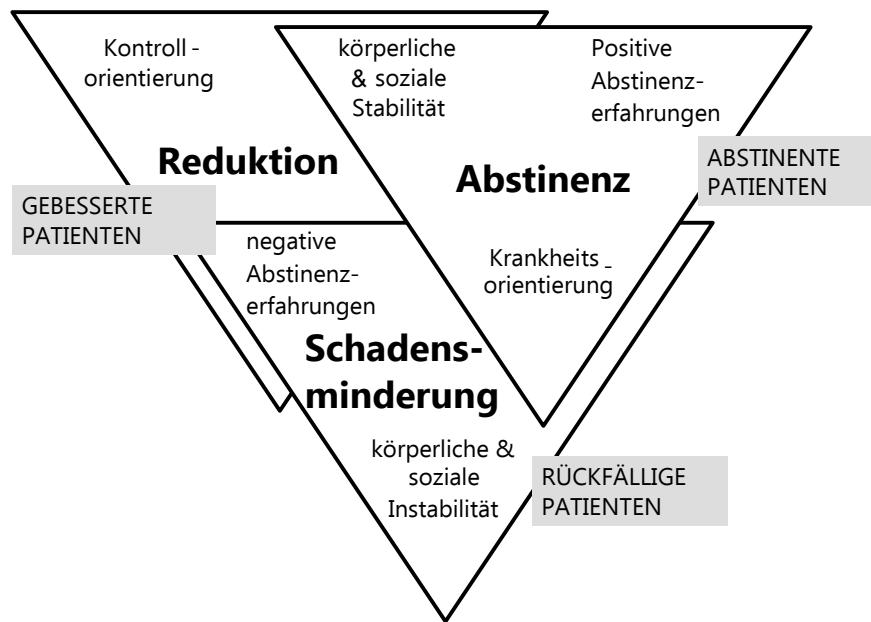


Abbildung: Faktoren, die mit Trinkreduktion, Abstinenz oder Rückfälligkeit korrespondieren (Elal-Lawrence et al., 1986: p. 45).

Bei der Interpretation des Modells (Elal-Lawrence et al., 1986) ist zu berücksichtigen, dass der Begriff „**problem drinker**“ (Sobell & Sobell, 1993) am ehesten dem entspricht, was im deutschsprachigen Bereich als „problematischer Alkoholkonsum“ bezeichnet wird. Wobei in der angelsächsischen Literatur auf dem Hintergrund der Besonderheiten des Versorgungssystems nicht so stark zwischen „**problem drinker**“ und „**alcoholics**“ wie im deutschsprachigen Bereich unterschieden wird.

Nach Untersuchungen zum Selbstausstieg aus der Sucht zeigen Personen, die ohne Hilfe ihre Problematik durch Trinkreduktion überwinden, eine **geringere Schwere der Suchtproblematik** (Smart, 2006: S. 94 f.; Bischof et al. 2021). Zusammengenommen ist anzunehmen, dass die Gruppe der „gebesserte PatientInnen“ aus problembehafteten AlkoholikerInnen mit einer geringer ausgeprägten Suchtsymptomatik besteht. Für diese Untergruppe besteht die **Indikation zur Trinkreduktion**.

Die Schwierigkeit besteht allerdings darin, dass es klinisch nicht einfach ist, zwischen problematischem und süchtigem Alkoholkonsum zu unterscheiden (Hansen & Emrick, 1983). Im deutschsprachigen Bereich gibt es validierte **Screening-Instrumente** zu dieser Differenzierung zum Alkoholkonsum (Richter et al., 1994) bzw. Alkohol- und Medikamentenkonsum (Schuhler & Baumeister, 1999: S. 24 ff.).

5.1.2.1 Narrative Arbeit bei problematischem Alkoholkonsum

Geschichten ermöglichen Vergleiche, die PatientInnen verstärkt veranlassen, nach eigenen Problemlösungen zu suchen (Schuhler, 2007; Hammel, 2009: S.14).

Ein Vertreter für Elektrogeräte war beruflich viel unterwegs und musste deshalb häufig in Hotels übernachten. Eines Tages war er schon vier Tage von zu Hause weg, hatte bereits Kunden in drei verschiedenen Städten besucht. Er übernachtete nun in einem fremden Hotel, genau wie an den vorangegangenen Tagen. Der Tag verlief für ihn nicht sehr erfolgreich und alles hing nun von einem wichtigen Gespräch am nächsten Morgen ab. Der Vertreter hatte zu Abend gegessen, war ein wenig in der fremden Stadt herumgelaufen und hatte nun wieder etwas unschlüssig sein Hotelzimmer erreicht. Zum Schlafengehen war es noch viel zu früh, andererseits wusste er aber auch nicht, was er noch mit seiner Zeit anfangen sollte. Lange Telefongespräche nach Hause waren nicht möglich wegen der Kosten. Ihm war etwas einsam zumute und er spürte das Bedürfnis nach einem Menschen, der für ihn da war und ihm zuhörte. Vielleicht würde es sogar einfach genügen, dachte er, wenn er mit jemandem etwas plaudern könnte. Aber er saß nun einmal in dieser fremden Stadt, in dem anonymen Hotelzimmer und niemand war für ihn da.

Schließlich hatte er eine Idee: Er ließ sich ein heißes Bad einlaufen und schenkte sich aus der Zimmerbar einen Whisky ein. Er stieg in die dampfende Badewanne und trank dabei den Whisky, der ihm warm die Kehle hinunterrann. Als ob man innen ein Licht anzündet und alles hell und warm wird - so empfand er den Alkohol. Ein zweiter Schluck vertiefte das Gefühl von Entspannung und Wohlbefinden. Ihm wurde warm, er streckte sich wohlig, der Alkohol tat seine Wirkung. Zusammen mit dem heißen, dampfenden Bad wurde die entspannende Wirkung des Alkohols noch verstärkt. Das Einsamkeitsgefühl verflog, das schwierige Gespräch morgen glaubte er, lässig bestehen zu können. Der Alkohol machte aus einer kalten und nichtssagenden Umwelt, die zudem noch mit Misserfolg drohte, im Handumdrehen eine warme und angenehme Atmosphäre. Das Suchtmittel gaukelte auf künstlichem Weg Entspannung vor. Der Vertreter erinnerte sich das nächste Mal daran, als er sich einsam fühlte, unverstanden oder als er vor einem schwierigen Verkaufsgespräch Angst hatte. Am Anfang half ihm der Alkohol nur beim Abschalten und beim Einschlafen, später trank er den Alkohol auch direkt vor besonders wichtigen Abschlüssen, weil er glaubte, dann sicherer und überzeugender sprechen zu können. Auf der nächsten Stufe brauchte er den Alkohol, um überhaupt seinen Alltag zu überstehen. Sein geschäftlicher Erfolg, sein Einkommen, sein Selbstwertgefühl wurde immer stärker mit dem Alkohol verbunden... (Schuhler, 2007: S. 66).

Tabelle: Ergebnisse der Ein-Jahres-Katamnese (Schuhler & Baumeister, 1999: S. 119 f.).

Trinkverhalten	Erfolgreiche (kein Wirkungstrinken)	Nicht-Erfolgreiche
Nie bis 1 x wöchentlich	83,3 %	16,6 %
2 x wöchentlich. bis täglich	16,7 %	83,4 %
Mittlere Trinkmenge	Frauen 4,3 g Männer 9,4 g	Frauen 25,6 g Männer 70,4 g

Bei PatientInnen, die einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, kann das **Prinzip der Punktabstinenz** angewandt werden. Dies bedeutet, dass ein Verzicht auf Alkohol begrenzt auf spezifische Situationen erfolgt. Dazu können Narrative ausgewählt werden, die auf die jeweilige **individuelle Funktionalität** hinweisen. Nur für diese Situationen wird Punktabstinenz vereinbart und es werden alternative Kompetenzen trainiert, um solche Risikosituationen künftig ohne Alkoholkonsum bewältigen zu können. In allen anderen Lebenssituation kann Alkohol weiter getrunken werden, womit eine Außenseiterrolle vermieden werden kann.

Bei einem problematischen Konsum von psychoaktiven **Medikamenten** (insbesondere Schlaf- und Beruhigungsmittel) oder beim Vorliegen einer **Alkoholsucht** wird das **Abstinenzprinzip**, also der durchgehende, dauerhafte Verzicht, angewandt.

5.1.3 Mehrfachsüchte und Funktionalität

Funktionale Beziehungen am Beispiel von PTBS, Bulimie und Sucht:

Die häufigen psychischen Störungen bei behandelten Suchtkranken führen zu zirkulären Verursachungs- und Wirkungsgefügen, die sich gegenseitig aufschaukeln können (Vogelgesang, 2016). Dies erfordert die **gleichzeitige Behandlung** der Sucht und ihrer begleitenden psychischen Störungen.

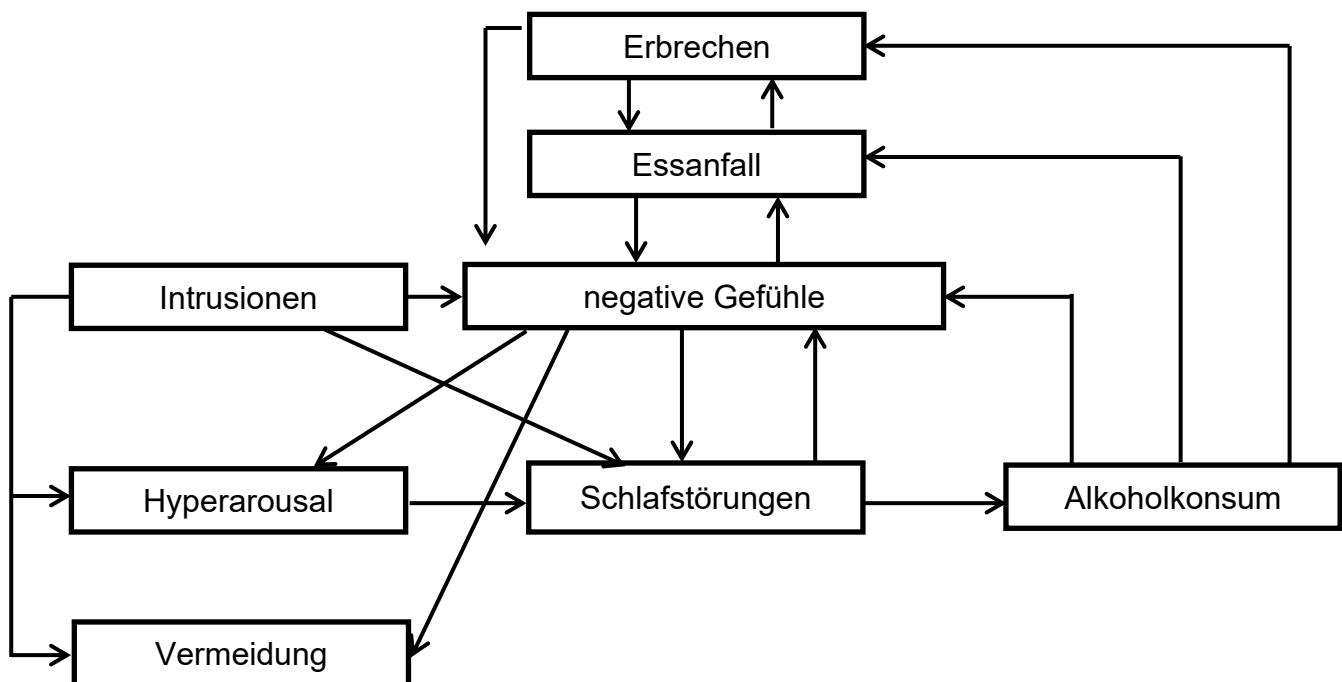


Abbildung: Interdependenzen bei gleichzeitiger bestehender Posttraumatischer Belastungsstörung, Bulimie und Sucht (Vogelgesang, 2016: S. 244).

Mehrfachsüchte am Beispiel der gleichzeitigen Tabaksucht:

Mehrfachsüchte gehen mit einem größeren Störungsgrad und mit schlechteren Behandlungserfolgen einher. Beim Vorliegen mehrerer Süchte sollte deshalb eine **bestehende Tabaksucht gleichzeitig behandelt** werden. Die **Überwindung der Tabaksucht hat einen durchgehend positiven Einfluss auf die gleichzeitige Behandlung bestehender anderer Süchte** (vgl. Kapitel 3.2.2).

5.1.4 Entscheidungsbildung und Dezentrierung

Das Krankheitsmodell beinhaltet ein **Kontrollparadoxon** (Marlatt & Gordon, 1985: p. 7), da es einen organisch bedingten Kontrollverlust postuliert, gleichzeitig aber als einzige Lösungsmöglichkeit die Entscheidung zur lebenslangen Abstinenz fordert. Entscheidungstheoretische und verhaltensökonomische Ansätze (Vuchinich & Heather, 2003; Heyman, 2009) betonen dagegen die bei Suchtkranken vorhandene **Wahlfreiheit** zwischen Fortsetzung und Einstellung des Suchtverhaltens als Ausgangspunkt.

Die Sichtweise eines Süchtigen:

All things considered, I prefer my life as a drinker (smoker/heroin user/gambler/tranquilliser user/crack user) because it is better than my life would be if I stopped. This is because it gives me pleasure (makes me feel better/is part of who I am/helps me to cope with life/helps me do things I need to do). I realise that it is doing me harm (might do me harm in the future/is doing harm to people I care about/may make people I care about unhappy). But for me the benefits outweigh the costs. This may change if my situation changes so that, for example, it becomes clear that what was once just a possibility of harm (such as getting heart disease) becomes more likely. On the other hand, I know that my activity is causing problems for myself/is causing problems for other people/ is viewed as morally wrong) so it serves me to present the activity as being outside my control. (West, 2010: p. 30).

Die nach Piaget (1978) bezeichnete **Dezentrierung** beinhaltet die Überwindung des kindlichen Egozentrismus. In diesem Prozess entsteht die soziale Fähigkeit, zu erkennen, dass sich Sachverhalte aus der Perspektive einer anderen Person anders darstellen. Der „Drei-Berge-Versuch“ belegt dies für vierjährige Kinder: Einem Kind wird zunächst Präsentieren ein Modell mit drei Bergen präsentiert, die sich deutlich unterscheiden. Wenn sie das Kind vor das Modell in einer bestimmte Position setzen und seine Ansicht bestimmen lassen, die es von den drei Bergen hat, dann wird das Kind vermutlich diese Aufgabe bewältigen und aus mehreren Zeichnungen diejenige auswählen, die seiner Sicht entspricht. Wenn sie das Kind fragen, wie die Berge aus der Sicht eines Betrachters aussehen, der in einer anderen Position sitzt, wird die Mehrzahl die eigene Ansicht der drei Berge auswählen

Jaeggi (1979) sieht in der Förderung eines **Perspektivwechsels**, insbesondere des „sich selbst mit den Augen anderer zu betrachten“ einen zentralen Bestandteil des **Therapieprozesses**: *Die durch die Dezentrierung erweiterte Selbsterkenntnis in Hinblick auf ein größeres Repertoire möglicher „Ursachen“ der eigenen psychischen Störung erschließt wiederum neue Vorstellungen davon, dass auch neue Handlungsformen ausprobiert werden können.* (a.a.O.: S. 117). Die Autorin bezieht sich auf den **Beobachter-Akteur-Effekt** (Jones & Nisbett, 1972), wonach Akteure eher äußere Umstände und Beobachter eher innere Merkmale als Ursachen wahrnehmen. Jaeggi sieht das perspektiverweiternde Schwanken zwischen Akteur- und Beobachtersicht als wichtigen Effekt der therapeutischen Situation, da die über sich berichtenden PatientInnen immer wieder auch die Beobachterrolle einnehmen.

5.1.5 Kognitives Modell der Sucht

Der Kern des Problems von SuchtpatientInnen ist nach (Beck, 1997; Newman, 2021) ein Komplex von suchtspezifischen Gedanken, die mit dysfunktionalen Grundannahmen zusammenhängen. Diese Grundannahmen können z.B. sein: „Ich bin hilflos“, „Ich werde nicht geliebt“ oder „Ich bin so schwach“. Aktiviert durch Stressoren erzeugen diese Grundannahmen Angst, Dysphorie oder Ärger. Diese stress- oder suchtspezifischen Auslösersituationen führen nicht direkt zum Verlangen, sondern aktivieren suchtspezifische automatische Gedanken, die das Verlangen verstärken.

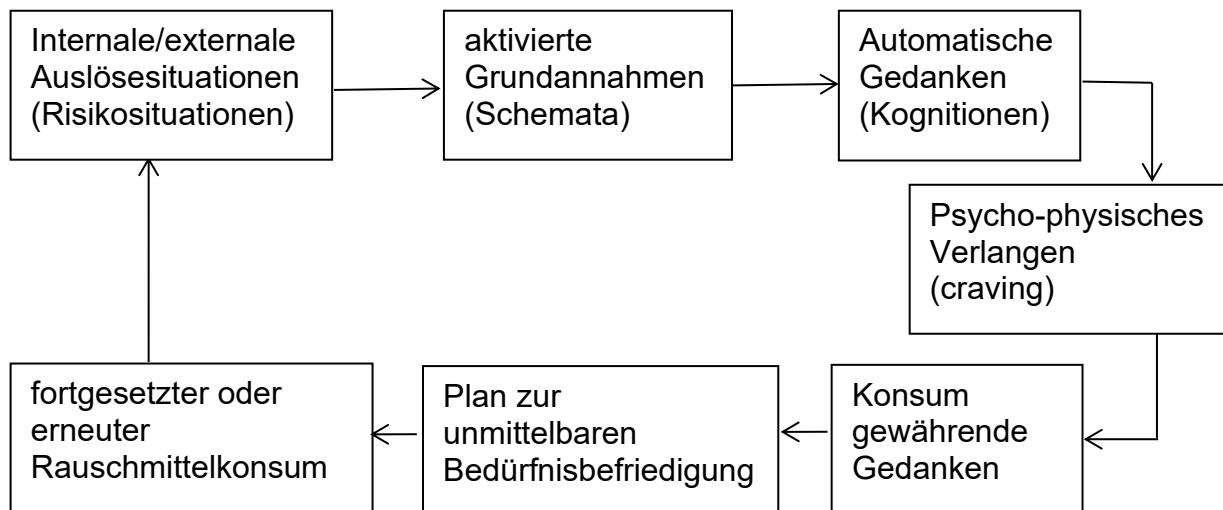


Abbildung: Kognitives Modell der Sucht (in Anlehnung an Beck, 1997: S. 51).

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Süchten besteht eine komplexe Interaktion unbewusster (impliziter) und bewusster (expliziter) Prozess. Die impliziten Prozesse umfassen die erhöhte Aufmerksamkeit für rauschmittelbezogene Anreize (cue-reactivity) und individuelle Verzerrungen der Informationsverarbeitung durch unbewusste Heuristiken, Attributionen, Bewertungen und Schemata. Die expliziten Prozesse beinhalten metakognitive Prozesse der bewussten Aufmerksamkeit und Steuerung eigener Gedankengänge und der Entscheidungsbildung und exekutive Funktionen zur Planung, Durchführung und Überwachung. Süchte werden in diesem Modell als Ungleichgewicht zwischen den beiden Systemen interpretiert: *... die fehlende Kontrolle über den Substanzkonsum kann als ein Ungleichgewicht zwischen dem impliziten und dem expliziten System betrachtet werden, bei dem die expliziten Prozesse zur Selbstregulierung nicht in der Lage sind, die dranghafte Reaktion zu kontrollieren* (Copersino, 2017: S. 4).

Metakognitive Verfahren, wie Achtsamkeits- und Aufmerksamkeitstraining bei Süchten finden sich bei Williams u. Kraft (2022) und Schnell (2024).

5.1.5.1 Suchttypische Irrationale Einstellungen **Arbeitsblatt**

Beispielsweise wird dem Rauschmittel **Tabak** typischerweise eine stressreduzierende Funktion zugeschrieben: „*Rauchen baut Stress ab.*“

Das Gegenteil ist der Fall: Die Halbwertzeit des Nikotinabbaus sinkt bei Rauchern von zwei Stunden auf 30 Minuten (Toleranzentwicklung mit Dosissteigerung). Entsprechend schnell stellen sich Entzugserscheinungen (Unruhe, Reizbarkeit etc.) ein. Die zwischenzeitliche Linderung des Entzugs durch rasche Nikotinzufuhr beim Rauchen wird als Stressreduktion interpretiert. Eine wirkliche Stressreduzierung erlebt der Raucher aber erst, wenn er seinen Konsum dauerhaft einstellt. Bereits nach 20 Minuten sinken Puls und Blutdruck, kalte Hände und Füße erreichen wieder Normaltemperatur. Langfristig kann Tabakabstinenz auch eine antidepressive Wirkung haben.

Formulieren Sie bitte **typische Irrationale Einstellungen** für verschiedene Rauschmittel!

Verzerrte Wahrnehmung eigener Kompetenzen unter Rauschmitteleinfluss am Beispiel des **Kokains**:

Zwanghafte Kopplung des Konsums mit Körperempfindungen oder Gefühlszustände am Beispiel von **Beruhigungstabletten**:

Wahrnehmung des Rauschmittelkonsums als Teil des Selbstbildes und der Möglichkeit zur Selbstdarstellung am Beispiel des **Alkohols**:

Legitimation des Rauschmittelkonsums durch Abgrenzung von der bürgerlichen Welt am Beispiel des **Cannabis**:

Verherrlichung der Rauschmittelwirkungen am Beispiel des **Heroins**:

Suchttypische irrationale Einstellungen in Anlehnung an Schippers (1982).

5.1.6 TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung

Wenn sie dir zu nahe kommen... (Elsaesser, 1981).

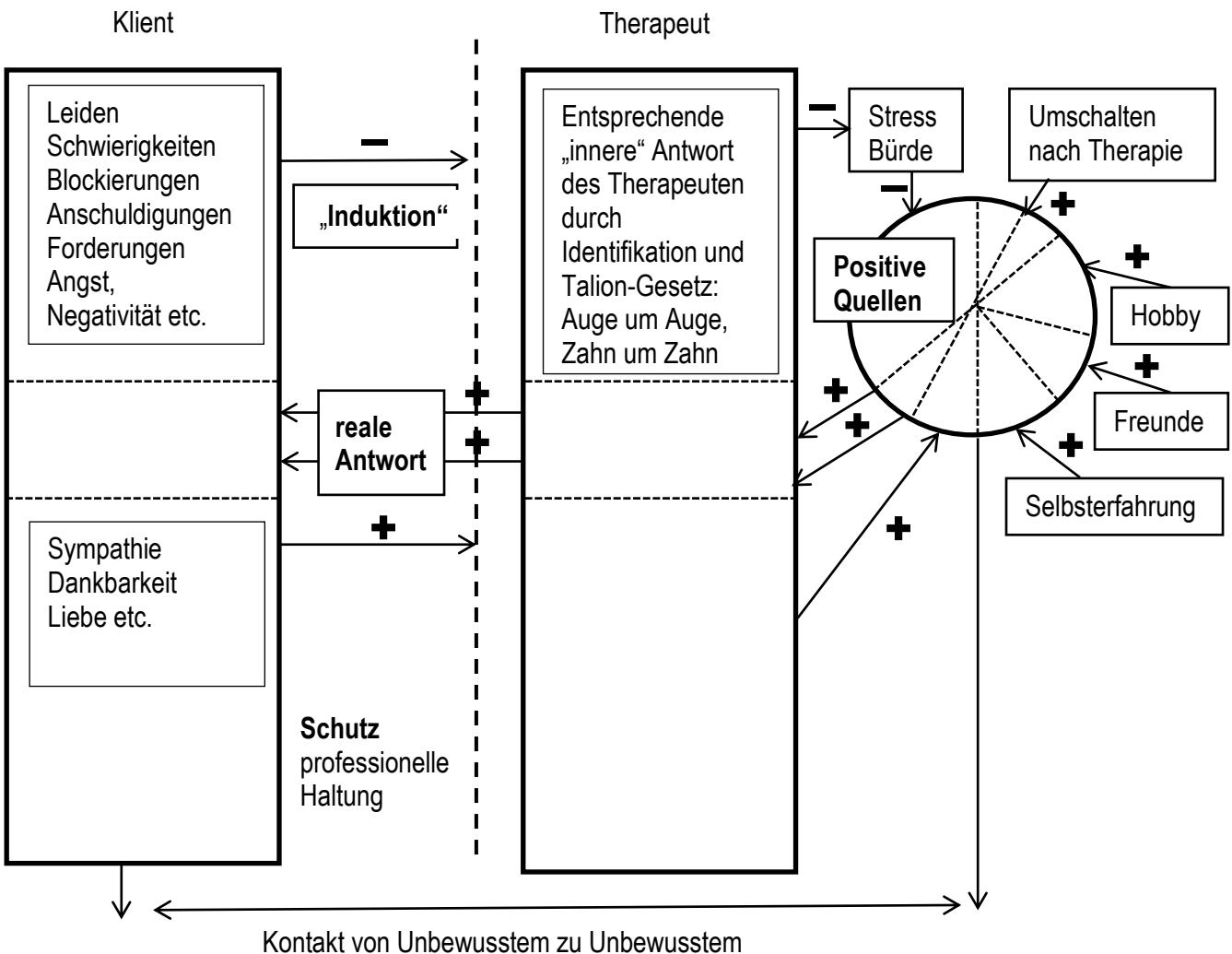


Abbildung: Die „seelische Ökonomie des Therapeuten“ (Elsaesser, 1981: S. 118).

*Ihr gesamtes **Berufsleben** lang beschäftigen sie sich mit dem **Innenleben** ihrer PatientInnen, erfahren deren Nöte und Sorgen und müssen ihre eigenen Gefühle und Regungen hintanstellen. Sie kennen das Übermüdetsein, Lustlosigkeit und die Erfahrungen des Sich-Überfordert-Fühlens. Schlimm ist das Wissen um therapeutische Misserfolge, das an fast allen Psychotherapeuten nagt. Unsicherheiten und Selbstzweifel sind weit verbreitet. (Klappentext: Jaeggi, 2002).*

In der TherapeutInnen-KlientInnen Beziehung kann es zu **Therapieeinbrüchen** im therapeutischen Arbeitsbündnis kommen. Dies äußert sich in Kritik, Aggressionen, indirektem Ausdruck von negativen Gefühlen oder Rückzug. TherapeutInnen können diese „Einbrüche“ thematisieren und versuchen, diese empathisch zu klären (Safran & Muran, 2000). Eine Möglichkeit besteht darin, die TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung mit dem Modell von Elsaesser (1981) transparent zu machen.

5.1.7 Co-Abhängigkeitskonzept und Angehörigentraining

Das in den 1950er Jahren in den Vereinigten Staaten in der Selbsthilfebewegung entstandene Co-Abhängigkeits-Konzept wurde in Deutschland in den 1970er bis 1980er Jahren, insbesondere durch populärwissenschaftliche und Ratgeberliteratur, bekannt (Burr, 1982; Schaeff, 1989; Hörauf, W., 2016). Das Konzept thematisiert vor allem die Situation von betroffenen Frauen. Der Ansatz ist in der Selbsthilfebewegung noch weit verbreitet.

Das **Co-Abhängigkeits-Konzept** besagt im Kern, dass Angehörige von suchtkranken Menschen die Sucht des Betroffenen unterstützen und fördern, sodass eine zusätzliche beiderseitige Abhängigkeit entsteht. Hiervon würden die Angehörigen profitieren, indem sie durch die Verantwortungsübernahme für das Leben des Partners eigene Defizite überdecken können. Die grundsätzliche **Kritik** richtet sich gegen das damit verbundene Rollenverständnis von betroffenen Frauen (Werner, 1994; Bätschi-Waldvogel, 1995) und dagegen, dass die sozialen Lebensbedingungen von Frauen nicht ausreichend berücksichtigt werden (Uhl & Puhm, 2007).

Die zugrundeliegende Hypothese einer **gestörten Persönlichkeit**, wonach bestimmte Frauentypen, wie „Suffering Susan“, „Controlling Catherine“, „Wavering Winnifred“ und „Punitive Polly“ (Whalen, 1953) ihre persönliche Pathologie durch die Partnerwahl kompensatorisch ausleben, kann als empirisch widerlegt angesehen werden (Klein & Bischof, 2013). Es wird inzwischen ein **Stressmodell** (Schmieder, 1992: S. 107 ff.) vertreten, wonach zwar dysfunktionale Verhaltensweisen (Verleugnung) und untaugliche Kontrollversuche auftreten, diese aber als natürliche Reaktionen auf die extremen Belastungen durch die familiäre Sucht zu verstehen sind. Wenn ihre PartnerInnen die Sucht überwinden, gehen diese Reaktionsweisen entsprechend zurück. Es kann allerdings auch zu dauerhaften psychischen Problematiken bei Angehörigen von Süchtigen kommen (Flassbeck, 2916).

Community Reinforcement and Family Training (CRAFT):

In der **professionellen Behandlung** liegt mit dem systemisch-verhaltenstherapeutischen Ansatz von Meyers und Smith (1995, 2007) eine Alternative vor. Das gemeindeorientierte Vorgehen verbindet psychosoziale, motivationale, klassisch verhaltenstherapeutische und medikamentöse Interventionen bei Süchtigen. Ziel ist die indirekte Motivierung der süchtigen Person zur Behandlung. Dazu erfolgt ein therapeutisches Angebot an nahe Angehörige zum Umgang mit der familiären Suchtproblematik. Der Ansatz erweist sich in Kontrollgruppenstudien im Vergleich zu konfrontativen Strategien und dem Selbsthilfearnsatz zur Co-Abhängigkeit als effektiver.

Module des Ansatzes:

- Motivierung des Angehörigen
- Funktionale Analyse des Suchtverhaltens der Indexperson durch den Angehörigen
- Strategien gegen Gewalt für den Angehörigen
- Kommunikationstraining des Angehörigen
- Positive Verstärkung nichtsubstanzbezogenen Verhaltens der Indexperson
- Negative Verstärkung des substanzbezogenen Verhaltens der Indexperson
- Verbesserung der Lebensqualität des Angehörigen
- Behandlungsangebote an die Indexperson

5.1.8 Bibliotherapie

- Agejew, M. (1986). Roman mit Kokain. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Cheever, S. (2008). Desire: where sex meets addiction. New York, NY: Simon & Schuster.
- Fallada, H. (2011). Sachlicher Bericht über das Glück, ein Morphinist zu sein. Berlin: Aufbau Verlag.
- Gordon, B. (1983²). Ich tanze so schnell Ich kann. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Grigorjewna, A. (1985). Dostojewskaia Tagebücher. Königstein/Ts.: Athenäum.
- Hansch, W. (2021). Einmal Hölle und zurück: „Mein brutaler Absturz in die Spielsucht.“ Wiesbaden: Titus.
- Jamison, L. (2018). Die Klarheit: Alkohol, Rausch und die Geschichte der Genesung. Berlin: Carl Hanser.
- Lamb, W. (2002). Die Musik der Wale. München: Heyne Taschenbuch.
- London, J. (1992¹⁵). König Alkohol. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Monchi (2022). Niemals satt: Über den Hunger aufs Leben und 182 Kilo auf der Waage. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Selby, H. (1984). Der Dämon. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Svevo, I. (2004¹¹). Zeno Cosini. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Walker, N. (2019). Cherry. München: Wilhelm Heyne.
- Zweig, S. (1983²). Vierundzwanzig Stunden aus dem Leben einer Frau. Frankfurt/M.: Fischer Verlag.

Sekundärliteratur:

- Keyserlingk von, H. (2004). Liebe – Leben - Alkohol: Suchterkrankungen im Spiegel der deutschen Literatur. Lengerich: Pabst.
- Schneider, K. D.; Schlotter, H.; Pfisterer, M. & Busch-Schneider, G. (1988). Rauschmittel und Sucht in Romanen und Jugendbüchern. Stuttgart: Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg.
- Tauss, M. (2005). Rausch, Kultur, Geschichte: Rauschmittel in literarischen Texten nach 1945. Innsbruck: Studienverlag.
- Tretter, F.; Lehmann, A.; Aurin, O.; Merfert-Diete, C. & Schneider, K. (1989). Sucht und Literatur: Bücher und Texte für Prävention und Therapie. Freiburg i. Br.: Lambertus.

5.2 Motivation und Volition

5.2.1 Verschluckt

In dieser Sitzung (Petry, 1985: S. 57 ff.) wird der Weg des Alkohols durch den Körper nachvollzogen, um die Aufnahme, Verteilung und den Abbau des Alkohols im Körper sowie seine akuten Auswirkungen auf zentrale und periphere Funktionen kennenzulernen. In Form eines Rollenspiels wird in Anlehnung an den Science-Fiction-Film „Die phantastische Reise“ (R. Fleischer: Fantastic Voyage. USA, 1966) eine Reise durch den Körper als ein Alkoholmolekül unternommen.

Zunächst muss eine größere Fläche im Gruppenraum von Tischen und Stühlen freigeräumt werden, so dass sich die Gruppe im Kreis aufstellen kann und noch ausreichend Bewegungsspielraum besteht. Es wird ein Molekülstrukturmodell des Äthylalkohols aus den Einzelatomen zusammengebaut (Wie lautet die chemische Formel für Äthylalkohol?). Dabei lässt sich bei Vorgabe der Einzelteile bildhaft ein Vergleich mit einem Hund bilden, dessen Beine und Schwanz durch die fünf Wasserstoffverbindungen (H) und der Hals, Kopf mit seiner Schnauze (OH-Gruppe) mit dem Rumpf aus den beiden Kohlenstoffatomen (C) verbunden sind. Das Alkoholmolekül lässt sich schnell in ein Äthanmolekül umbauen, das mit keiner Rauschwirkung verbunden ist, und in den ähnlich berauschenden Methylalkohol, der aber eine sehr gravierende Nebenwirkung hat (welche ist das?). Die Gruppenmitglieder werden gebeten, sich vorzustellen, dass sie selbst ein solches Alkoholmolekül seien, das sich den Weg durch den Körper eines Konsumenten bzw. einer Konsumentin sucht.

Als erstes bewegen sich die Gruppenmitglieder frei im Raum, da sie sich zusammen mit Wassermolekülen in einem Schnapsglas befinden. Nachdem der Konsument / die Konsumentin zu trinken begonnen hat, gelangen alle Alkoholmoleküle in den Mund, wo sie sich versammeln, indem sie sich eng zusammenstellen. Das alkoholische Getränk übt nun seinen typischen Geschmack aus (wie schmeckt dagegen reiner Äthylalkohol?) und gelangt bis auf einen geringen Teil, der bereits ins Blut übergeht, unverändert durch die Speiseröhre in den Magen (warum brennt Alkohol beim Trinken?). Hier gelangt ein Anteil (wieviel ist dies in der Regel?) des Alkohols unverändert in die Blutbahn (wann geht dies am schnellsten oder langsamsten?). Ein geringerer Teil des Alkohols wird bereits im Magen abgebaut. Die meisten Alkoholmoleküle werden jedoch weiter durch den Magenpfortner in den Dünndarm transportiert, wo sie fast vollständig ins Blut aufgenommen werden. An dieser Stelle sollte möglichst anschaulich das Prinzip der Diffusion als passivem Konzentrationsausgleich erläutert werden, um das Grundprinzip der Alkoholverteilung im Körper zu erklären. Dazu kann ein mit Wasser gefülltes Gefäß verwendet werden, in das ein Kaffeefilter eingesetzt wird, so dass sich die darüber befindliche Flüssigkeit mit Kaliumpermanganat verfärbt und beobachten lässt, wie die gefärbte Flüssigkeit durch die Poren des Filters ganz nach unten vordringt, dann aber zum Teil wieder aufsteigt, bis eine einheitliche Verfärbung auf beiden Seiten des Filters besteht.

Der Alkohol wird, nachdem das alkoholhaltige Blut im Bauchraum in der Pfortader gesammelt wurde, zunächst in und durch die Leber in der unteren Hohlvene ins Herz geleitet, von wo der Alkohol über den Körperkreislauf in alle Organe gepumpt wird. Dieser Weg wird wiederum im Rollenspiel als Bewegungsablauf nachvollzogen. Ein Teil des Alkohols verlässt bereits unverändert den Körper, da er über die Lunge ausgeatmet (wie nennt man diesen Atemalkohol umgangssprachlich?) oder über die Nieren ausgeschieden wird. Ein geringer Anteil wird auch schon beim ersten Durchlauf in der

Leber abgebaut (wie groß ist insgesamt der Anteil des aufgenommenen Alkohols, der insgesamt keine Wirkung erzielen kann?), Der aufgenommene Blutalkohol (was bedeutet Promille?) wird nach dem bereits veranschaulichten Diffusionsprinzip zu Körperalkohol, indem er aus der Blutbahn in die Flüssigkeit der verschiedenen Körpergewebe und dann in die einzelnen Zellen wandert. Dabei erfolgt eine unterschiedlich starke Konzentration im Körper. Eine schnelle und hohe Alkoholkonzentration erfolgt in den gut durchbluteten und stark wasserhaltigen Organen (wohin gelangt der meiste Alkohol?). Die Liebe des Alkohols zum Wasser liegt daran, dass sich zwischen den OH-Gruppen und den Wassermolekülen eine Brückenverbindung bildet, so dass bei der Mischung von Alkohol und Wasser eine Volumenminderung von fast 4 % erfolgt. Dies lässt sich anschaulich durch die Vermischung von zwei gleich gefüllten Messbechern mit Erbsen und Senfkörnern zeigen. Die eintretende Volumenminderung entsteht, da sich die kleineren Senfkörner in die großen Zwischenräume der Erbsen einfügen.

Nach einer Aufzählung und Beschreibung der verschiedenen zentralen und peripheren Alkoholwirkungen (warum sieht ein Betrunkener alles doppelt?) wird der Abbau und Ausscheidungsvorgang nachvollzogen. Wie bei den anderen Organen auch, gelangen die Alkoholmoleküle in die Leberzellen, wo sie durch Enzyme schrittweise zu Acetaldehyd, Essigsäure und schließlich zu Wasser und Kohlendioxyd abgebaut werden (wer macht dies?). Das dabei entstandene Wasser wird über die Nieren ausgeschieden und das entstandene Kohlendioxyd über die Lungen ausgeatmet. Durch den dadurch sinkenden Blutalkoholgehalt entsteht ein umgekehrtes Konzentrationsgefälle, so dass der Körperalkohol nach und nach ins Blut zurückwandert und so auch immer wieder in die Leber gelangt, wo er weiter abgebaut wird (was schafft die Leber in der Stunde?). Der Alkoholkonsument wird also in der Folge zunehmend nüchtern. Die Gruppenmitglieder erhalten abschließend ein Arbeitsblatt zum Alkoholstoffwechsel.

Weiterführende Literatur:

- Braun, S. (1998). Der alltägliche Kick: Von Alkohol und Koffein (S. 25 - 40). Basel: Birkhäuser.
- Parker, S. (2014). Kompaktatlas menschlicher Körper. München: Dorling Kindersley (amerikanisches Original 2007).
- Schneider, R. (2022²¹) Die Suchtfibel: Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit (S. 58 ff.). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Soyka, M. & Kühner, H. (2008). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit (S. 32 ff.). Stuttgart: Thieme.
- Tretter, F. (1998). Ökologie der Sucht: Das Beziehungsgefüge Mensch – Umwelt – Droge. Göttingen: Hogrefe.

Materialien:

- Ein einfacher Molekülbaukasten (MINIT Molekülbaukasten-System: Wiley-VCH (1973). D-69451 Weinheim: PF 101161.
- Ein Glas mit Wasser, ein Kaffeefilter und Kaliumpermanganat als Färbemittel.
- Drei gläserne Messbecher (einer davon mit doppeltem Volumen), Senfkörner und Erben in gleicher Menge.

5.2.2 Motivierende Gesprächsführung

Waagemodell:

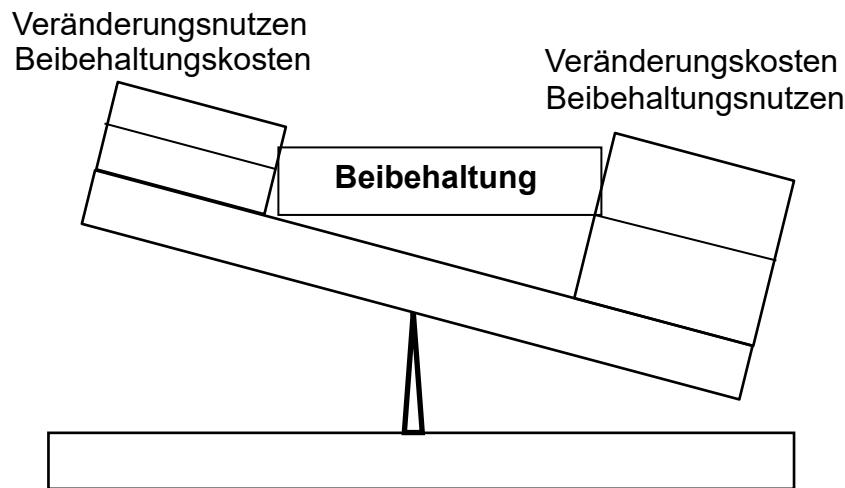


Abbildung: Die Entscheidungswaage (Miller & Rollnick, 1999: S. 53 f.).

FRAMES (Miller, 1998: p. 166):

- Rückmeldung der persönlichen Risiken (Feedback)
- Betonung der Verantwortung für die Veränderung (Responsibility)
- Erteilen von Ratschlägen zur Veränderung (Advice)
- Vorgabe alternativer Entscheidungsmöglichkeiten (Menu)
- Empathische Grundhaltung des Therapeuten (Empathy)
- Förderung der Selbstwirksamkeit (Self-efficacy)

Humanistischer „Geist“:

Partnerschaftlichkeit (collaboration); Entlocken (evocation) und Achtung der Autonomie (honoring autonomy).

Prozesse:

Einladung (engaging); Zielfokussierung (focusing); Hervorrufen (evoking) und Planung (planing)

Methoden:

OARS: Offene Fragen, Wertschätzung, aktives Zuhören und Zusammenfassungen.

DARN: Bestärkung von Äußerung der eigenen Wünsche, Fähigkeiten, Veränderungsgründen und Nöten

Schlüsselfrage zur Einleitung der Veränderung:

CAT: Verpflichtung, Aktivierung und Veränderungsschritte

Literatur: Miller, W. R. & Rollnick, S. (eds.). (1991, 2002², 2013³, 2023⁴). Motivational interviewing. New York: Guilford (Dt. 1999, 2004, 2015, 2025).

5.2.3 Motivierende Beratung

Von Klinger und Cox (2004) wurde ein „**Motivationales Modell des Alkoholkonsums**“ entwickelt, das sich unter Einbeziehung von lerntheoretischen und entscheidungstheoretischen Vorstellungen auf die Motivations- und Willenspsychologie bezieht. Ausgehend von den theoretischen Konstrukten des „Anreizwertes“, also der Bedeutsamkeit von äußereren Anreizen, der „affektiven Veränderungserwartung“, der „Lebensziele“ und den „**aktuellen Anliegen**“, d.h. der inneren Ausrichtung auf selbst auferlegte Ziele, werden die Determinanten der Entscheidung zu trinken oder nicht zu trinken erfasst.

Soziokulturelle, psychische und biologische **Einflussfaktoren** bestimmen den individuellen Lernprozess im Umgang mit dem Alkohol. Im aktuellen Kontext von Situation und emotionaler Befindlichkeit entstehen die Einstellungen und Erwartungen über den Effekt des Alkoholkonsums im Vergleich mit alternativen Befriedigungsmöglichkeiten.

Die **Trinkmotivation** resultiert aus den Erwartungen über den gefühlsregulatorischen Effekt des Alkohols. Der Alkoholkonsum, das problematische Trinken und dessen Überwindung sind mit den Wünschen, Ansprüchen und Zielen aus allen Lebensbereiche verknüpft.

Von Cox und Klinger (2011) wurde die Methode des „**Motivational Counseling**“ entwickelt. Nach dem dargestellten Motivationsmodell des Alkoholkonsums entsteht ein problematischer Alkoholkonsum, wenn dessen positiver Anreiz die vorhandenen alternativen Befriedigungsmöglichkeiten übertrifft. So mögen AlkoholikerInnen über zu wenige oder unrealistische Lebensziele verfügen, die zudem miteinander in Konflikt stehen und gleichzeitig aversiven Lebensumständen ausgesetzt sein, so dass der Alkoholkonsum für sie die attraktivste Befriedigungsquelle darstellt. Auch wenn Betroffene äußere Bedingungen, die sie als nicht kontrollierbar erleben, für ihr Handeln verantwortlich machen, handelt es sich um einen **Willensakt**, dem ein Entscheidungsprozess voraus gegangen ist.

Das **diagnostisch-therapeutische Vorgehen** der motivierenden Beratung versucht, die zugrundeliegenden, oft unbewussten Motive und die Konflikthäufigkeit bestehender Ziele herauszuarbeiten. Zur Erfassung der Beziehungen von bestehenden Lebenszielen und vorhandener Motive zum Alkoholkonsum werden mit Hilfe des deutschsprachigen „**Fragebogens zu gegenwärtigen Anliegen**“ (FGA) alle aktuellen Problematiken der PatientInnen erfasst (Cox et al., 1995: Fragebogen zu Gegenwärtigen Anliegen (FGA). Institut der Universität Münster: unveröffentlichtes Papier).

Dabei werden zunächst alle Interessen, Aktivitäten und Probleme, welche die Betroffenen aktuell beschäftigen, innerhalb von sechzehn vorgegebenen **Lebensbereichen** aufgelistet. Es handelt sich um die Bereiche Familie, Verwandtschaft und Mitbewohner – Freunde – Ehe, Beziehung, Liebe und Sexualität – körperliche Gesundheit – emotionales und seelisches Wohlbefinden – Beschäftigung, Arbeit und Geld – Bildung – Vereine und Organisationen – Religion – Politik – Hobbys und Zeitvertreib – sportliche Aktivitäten und Erholung – Unterhaltung – Urlaub und Reisen – Verbrechen sowie besondere künstlerische und kreative Unternehmungen.

In einem zweiten Schritt werden alle „aktuellen Anliegen“ mit einem **Tätigkeitswort** in Verbindung gebracht, das zum Ausdruck bringen soll, was mit dem gemeinten Sachverhalt

geschehen soll. Dazu werden zwölf Wortklassen als Anregung vorgegeben, die sich darauf beziehen, etwas zu erwerben, zu behalten, wiederherzustellen, gerne zu tun, loszuwerden, zu vermeiden, zu verhindern, zu entrinnen, anzugreifen und etwas über eine angenehme, unangenehme oder neutrale Angelegenheit herauszufinden.

Handelt es sich bei einem Anliegen darum, dass die eigene Katze eine Impfung gegen Tollwut erhalten soll, wird **als „aktuelles Anliegen“ der Satz formuliert**: „Ich möchte, dass meine Katze eine Tollwutimpfung bekommt“. Bezogen auf die aktuelle Beziehung könnte als Anliegen der Wunsch formuliert werden: „Ich möchte, dass meine Partnerschaft wieder so wird, wie sie einmal war.“

Alle „aktuellen Anliegen“ werden unter zehn Aspekten mit **vorgegebenen Skalen** numerisch eingeschätzt. Es handelt sich um die Aktivität bzw. Passivität der eigenen Rolle, die Entschlossenheit bei dem Anstreben des Ziels, die Freude bei der Zielerreichung, das Auftreten negativer Gefühle bei der Zielerreichung, die Enttäuschung, wenn das Ziel nicht erreicht wurde, die subjektiv eingeschätzte Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung, die Erfolgsschancen bei eigenem Nichtstun, die zeitliche Dringlichkeit zum Handeln und die Dauer des Zeitraumes bis zur Zielerreichung.

Anhand von empirischen Vergleichswerten lässt sich daraus ein **klinisches Profil der Motivationsstruktur** bei Süchtigen erstellen. Dieses beschreibt die Anzahl von Anliegen, das Ausmaß der damit verbundenen Vermeidungsmotivation, die Stärke einer vorhandenen Beobachterrolle, die fehlende Entschlossenheit bei der Zielerreichung, die Angemessenheit des angestrebten Ziels, der Anteil von Anliegen, bei denen die Sorgen bei Nichterreichen größer sind als die Befriedigung beim Erreichen, die Anzahl von Anliegen, die mit starken negativen oder positiven Gefühlen beim Erreichen oder negativen Gefühlen beim Scheitern verbunden sind, die subjektiv erlebte Erfolgsschance der Zielerreichung, die zeitliche Dauer, in der das angestrebte Ziel erreicht werden kann und die zeitliche Dringlichkeit des Handlungsbeginnes, um das Ziel noch erreichen zu können.

Um zu einer Auswahl geeigneter individueller Therapieziele zu gelangen, muss über deren Erfassung hinaus eine Analyse der bestehenden **Konflikthaftigkeit** zwischen den angestrebten Zielen erfolgen. Zu diesem Zweck werden alle genannten „aktuellen Anliegen“ in einer **Zielmatrix** numerisch in Beziehung gesetzt, um zu klären, inwieweit sie sich bei der Zielannäherung gegenseitig fördern (+1 und +2) oder stören (-1 und -2). Dabei sollten Ziele, die gleichzeitig mit vielen anderen Zielvorstellungen in Einklang stehen (hohe positive Summenzahl), gefördert werden, während bei Zielvorstellungen, die das Erreichen vieler Ziele behindern, nach Möglichkeiten der Konfliktlösung gesucht werden muss.

Abschließend wird die Zielerreichung, d. h. die mögliche Verbesserung (+1 bis +5) oder Verschlechterung (-1 bis -5) der „aktuellen Anliegen“ in Abhängigkeit von dem **süchtigen Handeln** quantitativ eingeschätzt. Beispielsweise die Einschätzung: Mein Kiffen würde die Erfolgsschancen des Anliegens „Ich möchte, dass meine Partnerschaft wieder so wird, wie sie einmal war“ stark verschlechtern (-3).

Zusammenfassend wird die Veränderungsmotivation nach diesem Modell und Vorgehen indirekt über die Konflikthaftigkeit des süchtigen Handelns mit wünschenswerten Lebenszielen hergestellt.

Ein aktuelle Übersicht findet sich bei Cox und Klinger (2022).

5.2.4 Psychologie des Gelingens

Süchtige stehen vor einem doppelten Dilemma, das den beiden Konfliktmustern selbstkontrollierten Verhaltens entspricht: Zunächst müssen sie die unangenehmen Konsequenzen der Abstinenz (Alkohol, Rauschmittel, Glücksspiel) oder Einschränkung (Essen, Sexualität) des rauschbezogenen Handelns ertragen (**heldenhaftes Verhalten**), um langfristig die Vorteile der neuen Lebensweise zu erleben. Weiterhin müssen sie den Verlockungen rauschspezifischer Aktivitäten widerstehen, um die langfristigen Nachteile ihrer Sucht zu vermeiden (**einer Versuchung widerstehen**).

In der **Entscheidungsmatrix** (Janis & Mann, 1977; Petry, 2022: S. 463 f.) werden die kurzfristigen und langfristigen Vor- und Nachteile in Bezug auf süchtiges Handeln und der alternativen Abstinenz in einem **Vier-Felder-Schema** erfasst. Das Schema sollte **nicht als Papiervorlage** präsentiert werden. Es können farbige Karten (grüne und rote für die Vor- und Nachteile) auf dem Boden angeordnet werden, um die kurz- und langfristigen Folgen anschaulich zu machen. Die Anzahl der gewählten Karten (jeweils eine bis drei) repräsentiert die Stärke der Vor- und Nachteile.

Die auf Kurt Lewins (1982) Feldtheorie ($V = f (P, U)$) basierende **Kraftfeldanalyse** ist strategischer als die allgemeine Auflistung der Vor- und Nachteile innerhalb des Selbstkontrollansatzes: *Sie fokussiert darauf, wie man zu einem Ziel gelangt. Wenn die hindernden Kräfte in einer bestimmten Situation etwa gleich oder größer als die treibenden oder helfenden Kräfte sind, blockiert das die Person dabei, vorwärtszukommen. Aber wenn man die helfenden Kräfte stärkt und / oder die hindernden Kräfte schwächt oder beseitigt, kann die Person ihr Ziel vorantreiben* (Kirschenbaum, 2014: S. 128).

Ziel, Ergebnis:	
Barrieren oder hindernde Kräfte	Handlungen , um diese Kräfte abzuschwächen oder zu beseitigen

Arbeitsschema: Handlungsbarrieren und deren Überwindung (Kirschenbaum, 214: S. 128).

Zur Überwindung hindernder Kräfte wurde die Methode des **mental Kontrastierens** entwickelt, da eine positive Veränderung wahrscheinlicher ist, wenn die hindernden Kräfte vermindert oder beseitigt werden: *Sobald wir nicht nur positiv denken, sondern auch Hindernisse in den Planungen berücksichtigen, gelingt es besser, die eigenen Ziele zu erreichen.* (Oettingen, 2015: Einband).

Die Ziele sollten verhaltensbezogen sein, d. h. etwas beschreiben, was der Betroffene konkret tun will. Nach den **S.M.A.R.T.-Regeln** (Doran, 1981) also **spezifisch, messbar, ausführbar, realistisch und terminiert** sein.

5.2.5 Mentales Kontrastieren und WOOPen **Arbeitsblatt**

Die Psychologie des Gelingens beinhaltet die Methode des **mentalens Kontrastierens** (Oettingen, 2015: 82 ff.), bei der sowohl das angestrebte positive Ziel als auch die dabei zu überwindenden Hindernisse lebhaft imaginiert werden und ein Plan zur Zielerreichung erstellt wird. Die dazu entwickelte WOOP-Technik ist auch als kostenfreie App WOOP nutzbar.

Stellen Sie sich bitte sich vor, Sie wollen sich das Rauchen abgewöhnen! Dabei ist es besonders wichtig, ihr Rauchverlangen zu überwinden. Beantworten Sie dazu bitte die folgenden Fragen in dem **WOOP-Schema**:

- Wann wollen Sie mit dem Rauchstopp beginnen (**Wunsch / Wish**)?
- Stellen Sie sich bildhaft den gefühlten Zustand vor, wenn Sie es geschafft haben, rauchfrei zu sein (**Ergebnis / Outcome**)!
- Stellen Sie sich bildhaft das wichtigste äußere oder innere Hindernis (Verlangen, rauchende Mitbewohner etc.) vor, welches Sie an der Umsetzung ihres Wunsches hindern könnte (**Hindernis / Obstacle**)!
- Machen Sie einen Plan, zur Überwindung (**Plan / Plan**), indem Sie die Situation, in der das Hindernis auftritt (**wenn**) beschreiben und festlegen, was Sie dagegen (gedanklich, verhaltensmäßig) tun werden (**dann**):

Wish: _____

Outcome: _____

Obstacle: _____

Plan: _____

Wenn _____
Situation (wann u. wo)

dann _____
(zielführendes Verhalten)

Arbeitsschema: WOOP-Interventionen: (Oettingen, 2015: S. 188).

5.2.6 Unbewusstes Lernen

Die **Zigaretten-Werbung** bedient sich unbewusster Motive. So findet sich auf der GITANES-Packung eine typologische Darstellung von Carmen, der selbstbewussten Frau, welche die bewusste Botschaft „Rauchen fügt Ihnen und den Menschen in Ihrer Umgebung erheblichen Schaden zu“ konterkariert. Damit wird das – allerdings ambivalente – Motiv einer Selbstbewusstsein und Unabhängigkeit ausstrahlenden Frau bei einem Teil der Raucherinnen angesprochen (Koppenhöfer, 2000: S. 136 ff., 2003: S. 67).

*Bei mir ergab sich die Lösung [des Motivkonfliktes zwischen stark positiven Gründen zum Aufhören oder Weitermachen] durch eine beiläufige Bemerkung, die mein damaliger Chef auf einer Sitzung fallenließ. Er erzählte, dass er beschlossen habe, mit dem Rauchen so lange aufzuhören, bis sich durch das Nichtrauchen seine Lebenserwartung statistisch nicht mehr verlängern ließe... Und irgendwann wurde mir klar, dass er auf der Einstellungsebene gar kein Nichtraucher war, sondern eigentlich ein Raucher, der lediglich aufgrund statistischer Berechnungen eine **Rauchpause** eingelegt hatte. Als mir dieses Wort einfiel – Rauchpause – hatte ich ein sehr, sehr gutes Gefühl. Dieses Wort gefiel mir außerordentlich. Es würde mir ermöglichen, weiterhin Rauchrebellin zu bleiben und gleichzeitig etwas für meine Haut zu tun. Eine Rauchpause einlegen. Solange, bis das Hautthema sich erledigt hatte aus Altersgründen. Und dann, wenn ich runzlig sein würde wie ein alter Boskop-Apfel, dann könnte ich ja weiterrauchen. (Storch, 2008: S. 57 f.).*

Entweder-oder

Rauchen:
++ Rauchrebellin ++

Sowohl-als-auch

Rauchpause:
++ Rauchrebellin
mit schöner Haut ++

Rauchen aufhören:
++ schöne Haut ++

w

Abbildung: Motivkonflikt einer Raucherin (Storch, 2008: S. 58).

Die Vorstellung von einer „Rauchpause“ macht es möglich, vom bewussten Entweder-Oder-Denken auf unbewusste Sowohl als auch-Vorstellungen umzuschalten. Die starke Wirksamkeit des Unbewussten lässt sich mit der „**Zeigefingerübung**“ demonstrieren: *Falten Sie die Hände so, dass die Fingerspitzen auf dem Rücken der gegenüberliegenden Hand ruhen (also wie beim Beten). Dann strecken Sie die beiden Zeigefinger nach vorn, sodass sie aneinander liegend nach vorn zeigen. Nun spreizen Sie die Spitzen der Zeigefinger auseinander soweit es geht, wobei die anderen Finger ihre Position beibehalten und die Hände zusammenhalten. Wenn Sie versuchen, den größtmöglichen Abstand der Finger beizubehalten, merken Sie bald, dass die Finger, wie von Geisterhand bewegt, sich wieder annähern (Storch & Kuhl, 2013: S. 185).*

5.3 Alternative Kompetenzen

5.3.1 Arbeit mit Metaphern

Die Metapher vom Stausee:

Metaphern sind bildhafte Bezeichnungen oder Beschreibungen, die Übertragungsmöglichkeiten anbieten. Sie bestehen entsprechend aus der wörtlich zu nehmenden und der übertragenen Bedeutungsebene. (Lindemann, 2015).

*Man stelle sich also einen Stausee vor, möglichst in einem engen Tal im Hochgebirge. Die konstitutiven Elemente sind der **Staudamm**, mit einer bestimmten Höhe und Stärke, ausgestattet mit Überflussrinnen und einem Ableitungssystem, das ein Kraftwerk speist. Der Staudamm ist in seinen Dimensionen abgestimmt auf die Höhe des Wasserspiegels des dahinter liegenden **Stausees**, dem zweiten konstitutiven Element. Das dritte sind Quellen und **Zuflüsse**, aus denen sich der See speist: z. B ein größerer Hauptfluss, der früher ohne Behinderung das Tal durchquerte, sowie eine Reihe von kleineren Zuflüssen aus den Seitentälern. Schließlich führen Regengüsse im und um das Seegebiet herum, Frühjahrsschmelze und gelegentliche Abbrüche eines höherliegenden Gletschers dem See Wasser weiteres Wasser zu.*

*Die **Funktionen** eines solchen Stausees sind vielfältig: Trinkwasserversorgung und Grundwasserregulierung, Fremdenverkehrserschließung, Energiegewinnung und Schutz unterhalb liegender Siedlungen vor Hochwasser.*

*Es gibt nun aber **seltene Situationen**, in denen die üblichen, einkalkulierten Zuflüsse simultan zu viel Wasser zuführen, dass die geplante Kapazität nicht ausreicht: Frühjahrsschmelze mit vollen Bächen und vollem Fluss, Gletscherabbruch, Erdrutsch, tagelange Gewitter, Mitreißen von Holz, Steinen und Lehm, die die normalen Abläufe zusetzen, so dass die Zufuhr von Wasser die im System **eingeplanten Belastungsgrenzen** übersteigt. Das Wasser fließt, evtl. in einer Flutwelle aufgrund eines Gletscherabrisses, mit Gewalt über die Dammkrone und wird sich an der **schwächsten Stelle** des Dammes, die vorher nicht bekannt war, dort, wo es den geringsten Widerstand findet, einen Weg durch die Mauer oder an der Seite vorbeifressen...*

*Auf psychische Prozesse übertragen: der **Staudamm ist vergleichbar mit Ich-Funktionen**, die gegenüber Umweltbelastungen eine energieerzeugende oder regulierende Funktion haben. Ein leerer Stausee wäre ein Zustand der **Unterstimulierung**, der mangelnden Anforderung, die die Möglichkeiten der Persönlichkeit brachliegen lässt. Normaler Druck kann entweder in umweltbewältigende Energie umgesetzt werden oder notfalls in unschädlicher, kanalisierte Form „nutzlos“ abgeleitet werden...*

*Neben der Energiegewinnung bestehen sozialisierte Formen des Druck- und Spannungsausgleiches; **Soziales Trinken** könnte z. B. verglichen werden mit der Funktion der Überlaufschleusen, in denen Druck zwar in nicht produktiver, aber in sozial kontrollierter Weise bewältigt werden kann. Werden nun, im Falle einer eventuellen Fehlsteuerung, alle Überlaufschleusen geöffnet, wird der Wasserspiegel so weit sinken, dass keine Energiegewinnung mehr möglich ist und auch die andere Funktionen des Stausees (Grundwasser- und Trinkwasserregulierung, Urlaubsgebiet) entfallen. Das wäre vergleichbar mit zunehmenden, **pathologischen Einengungen aller Funktionen auf das***

Trinken, d. h, wenn Alkohol die Bedingung dafür wird, dass überhaupt etwas möglich ist (Antons, Antons-Brandi, Schulz & Weiß, 1987: S. 251 - 254).

Globulus Cusani:

Nikolaus Krebs (1401-1464), nach seinem Geburtsort **Nikolaus von Kues** oder Cusanus genannt, war Fürstbischof und Kardinal und ein bedeutender Philosoph und Theologe. Er war bestrebt, seine oft schwierigen Gedanken den Menschen anschaulich zu machen.

Ein solcher Versuch ist auch das von ihm erdachte **Kugelspiel**. Dabei hat der Spieler die Aufgabe, eine eingedellte Kugel so in einem Spielfeld aus neun konzentrischen Kreisen zu rollen, dass sie möglichst nahe an den Mittelpunkt herankommt. Wegen der Delle kann sie ihr Ziel nicht geradlinig, sondern nur in einem spiralförmigen Lauf durch die einzelnen Kreise erreichen. Dieser Lauf der Kugel ist weder exakt planbar noch ist es möglich, einen Erfolg gezielt zu wiederholen. Dennoch kann der Spieler seinem Ziel näherkommen, wenn er herausfindet, wie er die Kugel halten muss, damit sie die richtige Bahn findet. Außerdem braucht es viel Fingerspitzengefühl, um ihr genau den richtigen Schwung zu geben. Sie soll weder vorzeitig ausrollen noch übers Ziel hinausschießen. Wie bei vielen anderen Spielen gilt auch hier: Übung macht den Meister.

Cusanus versteht sein Kugelspiel aber nicht nur als Zeitvertreib, sondern auch als **Sinnbild für den Menschen auf der Suche nach der Mitte seines Lebens**. Die eingedellte Kugel deutet er als Symbol für den Menschen mit seinen Schwächen und Unvollkommenheiten. Den Mittelpunkt der Kreise, symbolisiert Jesus Christus, als Vorbild des Menschen in seinem Streben nach Vollkommenheit.

Die Bahn, auf der die Kugel dem Ziel entgegen rollt, es aber auch verfehlen kann, versinnbildlicht die Lebensbahn des Menschen: Sie verläuft selten ruhig und gerade, es gibt Umwege und Irrwege. Die Kreise, die sie auf dem Weg zur Mitte durchläuft, sind das Gleichnis für Stufen, die der Mensch überwinden muss, um sich der Vollkommenheit Christi anzunähern (Text: Gabriele Neusius).

Vertrieb: DRK-Sozialwerk Bernkastel-Wittlich, Postfach 1160, D-54461 Bernkastel-Kues. Internet: Nikolaus von Kues Shop (Versand nur innerhalb von Deutschland).

Wurzelziehen:

Verrückt ist der, der immer das Gleiche tut, aber andere Ergebnisse erwartet. Das Zitat wurde mit vielen Varianten unterschiedlichsten Urhebern (u. a. Albert Einstein) zugeordnet.

Eine **Metapher** dafür ist das Wurzelziehen: Gibt man in einen wissenschaftlichen Taschenrechner (Landscape Modus) jede beliebige positive Zahl ein und wiederholt das Wurzelziehen immer wieder, wird jede eingegebene Zahl immer kleiner und endet bei 1. Dies entspricht einem Attraktor, d. h. einem bestimmten Wert, auf den sich ein dynamisches System im Laufe der Zeit zubewegt.

Übertragen auf menschliches Verhalten bedeutet dies, dass ein immer gleiches Bewältigungsmuster bei unterschiedlichen Problemlagen, immer zum selben Resultat führt. Dies lässt sich als Wiederholungszwang nach Sigmund Freud verstehen und kann auf die **Starrheit des „zwanghaften“ Suchtverhaltens** bezogen werden (vgl. Kapitel 2.2.6).

5.3.2 Übung zum zustandsabhängigen Lernen (Vierhundert Kaninchen)

Die Sitzung „Vierhundert Kaninchen“ (Petry, 1989: S. 197 f.) beginnt mit der Frage, welches das Lieblingsgetränk der heutigen Mexikaner ist (Tequila, d. h. destillierter Agavenwein).

Es erfolgt der Hinweis, dass der Alkohol seine weltweite Verbreitung dem breiten Wirkungsspektrum verdankt. Dies war schon den **Azteken** bewusst, die den heute als Pulque bekannten Agavenwein „octli“ nannten. Der Name bedeutet „**Vierhundert Kaninchen**“. Ein Verweis auf die Göttin der Agave, die zusammen mit dem Gott der Fermentation vierhundert Kaninchen geboren hat. Warum es Kaninchen waren ist unbekannt, möglicherweise, da es sich um unvernünftig zügellose Tiere handelt (Forsyth, 2017: p. 147).

Um zunächst die verschiedenen unmittelbaren **Alkoholwirkungen** bewusster zu machen, wird die Gruppe, die in einem Stuhlkreis angeordnet ist, aufgefordert, eine Geschichte zum Alkohol zu erfinden. In der reihum fortzusetzenden Geschichte müssen die TeilnehmerInnen reihum eine Alkoholwirkung in der Reihenfolge des Alphabets thematisieren. Die Gruppenleiterin bzw. der Gruppenleiter beginnt die Geschichte mit der bekannten Formulierung: **Es war einmal** ... eine Wandergruppe, die während ihrer Mittagsrast in einem Biergarten die **aufmunternde** Wirkung des Alkohols erlebt. Ein benachbartes Gruppenmitglied setzt die Erzählung unter Hinweis auf die **beruhigende** Wirkung des Alkohols fort usw.

Die Gruppensitzung hat verschiedene therapeutische Funktionen. Zunächst erfolgt eine **Ablenkung** von der Suchtthematik. Es ist bekannt, dass Ablenkung die Tendenz zu Gegenargumentationen reduzieren kann (Jonas et al., 2014: S. 237). In diesem Fall wird die Erwartung, dass problematische Themen zur individuellen Suchtgeschichte angesprochen werden, durch den Bezug zum Lieblingsgetränk der Mexikaner unterlaufen und damit die Abwehrhaltungen vermindert. Entgegen der Erwartung werden nicht negative Folgen der Suchtentwicklung, sondern die **positiven Wirkungen des Rauschmittels** thematisiert. Auf der Erlebnisebene bedeutet dies, dass die „trockenen“ Alkoholkranken erfahren, dass sie auch in nüchternem Zustand mit Spaß eine Auseinandersetzung mit ihren unter Alkoholeinfluss erlebten Gefühlen aufnehmen können.

Als Hintergrund für die Übung „Vierhundert Kaninchen“ dient das Konzept des **zustandsabhängigen Erinnerns bzw. Lernens** als Arbeitsmodell für den Aufbau alternativer Kompetenzen. Darunter versteht man den Effekt, dass die in einem Rauschzustand aufgenommenen Informationen oder erlernten Verhaltensweisen im gleichen Zustand, d. h. unter erneutem Rauschmitteleinfluss, besser als in nüchternem Zustand erinnert und erlebt werden (vgl. Kapitel (5.3.3)).

Alkoholiker sind mit diesem Effekt vertraut, da sie bei **morgendlichen Erinnerungslücken** (bei welcher Kneipe habe ich gestern mein Fahrrad stehen gelassen?) sich durch den erneuten Alkoholkonsum an das scheinbar Vergessene erinnern können. Es gilt in der Therapie, die über viele Jahre nur unter Alkoholeinfluss „abgespeicherten“ und schwer zugänglichen Gefühle in nüchternem Zustand zu erleben und im alltäglichen Leben zugänglich zu machen.

5.3.3 Gefühlsregulation und Sucht

Der Konsum von Rauschmitteln und rauschbezogenes Handeln dienen der **Modulation von Gefühlen**, wonach der (exzessive) Konsum von psychotropen Substanzen oder exzessive rauschbezogene Aktivitäten durch die Vermeidung von unangenehmen Gefühlen oder das verstärkte Erleben angenehmer Gefühle motiviert ist. Süchtiges Handeln kann deshalb bei Personen entstehen, die eine geringe Toleranz gegenüber unangenehmen Gefühlszuständen besitzen oder in ihrer gefühlsmäßigen Erlebnisfähigkeit eingeschränkt sind (Lieb & Reichert, 1982; Schröder & Petry, 2003; Müller & Schumann, 2011).

Für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Süchten ist der **Umgang mit unangenehmen Gefühlen** von besonderer Bedeutung. Insbesondere depressive Gefühlslagen sind mit Süchten verbunden. Dies wurde zuerst durch die **Spannungsreduktionshypothese** zum Alkoholismus thematisiert und später durch das Konzept der **Selbstmedikation** (Khantzian, 1997) auf andere stoffliche Süchte verallgemeinert. Unangenehme Gefühle können sowohl das Verlangen (craving) nach gesteigertem Konsum erhöhen, als auch Rückfälligkeit auslösen. Da vermehrter Rauschmittelkonsum gleichzeitig Auslöser für unangenehme Gefühle sein kann, wird von einem Teufelskreis ausgegangen (Roos & Kober, 2024).

Zunächst wurde der Zusammenhang zwischen Süchten und der „**Gefühlsblindheit**“ (Alexithymie) als Persönlichkeitsmerkmal untersucht. Die Gefühlsblindheit beinhaltet die eingeschränkte Fähigkeit, eigene Gefühle zu erkennen und auszudrücken. Es liegt also nahe, dass innere Spannungszustände, die nicht als Gefühle wahrgenommen werden, durch süchtiges Handeln reguliert werden. Bei abstinenten Alkoholsüchtigen bewegte sich die tägliche Selbsteinschätzung unangenehmer Gefühle im Behandlungsverlauf (außer in Rückfallperioden) auf einem sehr niedrigen Niveau. Dies spricht für einen begrenzten Zugang zu negativen Gefühlen (Thorberg et al., 2009; Patzig & Schiepek, 2015).

Bei SuchtpatientInnen besteht oft eine ähnliche „Gefühlsblindheit“ wie bei **psychosomatischen PatientInnen** (Nemiah et al., 1976). Die Gefühlsblindheit äußert sich allerdings nicht in körperlichen Beschwerden, sondern in der Unfähigkeit, in nüchternem Zustand Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken, da Gefühle oft nur unter Einfluss des Rauschmittels erfahren wurden. Es handelt sich um **zustandsabhängiges Lernen** (bzw. Gedächtnis), wonach Informationen, die in einem bestimmten Bewusstseinszustand aufgenommen wurden, am besten im gleichen Bewusstheitszustand erinnert oder wiedererlebt werden können. Dieser Effekt wurde zunächst in Bezug auf verschiedene Rauschmittel im Tier- und später Humanexperiment belegt (Erdmann, 1979; Weingartner & Faillace, 1971). Darüber hinaus gibt es Hinweise, auf gleiche Effekte verschiedener Gefühlszustände wie Schmerzerleben oder depressive Gefühlszustände (Bower, 1981).

Störungen der Gefühlsregulation sind ein weiteres Forschungsgebiet. Untersucht werden Prozesse des Erkennens und Bewertens von Gefühlen sowie Strategien zur Veränderung deren Intensität und Dauer. Die Regulation geschieht durch Lenkung der Aufmerksamkeit (z. B. Ablenkung), kognitive Einschätzungen (z. B. Umbewertung) und Aktivitäten (z. B. Situationsauswahl). Strategien der Annäherung (z. B. Akzeptieren) und Problemorientierung (z. B. Veränderung der situativen Bedingungen) erweisen sich im Vergleich mit Vermeidungsstrategien (z. B. Rückzug aus angstbesetzten Situationen) und

gefühlsorientiertem Vorgehen (z. B. Grübeln) als erfolgreicher. Alkoholsüchtige zeigen im Vergleich mit normalen Vergleichsgruppen häufiger **ungünstige** (Unterdrückung des Gefühlsausdrucks) und **seltener förderliche** (Umbewertung) **Formen der Gefühlsbewältigung**. Die erstere Bewältigungsart ist mit verstärktem Verlangen (craving) und vorgesetztem Alkoholkonsum verbunden, während Letzteres mit einer längerer Abstinenzdauer einhergeht. Auch in längsschnittlichen Studien konnte die Rückfälligkeit während und nach einer Behandlung durch Beeinträchtigungen der Gefühlsregulation vorhergesagt werden (Petit et al., 2015). In einer Meta-Analyse von zweiundzwanzig Studien konnte belegt werden, dass Personen (N = 1936), die eine Sucht aufwiesen, im Vergleich mit einer Kontrollgruppe (N = 1567) eine schlechtere Gefühlsregulation aufwiesen. Dies betraf vor allem die herabgesetzte Selbstwirksamkeit und Fähigkeit zur Impulskontrolle unter Stress (Stellern et al., 2023).

Die Forschung zum Alkoholkonsum differenziert diese Befunde. Untersuchungen konnten belegen, dass der Alkoholkonsum unabhängig von der mittleren Summe negativer und positiver Gefühle durch das Ausmaß täglicher **Gefühlsschwankungen** bestimmt wird. Ein umgekehrter Einfluss des Alkoholkonsums auf Stimmungsschwankungen bestand nicht. Dies spricht dafür, dass es sich beim Alkoholkonsum um einen Bewältigungsmechanismus handelt, der sich weniger auf Art und Stärke von Gefühlen, sondern vor allem auf die Instabilität der Gefühlsregulation richtet (Mohr et al., 2015).

Häufig bilden schwere **Vernachlässigungs- und Missbrauchserfahrungen** die lebensgeschichtliche Grundlage für eine dauerhafte Beeinträchtigung der Gefühlsregulation und das erhöhte Risiko einer späteren Suchtentwicklung. Die betroffenen Kinder und Heranwachsenden mussten intensive negative Gefühle erleben, die sie nicht hinreichend verarbeiten konnten. Das süchtige Handeln ermöglicht die Betäubung von nicht erträglichen Erinnerungen und Empfindungen, insbesondere die Entlastung von Schuldgefühlen und die Reduzierung der starken Erregtheit, die mit dem „Wiedererleben“ traumatisierender Erfahrungen verbunden ist (Grundmann & Schäfer, 2019).

Die bisherigen Befunde über den Zusammenhang zwischen gestörter Gefühlsregulation und Süchten sind aus mehreren Gründen **kritisch zu betrachten** (Stellern et al., 2023). Zunächst handelt es sich meist um kleinere, nicht repräsentative Stichproben. Es bleibt auch unklar, wie bzw. in welchem Ausmaß komorbide depressive und Angststörungen für die belegte Verbindung mitverantwortlich sind, da deren Einfluss nur selten berücksichtigt wurde. Da es sich mehrheitlich um Querschnittsstudien handelt, lässt sich nicht ableiten, ob die gestörte Gefühlsregulation der Sucht vorangeht oder eine Folge davon ist.

Bezogen auf die Glücksspielsucht gibt es allerdings Hinweise, dass es sich bei der mangelhaften Gefühlregulation um einen **vorangehenden Risikofaktor** handelt. Für diese Sichtweise sprechen auch die **bekannten Längsschnittstudien zum Marshmallow-Test**: Kinder mit einer geringeren Fähigkeit, Anspannungen auszuhalten, die mit einem Belohnungsaufschub verbunden sind, können als Heranwachsende schlechter Gefühle bewältigen und besitzen eine höhere Gefährdung zum Rauschmittelgebrauch (Mischel et al., 2011).

5.3.4 Training der Gefühlsregulation

Die **transdiagnostische Behandlung** (Harvey et al., 2004 u. Dalgleish, 2020) stützt sich auf Prozesse, wie selektive Aufmerksamkeit, übergenerelles Gedächtnis, negatives Denken und Vermeidungsverhalten, die auf mehrere psychische Störungen zutreffen. Die betrifft auch Störungen der Gefühlsregulation (Sloan et al., 2017; Barlow et al., 2019 u. Schindler-Gmelch et al., 2023). Daher ist das **Training emotionaler Kompetenzen** (Berking, 2010; Bohus & Wolf-Arehult, 2013; Lammers, 2015; Barnow, 2018; Sulz, 2025) ausschlaggebend. In der Behandlung von SuchtpatientInnen hat die Verbesserung der Wahrnehmung und des Ausdrucks von Gefühlen ebenfalls eine zentrale Bedeutung (Burtscheidt, 2001; Schröder & Petry, 2003; Ionescu, 2011).

Ausgangspunkt des Trainings ist die **(Un-)Fähigkeit, Gefühle zu benennen**, d.h. differenziertere sprachliche Bezeichnungen für angenehme Grundgefühle wie Freude (Begeisterung, Heiterkeit, Zufriedenheit, Fröhlichkeit, Stolz, gute Laune) oder unangenehme Gefühle wie Ärger (Wut, Unzufriedenheit, Zorn, Gereiztheit) zu finden (Feldhege & Krauthan, 1979: S. 59 ff.). Um dies zu erreichen, werden zunächst zwei getrennte **Listen** mit angenehmen und unangenehmen Gefühlen erstellt. Die aufgeführten Gefühle lassen sich in ein vereinfachtes **zweidimensionales Schema** (Wundt, 1874) einordnen. Ausgehend von kulturübergreifenden Grundgefühlen (nach Ekman, 2010), wie z. B. Angst, lassen sich benachbarte Gefühle (Scheu, Beklemmung) zuordnen.

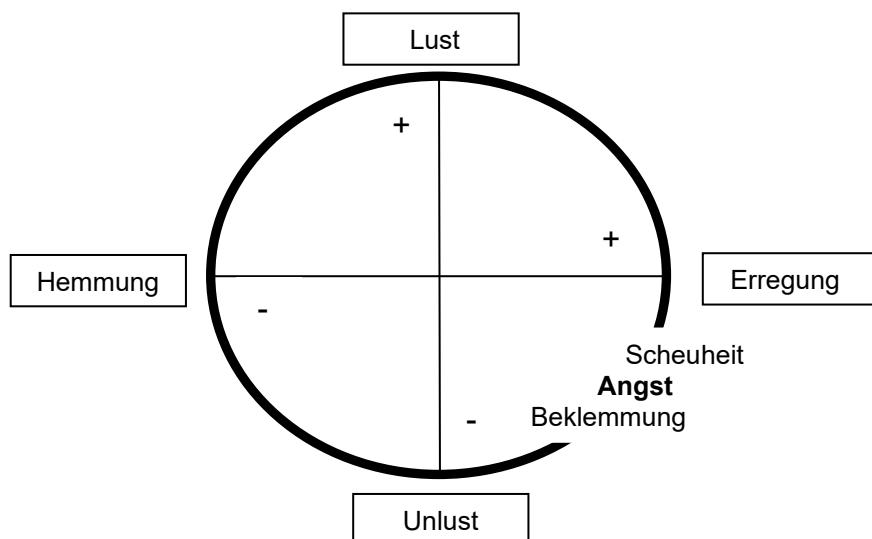


Abbildung: Gefühlskreis (in Anlehnung an Wundt: 1874: S. 800 f.)

Beim Erlernen grundlegender Fertigkeiten der Gefühlswahrnehmung und des Gefühlausdruckes kann zum Aufwärmen der Gruppenmitglieder auf **Pantomime-Techniken**, die sich der Körpersprache bedienen (Stehle, 1974; Molcho, 1995), zurückgegriffen werden. Eine Übung mit der Bezeichnung „**Das Ding**“ besteht darin, dass die Gruppenmitglieder sich in einem Kreis stehend anordnen. Eine Person formt einen fiktiven Gegenstand und gibt diesen an ein benachbartes Gruppenmitglied weiter. Von diesem wird der unsichtbare Gegenstand in der vorgegebenen Form aufgenommen,

beliebig umgeformt und so an eine neben ihm stehendes Mitglied weitergeben. Dies setzt sich in der Anreihung fort, sodass alle TeilnehmerInnen beteiligt sind.

Ähnlich funktioniert die Übung mit dem Namen „**Fratzen-Weitergabe**“, bei der jedes Gruppenmitglied eine Fratze mit dem eigenen Gesichtsausdruck formt und die jeweils benachbarte Person diese Grimasse mit ihrem Gesicht nachbilden muss. Sobald dies gelungen ist, erfolgt ein Kopfnicken als Bestätigung. Alle Teilnehmer müssen nacheinander die so vorgegebenen Fratzen entsprechend verändern und an ihr benachbartes Gruppenmitglied weitergeben.

Daran anschließend eignet sich die Übung „**Gefühle erraten**“, um die Gefühlswahrnehmung und den Gefühlsausdruck zu verbessern. Dabei muss ein Gruppenmitglied ein vorgegebenes Gefühl darstellen, das von den anderen zu erraten ist. Wer es zuerst errät, ist als Nächster dran. Dazu werden Karteikarten verwandt, auf denen unterschiedliche Gefühle, wie Schmerz, Scham, Freude, Schuld, Lustigkeit, Trauer, Enttäuschung, Missmut, Neid, Furcht, Hilflosigkeit, Angst, Glücklichsein, Stolz, Ekel, Mut, Tatkraft, Wut, Fröhlichkeit, Verliebtheit, Geborgenheit, Neugier, Erstaunen etc. notiert sind. Den DarstellerInnen werden nacheinander die Karten verdeckt als Aufforderung zur pantomimischen Präsentation gezeigt. Es beginnt mit einfachen Grundgefühlen (Angst, Wut, Ekel) und steigert sich zu komplexeren Gefühlen (Neugier, Verbundenheit, Neid).

In dem Bilderbuch „Heute bin ich...“ (van Hout, 2021) werden **Fische in verschiedenen Gefühlszuständen** dargestellt. Es ist faszinierend, dass diese Gefühle zu erkennen sind, obwohl es sich um Tiere handelt.

5.3.5 Umgang mit Scham

Der kleine Prinz (Antoine de Saint-Exupéry, 2015; Kapitel 12):

Der Säufer:

Der nächste Planet wurde von einem Säufer bewohnt. Sein Besuch war nur sehr kurz, doch versenkte er den kleinen Prinzen in eine tiefe Traurigkeit:

»Was machst du hier?«, sprach er zu dem Säufer, den er stumm sitzend vor einer Reihe leerer und einer Reihe voller Flaschen vorfand.

»Ich trinke«, antwortete der Säufer mit düsterer Miene.

»Und warum trinkst du?«, fragte der kleine Prinz.

»Um zu vergessen«, antwortete der Säufer.

»Was willst du vergessen?«, fragte der kleine Prinz, der ihm schon leidtat.

»Ich will vergessen, dass ich mich schäme«, gestand der Säufer und ließ den Kopf hängen.

»Über was schämst du dich?«, fragte der kleine Prinz beharrlich weiter, denn er wollte ihm helfen.

»Ich schäme mich, weil ich saufe!«, sagte der Säufer abschließend und hüllte sich in tiefes Schweigen.

Da verschwand der kleine Prinz bestürzt.

»Die großen Leute sind wirklich sehr, sehr sonderbar«, dachte er sich, während er weiterreiste.

Der Teufelskreis des Trinkers:

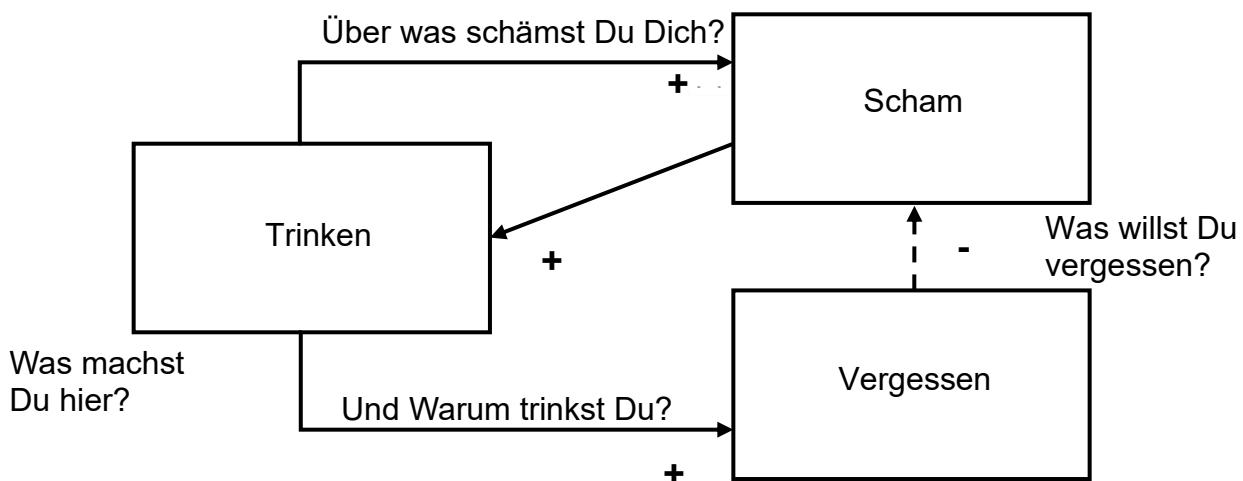


Abbildung: Teufelskreis des Trinkers im „Kleinen Prinzen“ (Tretter, 2005: S. 516).

Scham und Sucht:

Scham als das verborgene Gefühl, bestimmten Normen oder Ansprüchen nicht gerecht geworden zu sein und dies als Ausdruck eigener Mängel zu betrachten, steht in einer zirkulären Beziehung zum (exzessiven) Rauschmittelkonsum. **Schamgefühle führen zu einem verstärkten Rauschmittelkonsum und werden durch diesen weiter verstärkt.** Eine Bedingung sowohl für Schamgefühle als auch für problematischen oder süchtigen

Rauschmittelgebrauch liegt in frühkindlichen traumatischen Erfahrungen, die oft in suchtbelasteten Familien erlitten werden (Potter-Efron, R., 2002; Wichert, 2007; Grechenig, 2012). Potter-Efron (2002: pp.111 - 112) weist darauf hin, dass nicht alle AlkoholikerInnen Schamgefühle haben und dass eine Sucht sogar die Quelle von Stolz (wohl eher bei Männern) sein kann.

Die empirische Befundlage ist aufgrund fehlender repräsentativer Stichproben und Längsschnittstudien beschränkt.

Korrigierende Erfahrungen:

Die positive Gestaltung der **therapeutischen Beziehung** durch bedingungslose Annahme und Wertschätzung ermöglicht eine „korrigierende Erfahrung“ (Lammers, 2016: S. 272 ff.), die zur Aufdeckung und Entwicklung von Ressourcen führen kann. Dazu wurden therapeutische Leitlinien für Alkoholsüchtige entwickelt (Potter-Efron, 2002: pp. 70 - 109). Dementsprechende **therapeutische Interventionen** führen zu **heilvollen Erfahrungen**.

Therapeutische Interventionen (Fischer, 1988):

- Entwickle eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Klienten
- Identifiziere und unterstütze die Abwehrformen, welche der Patient braucht, um sich vor seiner Scham zu schützen
- Identifiziere und benenne die aktuell auftretenden Schamgefühle
- Zeige eine Verbindung zwischen Schamgefühlen und der Vergangenheit auf, insbesondere der Familie, deren Regeln und Rollen, die in der Kindheit gelernt worden sind
- Unterstütze den Klienten darin, Gefühle des Schmerzes und damit verbundener Scham aktuell zu erleben
- Identifiziere die spezifischen Verlusterfahrungen und unterstütze den Klienten bei der Trauerarbeit.
- Identifiziere vergangene und aktuelle Ressourcen
- Hilf dem Klienten zu entscheiden, wie er für ihn verfügbare Ressourcen nutzen kann
- Unterstütze den Klienten, eine neue Identität zu entwickeln, die sich um Hochachtung, eigene Fähigkeiten und das Gefühl, geliebt und wertvoll zu sein, bildet

Heilvolle Erfahrungen (Scheiblich, 2015):

- Die Wertschätzung der eigenen Person und des eigenen Erlebens durch einen anderen Menschen, bei dem oder bei der man „Ansehen genießt“. Dabei kann man lernen, sich auch selbst wert zu schätzen so wie man ist
- Dazu gehört auch die Erfahrung, Gefühlszustände mit anderen teilen zu können, also gemeinsam Trauer, Freude und Ärger zu erleben. Dass hilft, wieder Vertrauen in das eigene Wahrnehmungsvermögen und in Beziehungen zu entwickeln
- Dazu gehört auch das häufige Erleben, dass man sich gefahrlos zeigen und geben kann, wie man ist, ohne dass neue Katastrophen wie Abwertungen oder Erniedrigungen eintreten, z.B. indem man Schwimmen oder in die Sauna geht oder an Rhetorik-Kursen der Volkshochschule teilnimmt

- Dazu gehört auch das Erlernen von Techniken, wie man sich Rückmeldungen einholt, statt sich immer nur selbst zu fragen, was andere über einen denken
- Dazu gehört auch die Erfahrung, Enttäuschungen bewältigen zu können, ohne dass die Welt zusammenbricht und man gleich mit dem Gedanken an Selbstmord spielt

Versagen, Scham und Verantwortung:

Frank und Nagel (2017) diskutieren die **Gefahr des Moralisierens** bei zugrundeliegenden Suchtmodellen, die Schamgefühle bei den Betroffenen verstärken können. Dies kann sowohl für das Krankheitsmodell als auch das Wahl/Entscheidungsmodell gelten. Die darin enthaltene Zuweisung der Verantwortung für die Überwindung der Sucht an die Betroffenen lässt den **sozialen Kontext unberücksichtigt**.

Der Philosoph Owen Flanagan (2013, 2025) beschreibt eine alternative Sichtweise auf seine Selbstbetroffenheit, seine Motive, Erlebnisweisen und die moralische Konflikthaftigkeit seines Handelns: Im Zentrum steht ein **moralisches Scheitern in zweifacher Hinsicht**:

- das Versagen, rationale Selbstkontrolle beim Umgang mit psychoaktiven Substanzen auszuüben
- das Scheitern, eigene Wertmaßstäbe für ein gutes Leben zu erfüllen

Bestimmend für Süchte ist die Scham aufgrund dieses **doppelten Versagens**. Flanagan betont, dass Schamgefühle zum Motiv werden können, die Sucht zu überwinden. Sein Modell stellt keinen Moralismus dar, denn Scham ist nicht gleichbedeutend mit Beschämen. Das Modell entspricht der Auffassung, dass Schamgefühle bestimmendes Merkmal von Süchten sind. Im Gegensatz zum kritisierten Krankheitskonzept **können Schamgefühle die Übernahme von Selbstverantwortung stärken**, ohne die moralische Dimension süchtigen Handelns auszublenden.

Die Philosophin und Alkoholikerin Peg O'Connor (2016) äußert im Ausblick ihres Buches über die Bedeutung der Sucht und ihrer Überwindung: *Es gibt Licht am Ende des Leidens. Indem man der eigenen Sucht einen neuen Sinn gibt, den Selbstbetrug überwindet, sich Freunde sucht und Verantwortung übernimmt, kann man sich verwandeln und erholen. Wir werden zu Menschen, die in der Lage sind, aufzublühen und unser bestmögliches Leben zu führen. Denn so sehr das Leiden zum Menschsein gehört, so sehr gehört auch die Freude dazu* (a.a.O.: p.165).

5.4 Rückfallprävention

5.4.1 Das sozial-kognitive Rückfallpräventionsmodell

Das ursprüngliche klinische Modell von Marlatt & Gordon (1985: pp. 3 - 70) ist ein vereinfachtes Diathese-Stress-Modell (Ungleichgewicht des Lebensstils), welches **Vorboten** (Gedanken, Verlangen, alte Handlungsmuster), **Risikosituationen** (Soziale Konflikte, negative Gefühle, soziale Anlässe), **Versagenserlebnisse** (Schuldgefühle, Egal-Stimmung, negative Selbstattributionen) und alternative **Bewältigungsmöglichkeiten** (Ablenkung, soziale Hilfe, positive Imaginationen) umfasst (Margraf, 2021).

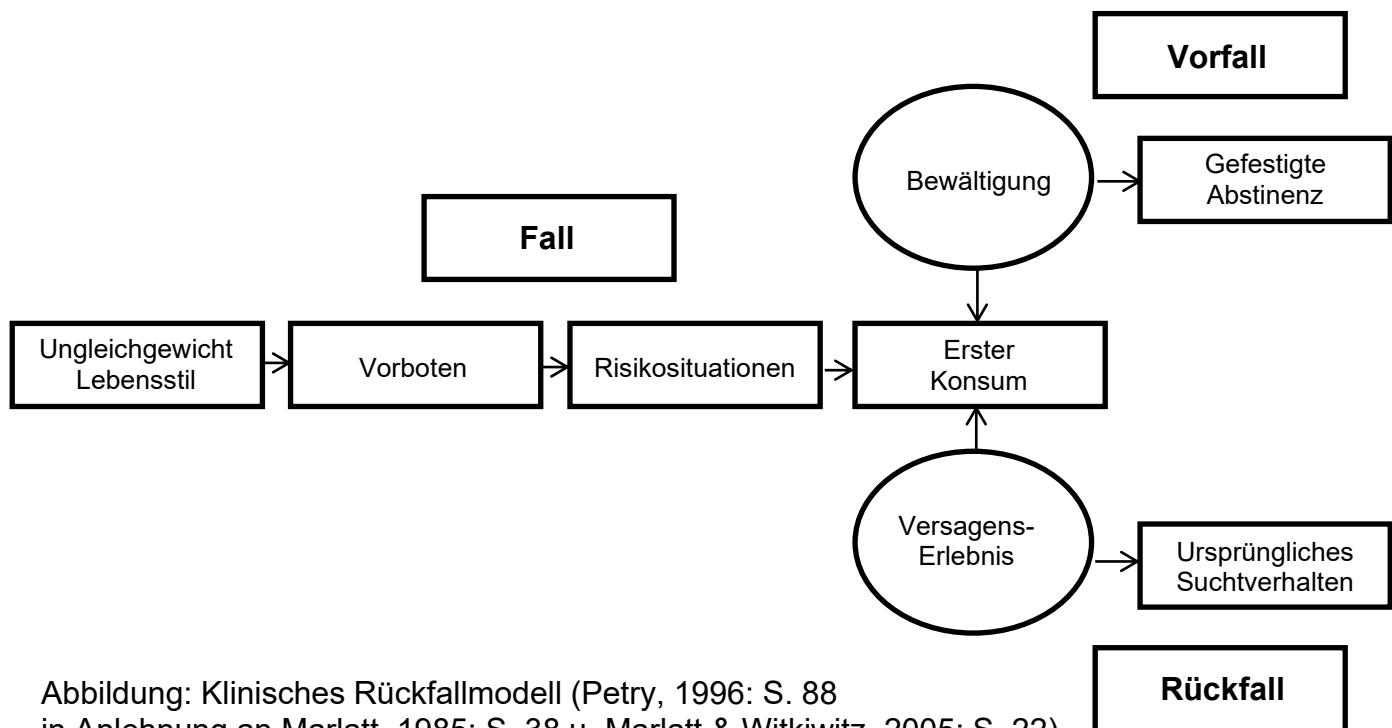


Abbildung: Klinisches Rückfallmodell (Petry, 1996: S. 88
in Anlehnung an Marlatt, 1985: S. 38 u. Marlatt & Witkiwitz, 2005: S. 22).

Programm zur Rückfallprävention (Petry, 1989 u. 1996):

Inhalt	Übung
Metaphern zur Einführung	Schleuderkurs Reise des Kolumbus
Rückfallgefährdung	Rückfallkurven Erfolgsquoten
Abstinenzdefinition	Zweidimensionales Modell
Externalisierungstendenzen	Rückfall paradox
Arbeitsmodell	Rückfallbauen
Individuelle Rückfallgefährdung	Abschiedsbrief
Rückfallanalyse	Geplanter Rückfall
Abstinenzmotivation	Zwei Welten
Bewältigungsstrategien	Umgang mit Verlangen
Lebensstil	Energieverteilungskuchen

5.4.2 Dynamisches Rückfallmodell

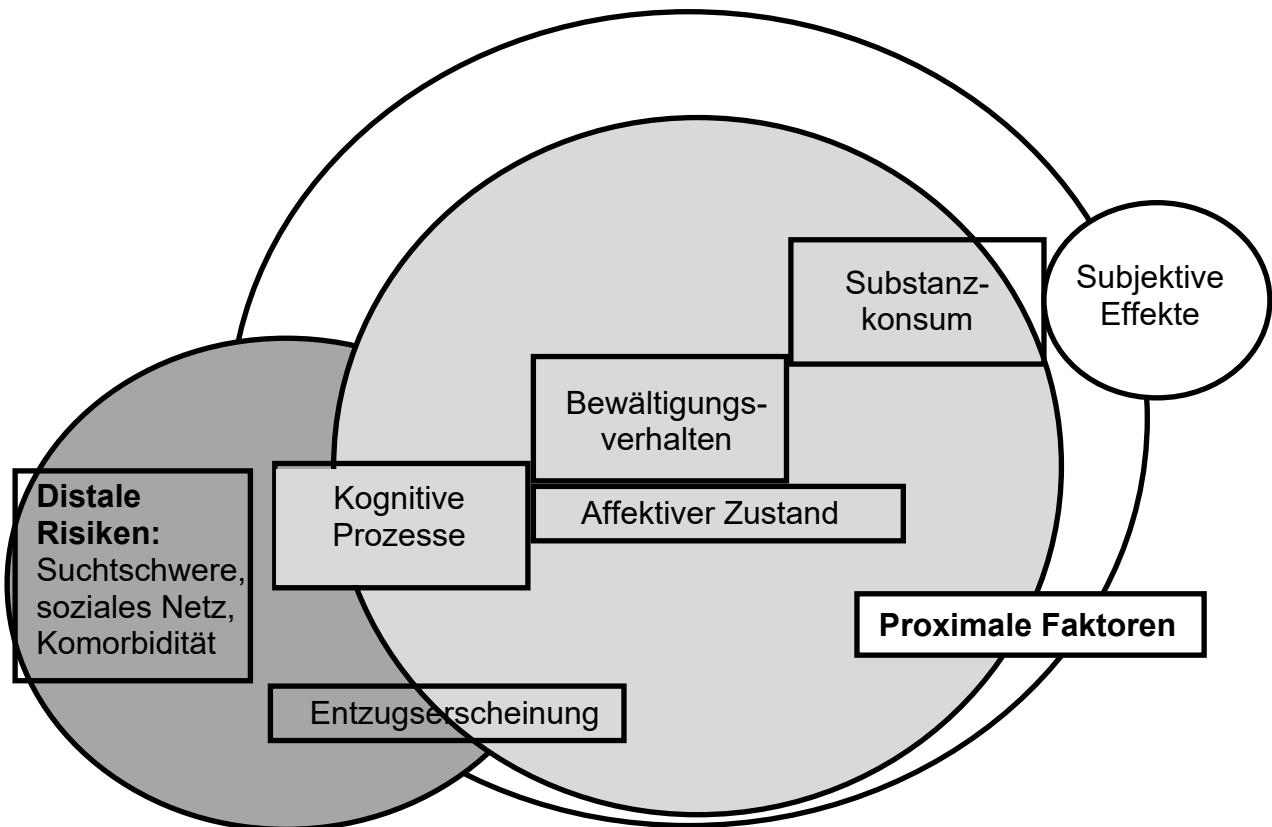


Abbildung: Wissenschaftliches Rückfallmodell (Marlatt & Witkiewitz: 2005: p. 23).

Das revidierte Rückfallpräventionsmodell von Marlatt & Witkiewitz (2005) umfasst als Prognosefaktoren **distale Risiken** (Familiäre Belastung, Problemdauer, soziale Unterstützung Komorbidität) und als **proximale Faktoren**: **kognitive Prozesse** (Selbstwirksamkeit, Wirkungserwartungen, Motivation, Craving), **Entzugserscheinungen** (Schwere, Verlauf, Variabilität), **Bewältigungsverhalten** (behaviorale/kognitive Annäherung/Vermeidung, Selbstregulation), **Substanzkonsum** (Häufigkeit, Intensität) und **subjektive Effekte** (Verstärkung, Abstinenzverletzungssyndrom)

5.4.3 Achtsamkeitsbezogene Rückfallprävention

Bowen et al. (2024: S. 63) verfassen die „**Arbeitsdefinition**“ des Begriffs Aufmerksamkeit als *bewusste Kultivierung von Aufmerksamkeit, die auf das Erleben des gegenwärtigen Moments gerichtet ist, mit einer Haltung von Sanftheit, Neugier und Freundlichkeit*. Die **Popularisierung** durch Fotos mit fließend-weiß gekleideten Menschen, die am Strand sitzend ein glückseliges Lächeln im Gesicht zeigen, kann zu **Zweifeln** über die Fähigkeit zur Durchführung von Aufmerksamkeitsübungen bei den Teilnehmenden führen (Bowen et al., 2024: S. 47).

Achtsamkeit und Akzeptanz lassen sich einerseits im Sinne der indischen Meditationstraditionen des Hinduismus und Buddhismus (Bowen et al., 2024) als **Lebensstils** auffassen. Andererseits können **Achtsamkeitsübungen** lediglich als erweiterndes Element innerhalb der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie (Heidenreich & Michalak, 2013) angesehen werden. Auf jeden Fall kann das Verfahren nur als **Ergänzung** einer medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung durchgeführt werden. Bezogen auf das **sozial-kognitive Modell** (Marlatt & Witkiewitz, 2005) konzentriert sich der Ansatz vorwiegend auf die Vorläufer (Verlangen, Risikosituationen) und weniger die unmittelbaren Folgen eines Rückfalls in Art des „Abstinentzverletzungseffektes“ (Williams & Kraft, 2022: S. 116 - 121).

Die **Ziele** der achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention (Bowen et al., 2024) sind die Steigerung des **Bewusstseins** für unseren Körper, Geist und unser Verhalten, das Erkennen und die Unterbrechung von **automatischem Verhalten** (Autopilot), um Wahlmöglichkeiten zu schaffen, das Erlernen eines alternativen Umgangs mit **Unbehagen** durch Offenheit, Neugier und Akzeptanz sowie die Entwicklung von **Freudigkeit und Mitgefühl** für Erfahrungen mit uns und anderen Menschen.

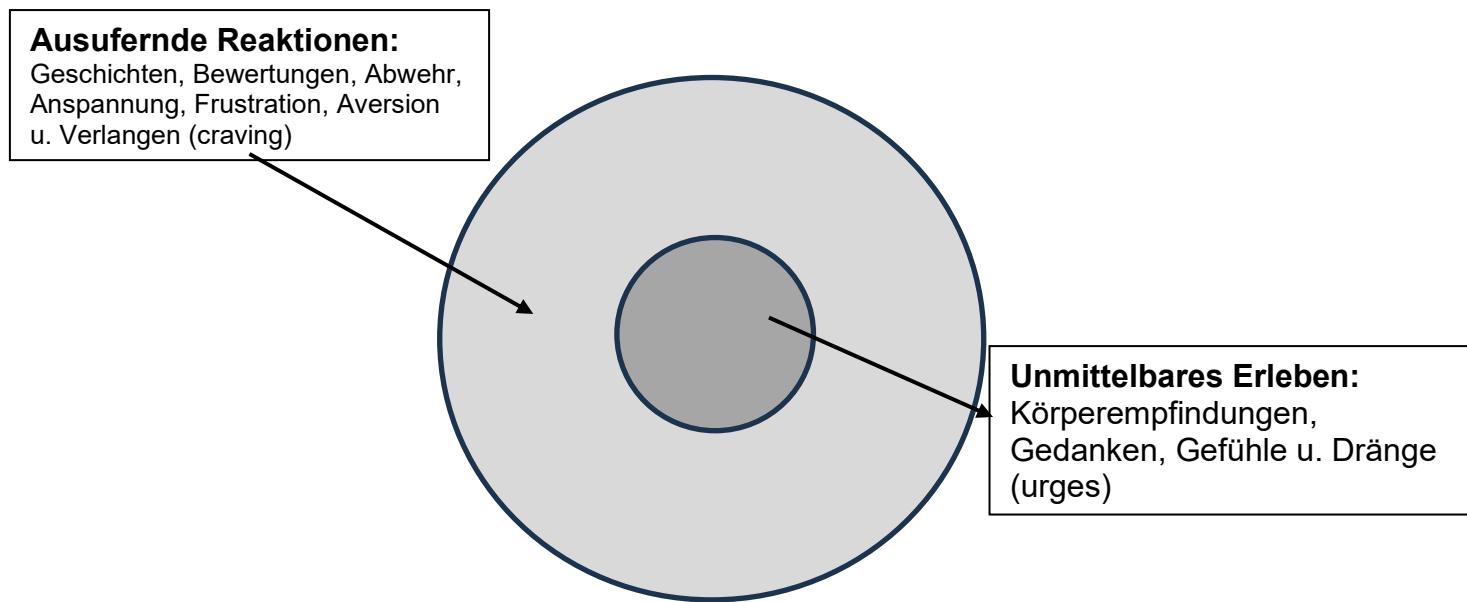


Abbildung: unmittelbares Erleben und ausufernde Reaktionen (in Anlehnung an Bowen et al. 2024: S. 33).

Der Aufbau achtsamkeitsbasierter Fähigkeit dient der Herstellung einer **ausbalancierten Lebensform**, als Balance zwischen körperlicher Aktivität und mentaler Ruhe (Marlatt, & Kristeller, 2005: S. 74.) und zwischen **Akzeptanz und Veränderung** (Williams & Kraft, 2022: S. 76). Für Letzteres steht das „**Gelassenheits-Gebet**“ des Theologen Reinhold Niebuhr, mit dem AA-Gruppen ihr Meeting beenden: *God, grant me the serenity to accept the things I cannot change, the courage to change the things I can, and the wisdom to know the difference.* Achtsamkeitsbasierte Verfahren können somit einen Gegenpol zur Veränderungsorientierung bilden (Heidenreich & Michalak, 2022: S. 52).

Es werden drei **Zonen des Engagements** unterschieden:



Abbildung: Zonen des Engagements (in Anlehnung an Bowen et al. 2024: S. 49).

Vor allem zu Beginn können einige **Schwierigkeiten** auftreten (Bowen et al., 2024: S. 69 - 76: Diese sind **Aversion** (körperliches Unbehagen, Gereiztheit, Schmerzen, Verwirrung, Enttäuschung und negative Selbstbewertungen), **Verlangen** (Anspannung und überwältigende Begierden statt erwarteter Entspannung und Friedlichkeit), **Rastlosigkeit** (Unruhe mit rasenden Gedanken, übermäßigem Planen und Grübeln), **Trägheit** (Dösen, Schläfrigkeit und Trägheit) sowie **Selbstzweifel** (Zweifel an der Fähigkeit, sich auf die Übungen richtig einlassen zu können). Für akut süchtig handelnde Personen besteht aufgrund möglicher negativer Wirkungen (überwältigendes Rauschmittelverlangen) eine **Kontraindikation**. Bei den häufig suchtbegleitenden Trauma in der Vorgeschichte ist Vorsicht geboten.

Als **Einstiegsübung** eignet sich die „**Rosinenübung**“ (Bowen et al., 2024: S. 162 f.) bei der die beobachtende Aufmerksamkeit auf eine einzige Rosine gerichtet wird. Mit der „**Body-Scan-Meditation**“ (a.a.O.: S. 166 f.) wird die bewusste Wahrnehmung aller Teile des eigenen Körpers als erste Grundlage der Aufmerksamkeit erlebt. Bei der „**Atemmeditation**“ (a.a.O. S. 90 ff.) werden die körperlichen Empfindungen im Bauchbereich beim Ein- und Ausströmen der Luft beobachtet (Vgl. Schug, 2022; Williams & Kraft, 2022: S. 67 - 77 u. 175 - 187; Bowen et al., 2024).

Das „**Urge-Surfing**“ wurde von Alan Marlatt (1985: S.: 241; Marlatt & Kristeller, 2005: S. 78 f. u. Bowen et al., 2024: S. 174 ff.) entwickelt: Die Teilnehmenden werden in dieser Imaginationsübung aufgefordert, sich ihr Verlangen als Welle vorzustellen, auf der sie mit einem Surfbrett reiten. Sie beherrschen die Welle so lange, bis diese ihre Energie nach und nach verloren hat.

Untersuchungen zur Wirksamkeit gibt es für verschiedene stoffgebundene Süchte (Garland & Howard, 2018) und zur Glücksspielsucht (Maynard et al., 2018). Eine Übersicht zu achtsamkeitsbasierten Behandlungsmethoden und deren Wirksamkeit geben Michalak et al. (2022).

5.4.4 „Geplanter“ Rückfall

Einem Rückfall liegt ein unbewusst, aber planvoll gezielter Prozess zugrunde, der durch „scheinbar irrelevante Entscheidungen“ (apparently irrelevant decisions) über einen mehr oder minder langen Zeitraum auf einen Rückfall zusteuert. Die dabei getroffenen Entscheidungen vermindern soziale Kontrolle und dienen der Selbstrechtfertigung (Marlatt & Gordon, 1985: p. 271; Petry, 1996: S. 239 ff.).

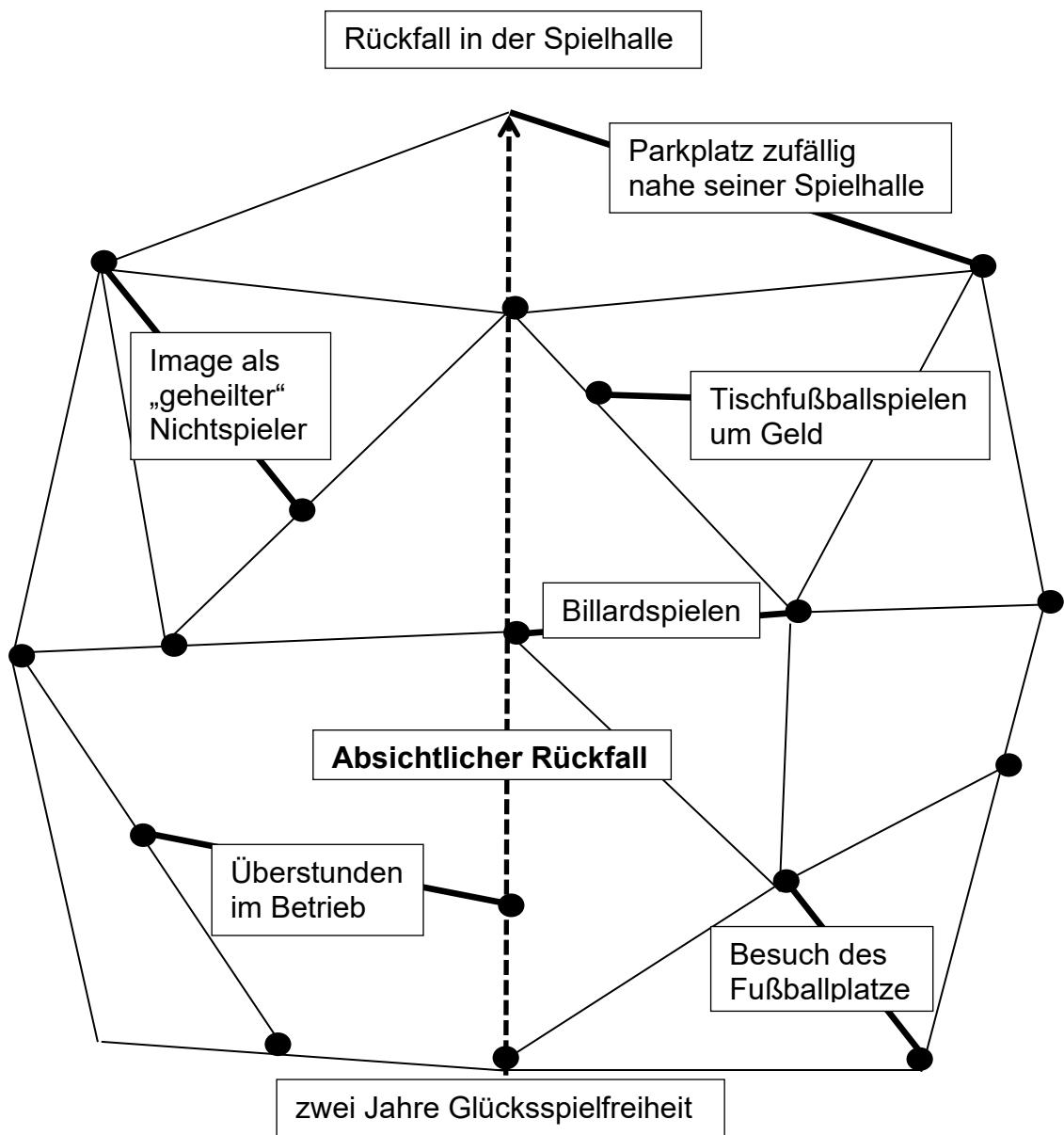


Abbildung: Eine Fallanalyse zum „geplanten Rückfallfall (Petry, 1996: S. 240).

5.4.5 Zwei Welten **Arbeitsblatt**

Polizist, Bäuerin, Werkzeuge, Büsche, Schwein, Sozialamt, Schnecke, Bauernhof, Bauer, Schreibmaschine, Kinder, Kirche, Schule, Tänzerin, Traktor, Bäume, Gefängnis, verdorrter Baum, Segelboot, Ente, Werkzeugmaschine, Fuchs, Bauer, Tisch, Atomkraftwerk, Grabsteine, Auto u. Pastor.

5.4.6 Bewältigung des Suchtverlangens

Zu **Beginn der Sitzung** wird das spürbare Verlangen auf einer Skala von 1 bis 10 **skaliert**. Die Eigenschaften des Verlangens werden mit Hilfe des **Bildes einer Welle** erläutert: Diese schwilkt zunächst an, um dann jedoch unweigerlich abzuebben und an Kraft zu verlieren. Die Bewältigung erfordert also lediglich die Fertigkeit, das Verlangen auszuhalten, bis es natürlicherweise zurückgeht.

Eine für die Wellenmetapher geeignete Imaginationsübung ist das **Wellenreiten** (urge surfing), bei dem der Drang (urge) zum Rauschmittelkonsum erspürt, sein Ansteigen zugelassen und die Abnahme aus der Sichtweise eines Surfers, der auf dem Wellenkamm geschickt reitet, erlebt wird (Marlatt & Gordon, 1985: S. 241; Marlatt & Kristeller, 2005: S. 78).

Das Verlangen sollte akzeptiert werden. Dies kann erfolgen, indem das Verlangen mit einem selbst **gewählten Namen** (z. B. „mein kleiner Verführer“; „Nikotinbestie“ nach Allen Carr, 1992: S. 34 u. 143) begrüßt wird. Damit wird eine **dialogische Situation** hergestellt. Da einige der vorgeschlagenen Methoden zu einem Anstieg des Verlangens führen können, muss am Ende eine **erneute Skalierung** erfolgen, um sicherzustellen, dass das Verlangen nicht stärker als zu Beginn ausgeprägt ist. Dies kann eine abschließende (Krisen-)Intervention erfordern. Mögliche **Methoden** nach Beck et al. (1997: S. 165 ff.) sind:

Ablenkung/Vermeidung:

- Flucht
- Aufmerksamkeit nach außen richten (Detailbeschreibung der Umgebung)
- beliebige Konversation führen
- anstrengende Aktivität durchführen (Haushaltspflichten)
- Beten oder Gedichte aufsagen
- Spiele durchführen (Kartenlegen, Brettspiele etc.)

Selbstkontrollübungen:

- Benennen
- Gedankenstopp
- Selbstinstruktionen
- Merkkarten mit Vor- und Nachteilen
- Selbstbelohnung

Imaginationsübungen:

- Wellenreiten
- Samurai / Saufteufel
- Ersetzen durch positive Bilder
- Ersetzen durch negative Bilder (Farbe, Entfernung, negative Veränderungen)
- Bewältigungsfantasien

Ersatzaktivitäten:

- Entspannungsübungen
- Angenehme Aktivitäten (Verstärkerliste)
- Sport

5.4.7 Katamnesen

Katamnesen im internationalen Vergleich (Süß, 1995: Tabelle: S. 253 ff.):

	Herkunftsländer (Anzahl der Untersuchungen)	
	Deutschland	International
Abstinenz % (in Gruppen)	45,0 (12)	31,0 (29)
Besserung % (in Gruppen)	51,2 (12)	44,1 (31)
Behandlungsdauer (in Wochen)	14,7	4,3
Katamnesedauer (in Monaten)	15,9	14,0

Die Ein-Drittel-Regel (1-Jahres-Abstinenz) gilt bis heute für die USA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2022), während für den deutschsprachigen Bereich die Ein-Halb-Regel besteht (Bachmeier et al. 2025).

Alkohol- und Medikamentensucht: Fachverband Sucht Jahrgang 2022 (Tabelle: Bachmeier et al., 2025: S. 33)

1-Jahres-Katamnese	DGSS IV (Gesamt) (N = 3.144)	DGSS III (Antworter)* (N = 1.674)
Abstinent	27,2 %	51,1 %
Abstinent nach Rückfall	11,4 %	21,3 %
Rückfällig	61,5%	27,6 %
Erfolgsquote (abstinent u. abstinent n. Rückfall)	38,6%	72,4 %

*Ausschöpfungsquote 53,2 %

In einer **Non-Responder-Studie** wurden stationär entwöhnte AlkoholikerInnen aus 49 Kliniken (Nov. 2014 bis Mai 2015), die zum Ein-Jahres-Katamnese-Zeitraum nicht geantwortet hatten, mit einem Kurzfragebogen postalisch oder online und ggf. fünfmal telefonisch kontaktiert. Die Antwortrate konnte von 46,6 % auf 64,2 % und die Erfolgsquote nach DGSS IV von 38,2 % auf 49,5 %, d. h. **um ca. 10 % erhöht** werden. Nach DGSS III waren 64 % während des Katamnesezeitraumes abstinent (Bernert et al., 2018).

Rauschmittelsucht: Fachverband Sucht Jahrgang 2019 (Tabelle: Kemmann et al., 2022: S. 55):

1-Jahres-Katamnese	DGSS IV (Gesamt) (N = 1,317)	DGSS III (Antworter)* (N = 332)
Abstinent	13,3 %	52,7 %
Abstinent nach Rückfall	4,9 %	19,3 %
Rückfällig	81,9 %	28,0 %
Erfolgsquote (abstinent u. abstinent n. Rückfall)	18,1 %	72,0 %

*Ausschöpfungsquote **25,2 %**

In einer **Studie** behandelter Drogen- und Alkoholsüchtiger (Vollmer & Domma-Reichart, 016) wurden je 208 hinsichtlich **Alter, Bildungsabschluss, Beschäftigungs- und Partnerstatus parallelisierte** (echte Zwillinge!) PatientInnen verglichen. Es gab **keine Unterschiede** in der **Erfolgsquote** (DGSS III: **57,1 %** und **59 %**).

Glücksspielsucht: Allgemeine Hospitalgesellschaft Jahrgang 01.10.2010 bis 30.09.2011 (Tabelle: Premper et al., 2014: S. 338):

1-Jahres-Katamnese	DGSS IV (N = 617)	DGSS III (55,9 %) (N = 345)
Abstinent	26,7 %	47,8 %
Abstinent nach Rückfall	13,0 %	23,2 %
Rückfällig	16,2 %	29,0 %
Erfolgsquote (abstinent u. abstinent n. Rückfall)	44,1 %	71,0 %

Übereinstimmung* zwischen **Selbst- und Fremdbefragung von behandelten Glücksspielsüchtigen mit einer Bezugsperson** (Petry & Jahrreiss, 1999: S. 208)

1-Jahres-Katamnese (N = 43)	Fremdbefragung	
	Selbstbefragung	
Fortgesetztes Glücksspielen	Fortgesetztes Glücksspielen	Glücksspielabstinenz
Glücksspielabstinenz	23	3
	2**	15

*Phi = 0,76 (Übereinstimmung von 88,4 %, d. h. bei 38 von 43 Paaren)

** Verleugnung

Reha-Verlaufsstatistik zur Sucht-Rehabilitation (DRV-Bund) über 5 Jahre
(Buschmann-Steinhabe, 1991).

Der Anteil von Suchtrehabilitanten, der in **5 Jahren** nach der stationären Maßnahme im Erwerbsleben verbleibt, beträgt ca. **80 %**.

Die **Erwerbsprognose** bei Abhängigkeitserkrankungen ist im Vergleich mit allgemeinen Heilbehandlungen (ohne AHB und CA-Behandlungen / 63,5 – 68,2 %) **günstiger**.

Beim Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (Altersrente, BU/EU oder Tod) ist die Zahl der **Verstorbenen** im Vergleich zu anderen Rehabilitationsmaßnahme **relativ groß**.

5.5 Sinn- und Werteklärung

Es gibt **keinen übergeordneten objektiven Sinn**. Vielmehr handelt es sich um einen Prozess der Übernahme von Verantwortung aufgrund der **engagierten Identifikation mit Etwas**, einem Wert, einem Ziel oder einer Aufgabe. Dies sollte in einem zwischenmenschlichen Zusammenhang erfolgen und **nicht einer bloßen Selbstbezogenheit** dienen (Lenk, 2008). Stavemann (2017: S. 28) erläutert das Fehlen eines allgemein verbindlichen Lebenssinn mit einem **Narrativ**: *Stellen Sie sich vor, wir treffen drei Kinder auf der Straße. Zwei davon lecken ein Eis, das eine ein Himbeer-, das andere ein Vanilleeis. Das dritte Kind hat das Geld für das Eis behalten und schaut zu. Was meinen Sie, welches Kind hat die richtige Lösung gefunden?*

Sinnerfüllung und Lebensbedeutungen:

Sinnerfüllung ist die grundlegende Erfahrung von Sinnhaftigkeit. Sie basiert auf einer (meist unbewussten) Bewertung des eigenen Lebens als kohärent, bedeutsam, orientiert und zugehörig. (Schnell, 2016: S. 7). Sinnerfüllung entsteht im aktiven Weltbezug... Das Konstrukt **Lebensbedeutungen** steht für Orientierungen, die dem Leben Bedeutung geben, indem sie aktiv verfolgt werden. (a.a.O.: S. 8 f.). Nach dem **hierarchischen Sinnmodell** von Schnell (2016: S. 27 ff.) reicht die Sinnkonstruktion von der Ebene der Reizwahrnehmung bis zur hochkomplexen Ebene des Lebenssinns. Dabei bezieht sich ein Bedeutungsüberschuss auf die jeweils höhere Ebene:

- Die Reizinterpretation bezieht sich auf Handlungsimpulse
- Handlungen verweisen auf Ziele
- Ziele sind sinnvoll, wenn sie mit persönlichen Lebensbedeutungen korrespondieren
- Leben sinn ergibt sich, wenn ich nach meinen **Lebensbedeutungen** handle

Ziel- und Werteklärung als Prozess:

Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2012: S. 401 ff.) beschreiben die Ziel- und Werteklärung als Prozessgeschehen: **Lenken der Aufmerksamkeit auf zielrelevante Hinweisreize durch Selbstbeobachtung, Identifikation persönlich relevanter Ziele, Ordnen persönlich relevanter Ziele nach Prioritäten und funktionalen Zusammenhängen**, Konzentration auf Ziele mit **höchster Priorität** und Ausscheiden irrelevanter oder peripherer Bereiche, **Gegenüberstellung Ziele vs. Handeln**, Planen und Umsetzen konkreter Maßnahmen, bis Ziele und reales Handeln in Einklang stehen sowie **Erfolgsüberprüfung** und ggf. Revision vorheriger Schritte. In diesem Prozess können **werterelevante Fragen** (Was gibt Ihrem Leben Sinn?) gestellt werden, eine **Rangordnung** vorgegebener Werte erstellt werden (Miller et al., 2015), **Zukunftsproben** (Inschrift für das eigene Grab) und **Werte anderer Personen** (Therapeuten, Lehrmeister, Religionsstifter) vorgelegt werden (Kanfer et al., 2012: S. 390 ff.; Richards et al., 2005: pp. 153 - 155). Darüber hinaus gibt es spezielle **Fragebogen** zu „Relevanten Glaubensgrundsätzen“ und „Relevanten Wertvorstellungen“ (Stavemann, 2017: S. 201 ff.).

Rucksackmetapher als Anregung zur Priorisierung:

...eine Phantasieübung, in der sich Klienten gedanklich auf eine Bergtour begeben, bei der sie auf dem Rücken einen Rucksack mit den derzeit fünf größten Lebensproblemen zu tragen haben. Nachdem die Bergtour entsprechend verbal eingeleitet und beschrieben wurde, werden nach und nach die fünf Probleme aus dem imaginären Rucksack

entnommen und am Wegrand abgelegt. (a.a.O.: S. 389 f.), um Verschiebungen oder Relativierungen der Bedeutsamkeiten zu erzielen.

Existentielle Psychotherapie:

Den umfassenden Zusammenhang der Ziel- und Werte-Klärung bildet die existentielle Psychotherapie, die nach Irvin Yalom (2010: S. 20) von den **vier letzten Dingen: Tod, Freiheit, Isolation und Sinnlosigkeit** handelt. Der letzte Aspekt, also der Mangel an Sinnerleben, ist ein häufiger Bestandteil psychischer Beeinträchtigungen und Grund, sich psychotherapeutische Hilfe zu suchen. Da ein **Mangel an Lebenssinn** die seelische Gesundheit beeinträchtigt, sollte dies in der Therapie – insbesondere in Krisensituationen – thematisiert werden. Die **sinnorientierte Therapie** (Wong, 2010) stellt entsprechende Fragen:

- Ziele: *Was soll ich aus meinem Leben machen?*
- Verständnis: *Was für eine Art Person bin ich?*
- Verantwortung: *Was entspricht meinen Überzeugungen und Werten?*
- Bewertung: *Bin ich mit meinem bisherigen Leben zufrieden?*

Die traditionelle Psychotherapie konzentriert sich vorrangig auf **egozentrische Werten** (persönliches Wachstum etc.) anstatt ein Gleichgewicht mit sozialen und ökologischen Werten zu fördern. PsychotherapeutInnen sollten ichbezogenen Werten (Wohlstand, Leistung, Konkurrenz) **entgegenwirken**, da diese zu Einbußen des Wohlbefindens und der seelischen Gesundheit führen (Schmuck, 2000). Erfahrene PsychotherapeutInnen erleben ihre Arbeit als befriedigend und erfüllend, da sie anderen Menschen helfen können und zur Verbesserung der Welt beitragen (Hill et al., 2015). Die Tiefe der therapeutischen Beziehung (Mitgefühl, Fürsorge) wurzelt darin, dass die **PatientInnen und TherapeutInnen Leidensgefährten** sind. PsychotherapeutInnen sollten deshalb die schmerzhafte, aber heilsame Konfrontation mit der „angstvollen Wahrheit“ nicht scheuen (Yalom, 2010: S. 27).

Lebenssinn, Sucht und Behandlung:

Martin und KollegInnen geben eine Übersicht (2011: p. 183) zur Beziehung von mangelndem Lebenssinn und Süchten. In einer aktuellen Studie wurden acht studentische Jahrgänge (N = 694) hinsichtlich ihres Alkoholkonsums untersucht (Jaffe et al., 2022). Es wurde erfasst, ob die TeilnehmerInnen Dinge, die sie im Leben tun, als lohnend empfinden und ob sie ein Verständnis für ihren Lebensinhalt aufweisen. Regressionsanalytisch konnte belegt werden, dass ein **erhöhtes Stressniveau nur bei Personen mit einem niedrig ausgeprägten Lebenssinn mit einem verstärkten Alkoholkonsum** im Vormonat einherging.

Das Anton-Proksch-Institut in Wien hat „Vorlesungen zur Lebenskunst“ in die **Suchttherapie** integriert (Poltrum & Musalek, 2008), um die Sinn- und Wertesphäre und menschliche Grenzerfahrungen (Krankheit, Tod, Schuld, Angst) einzubeziehen.

Das **stoische Ethos der Gelassenheit** wird dabei thematisiert. Dazu gehört die Einteilung in Dinge, die in unserer Macht stehen und solchen, die nicht in unserer Macht stehen. Dies entspricht dem Gelassenheitsspruch der Anonymen Alkoholiker. Die TeilnehmerInnen berichteten über eine verstärkte **Reflektion ihrer Lebensgestaltung**, eine Horizonterweiterung und Handlungsaktivierung.

5.5.1 Dimensionen von Lebensbedeutungen

Selbsttranszendenz: (rote Farbe)	vertikal	Spiritualität
		Explizite Religiosität
	horizontal	Naturverbundenheit
		Selbsterkenntnis
		Gesundheit
		Generativität
		Soziales Engagement

Selbstverwirklichung: (grüne Farbe)	Herausforderung
	Individualismus
	Macht
	Entwicklung
	Leistung
	Freiheit
	Wissen
	Kreativität

Ordnung: (schwarze Farbe)	Tradition
	Bodenständigkeit
	Moral
	Vernunft

Wir- und Wohlgefühl: (blaue Farbe)	Gemeinschaft
	Spaß
	Liebe
	Wellness
	Fürsorge
	Bewusstes Erleben
	Harmonie

Quelle: Schnell, T. (2025).

5.5.2 Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe)

Bitte max. 5 Items ankreuzen! © Tatjana Schnell, 2016: S. 21 f.		In meinem Leben sind Religion und Glaube ein wichtiger Bestandteil. <input type="checkbox"/>	Der Glaube an eine andere Wirklichkeit (Schicksal, Wiedergeburt) prägt mein Leben. <input type="checkbox"/>
Ich bemühe mich aktiv um Gerechtigkeit und faire Bedingungen für alle. <input type="checkbox"/>	Ich habe eine enge Beziehung zur Natur und setze mich dafür ein, sie zu schützen. <input type="checkbox"/>	Mir ist es wichtig, dass mein Körper fit und gesund ist und ich tue viel dafür (z. B. gute Ernährung, Sport). <input type="checkbox"/>	
Ich konfrontiere mich regelmäßig mit meinen Stärken und Schwächen, weil es mir wichtig ist, viel über mich selbst zu wissen. <input type="checkbox"/>	Ich richte mein Leben danach aus, meine Erfahrungen und mein Wissen an andere weitergeben zu können. <input type="checkbox"/>	Selbsttranszendenz (1 – 7) Anzahl:	
Mir ist Fantasie wichtig, und ich gestalte mein Leben und meine Umgebung möglichst kreativ und originell. <input type="checkbox"/>	Ich bin auf der Suche nach Neuem, Abwechslung und Risiko. Spontaneität und Neugierde stehen für mich im Mittelpunkt. <input type="checkbox"/>	Ich folge meinen eigenen Ideen und grenze mich von den Vorstellungen anderer ab. <input type="checkbox"/>	
In meinem Leben will ich meine Stärken einsetzen und mich damit durchsetzen. Ich übe gern Einfluss auf andere aus. <input type="checkbox"/>	Es ist für mich wichtig, mich an meinen eigenen Zielen zu orientieren. Dafür bin ich bereit zu lernen und mich zu verändern. <input type="checkbox"/>	Ich strebe nach Erfolg und herausragenden Ergebnissen; dabei setze ich mir selbst strenge Maßstäbe. <input type="checkbox"/>	
Ich finde es wichtig, frei und ungebunden zu sein, und nehme mein Leben selbst in die Hand. <input type="checkbox"/>	Ich hinterfrage viel, informiere mich und lege Wert darauf, alles zu verstehen, was mir begegnet. <input type="checkbox"/>	Selbstverwirklichung (8 – 15) Anzahl:	
Ich finde es wichtig, Entscheidungen aus Überlegungen heraus zu treffen; meine Gefühle lasse ich dabei aus dem Spiel. <input type="checkbox"/>	Traditionen sind für mich bedeutsam und ich orientiere mich an dem, was sich bewährt hat. <input type="checkbox"/>	Es ist mir wichtig, mit beiden Beinen im Leben zu stehen. Ich konzentriere mich im Allgemeinen auf das Nützliche und Notwendige. <input type="checkbox"/>	
Ich finde klare Normen und Werte wichtig und orientiere mich daran. <input type="checkbox"/>		Ordnung (16 – 19) Anzahl:	
Ich strebe nach Ausgewogenheit in meinem Leben; es ist mir wichtig, im Gleichgewicht mit mir selbst und anderen zu sein. <input type="checkbox"/>	Freundschaften und Beziehungen sind für mich zentral. Ich genieße das Zusammensein mit anderen. <input type="checkbox"/>	In meinem Leben spielen Humor und Vergnügen eine große Rolle. Fröhlichkeit und Heiterkeit machen mein Leben lebenswert. <input type="checkbox"/>	
Romantik, Intimität und Leidenschaft sind für mich sehr bedeutsam und prägen mein Denken und Handeln. <input type="checkbox"/>	Es ist mir wichtig, Zeit für Entspannung, Faulenzen und Genuss zu finden. Ich gehe vor allem Aktivitäten nach, bei denen ich mich wohlfühle. <input type="checkbox"/>	Es bedeutet mir sehr viel, für andere da zu sein und mich um sie zu kümmern. Ich helfe, wenn man mich braucht. <input type="checkbox"/>	
Ich achte darauf, meine Umgebung aufmerksam wahrzunehmen und wichtige Aktivitäten bewusst und regelmäßig auszuüben. <input type="checkbox"/>		Wir und Wohlgefühl (20 – 26) Anzahl:	

6 Spezielle Kompetenzen

6.1 Problemlösetraining

6.1.1 Neun-Punkte-Problem und Current Concerns

Nach dem **Problemlösungsansatz** umfasst der Problemlöseprozess die Problemorientierung, Problemdefinition, Alternativenfindung, Entscheidungsbildung sowie die Lösungsumsetzung und -bewertung (D'Zurilla & Nezu, 1999: pp. 19 - 34).

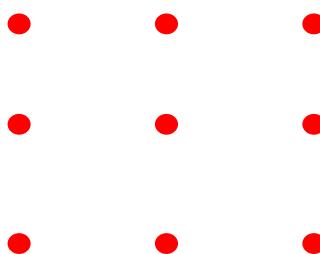
Ein Programm zum Problemlösen (Petry et al., 2013: S. 88 - 92):

Inhalt	Übung
Problem als Ist-Soll-Diskrepanz aufgrund von Barrieren	Neun-Punkte-Problem Kerzenproblem
Problemorientierung	Ringwurfaufgabe
Individuelle Problemdefinition	Brainstorming: Menschliche Probleme Skalierungsschema Individuelles Problemprofil
Alternativenfindung und Entscheidungsbildung	Rückwärtsplanung
Umsetzungsschritte	Problemleiter
Lösungsstrategien	Vorwärts- und Rückwärtsplanung

Problem als Ist-Soll-Diskrepanz:

Ein **Problem** liegt vor, wenn Barrieren zwischen dem Ist- und Sollzustand bestehen, z.B. Neun-Punkte-Problem (Loyd, 1914: 302 u. 380).

Instruktion: Diese **neun Punkte** sind durch nicht mehr als **vier gerade Linien** ohne abzusetzen zu verbinden. Die Linie ist also dreimal gebrochen. Jeder der vorgegebenen Punkte darf **nur einmal berührt** werden. Zurückfahren auf denselben Punkt ist nicht gestattet (vgl. Adams, 2005: s. 45 ff.).



Es können auch **Denkfehler** durch eine „funktionale Fixierungen“ bestehen, die eine Lösung blockieren, wie z. B. beim Kerzenproblem des Gestaltpsychologen Karl Duncker (Lexikon der Psychologie, o. J.).

Eine Einführung in die gestaltpsychologischen Grundlagen des Problemlösens gibt Richard Mayer, (1978: Kapitel 3).

6.1.2 Misserfolgsmotivation bei Glücksspielsucht

Der Psychoanalytiker Bergler (1958: p. 244) illustriert die spezifischen Defizite der Problemlösekompetenz von Glücksspielsüchtigen anhand der **Geschichte eines Handelsvertreters**, der eine lange Liste von potenziellen Kunden in verschiedenen Städten von seinem Chef erhalten hatte und sich bei seiner Rückkehr des Erfolges röhnte, dass er die Liste vollständig abgearbeitet habe. Auf die Frage seines Chefs, wie viel er verkauft habe, muss er jedoch antworten, dass er froh gewesen sei, auf der langen Reise keine Zugverbindung verpasst zu haben.

Allgemeinpsychologisch lässt sich dieses klinische Phänomen als **Misserfolgsmotivierung** interpretieren. Ogden Hamilton konnte (1974) dies bei **Ringwurfaufgaben** (siehe Abbildung) zeigen: Die Versuchspersonen konnten die Entfernung, mit der sie einen Ring über einen Pflock werfen mussten, wählen. **Misserfolgsmotivierte Personen** bevorzugen die **beiden Extreme**, d. h. die sehr nahen und damit leichten oder die sehr weiten und damit sehr schwierigen Entfernung. **Erfolgsmotivierte** wählen dagegen die zwar anspruchsvollen, aber Erfolg versprechenden **mittleren Entfernungen**, d. h. Aufgaben, die durch beharrliches Üben lösbar sind.

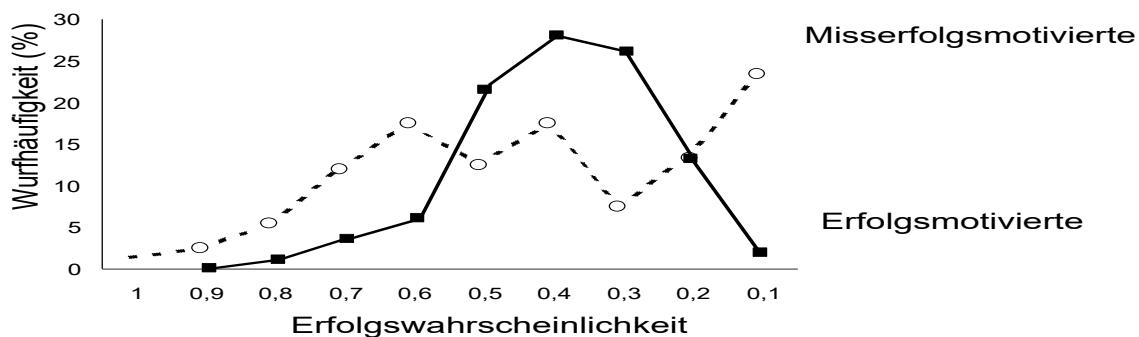


Abbildung: Leistungsmotivation und Risiko bei der Aufgabenwahl (Brunstein & Heckhausen, 2018: S. 190).

Die klinische Durchführung solcher Aufgaben in der Behandlung von **Glücksspielsüchtigen** zeigt deren eindeutige **Präferenz für die riskanten** und damit häufig zu Misserfolgen führenden Entfernungen. Überträgt man dies auf den Umgang süchtiger GlücksspielerInnen mit ihren Lebensanforderungen zeigt sich dies darin, dass sie **bedrohlich erlebten Alltagsproblemen** und wichtigen Entwicklungsaufgaben (Eingehen dauerhafter Beziehungen, Familiengründung, berufliche Karriere u.a.) ausweichen. Stattdessen wenden sie sich dem Glücksspielen zu, also einer unlösbarren und damit von vornherein **zum Scheitern verurteilten Anforderung**.

6.1.3 Problemprofil

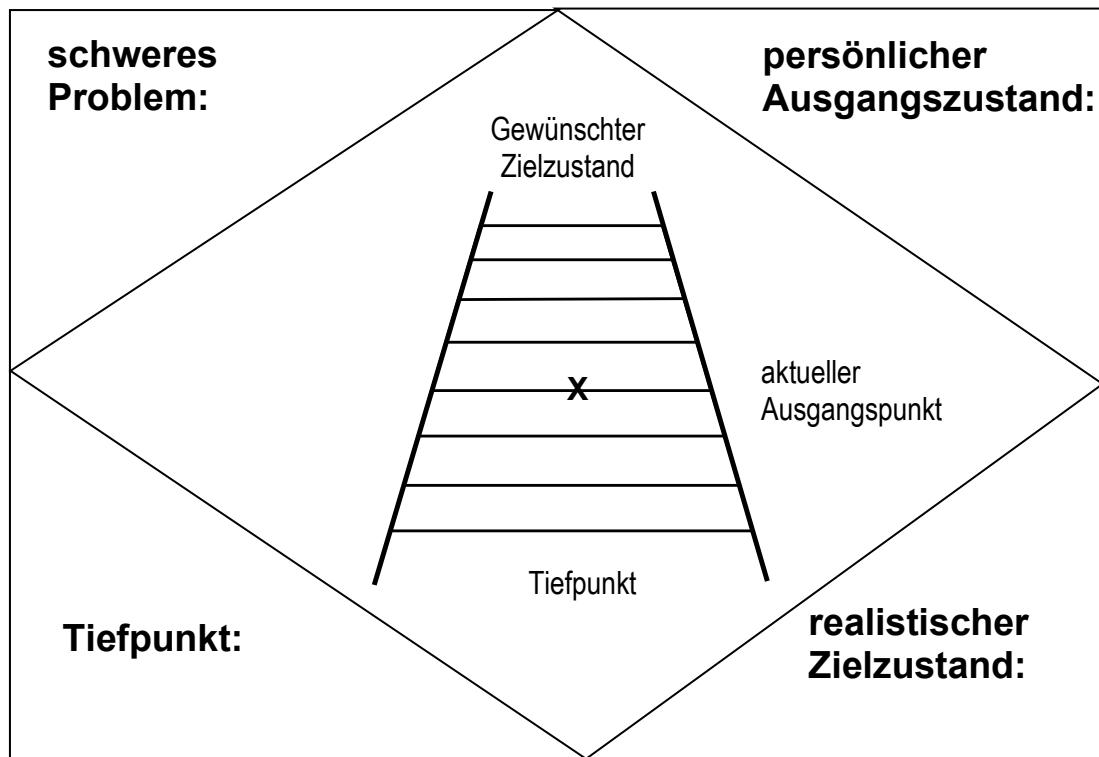
Im Rahmen eines **Brainstormings** (Welche Probleme können Menschen haben?) werden sieben (plus/minus zwei) übergeordnete **Lebensbereiche** definiert. Die TeilnehmerInnen kreuzen für jeden Bereich an, ob sie dort ein schweres (--) oder leichtes (-) Problem haben oder gute (+) oder sehr gute (++) Fähigkeiten besitzen. Die Kreuze werden zu einer gezackten Linie verbunden. Dies entspricht dem individuellen **Problemprofil**:

Lebensbereiche	--	-	o	+	++

Arbeitsschema: Probleme und Ressourcen in verschiedenen Lebensbereichen (in Anlehnung an Priestley, McGuire, Flegg, Hemsley & Welham, 1978: pp. 62 - 63).

6.1.4 Problemleiter

Die als **schwer lösbar bewerteten Probleme** (siehe Problemprofil) werden einzeln beschrieben und bearbeitet. Bezogen auf jedes Problem werden der **persönliche Ist-Zustand** konkret beschrieben, ein **möglicher Tiefpunkt** bei Nichtstun vorgestellt und ein realistischer Zielzustand konkret formuliert. Der problembezogene **aktuelle Ausgangspunkt** wird auf der perspektivischen Leiter angekreuzt:



Arbeitsschema: Lösungsschritte zwischen Tiefpunkt und Zielzustand (in Anlehnung an Priestley, McGuire, Flegg, Hemsley & Welham 1978: p. 67).

Für jedes ausgewählte Problem werden die erforderlichen **Zwischenschritte** erarbeitet. Die Ziele sollten verhaltensbezogen sein, d. h. etwas beschreiben, was der Betroffene konkret tun will. Nach den **S.M.A.R.T.-Regeln** (Doran, 1981) sollten die Lösungsschritte spezifisch, messbar, ausführbar, realistisch und terminiert formuliert werden.

6.1.5 Vorwärts- und Rückwärtsplanung

Vorwärtsplanung (Abfahrt 10.00 – 11.00 Uhr)

Verbindung 1 	Hamburg	10.27	Zugart:	ICE/IC
	Zürich	18.00	Dauer:	7.33 Std.

Umsteigen: 1
Preis: 189,90 €
Vor-/Nachteile: schnell/teuer

Verbindung 2 	Hamburg	10.47	Zugart:	IC/IR
	Basel	19.46	Dauer:	10.13 Std.
	Basel	19.51	Umsteigen:	1
	Zürich	21.00	Preis:	121,60 €

Vor-/Nachteile: preiswert/
langsam

Rückwärtsplanung (Ankunft 18.00 – 19.00 h)

Verbindung 3 	Hamburg	07.06	Zugart:	ICE/EC
	München	12.58	Dauer:	11.20 Std.
	München	13.56	Umsteigen:	1
	Zürich	18.26	Preis:	162,80 €

Vor-/Nachteile: gemütlich/
langsam u.
teuer

Verbindung 4 	Hamburg	10.24	Zugart:	ICE/IC/CIS
	Stuttgart	15.47	Dauer:	8.23 Std.
	Stuttgart	16.02	Umsteigen:	2
	Mannheim	14.42	Preis:	155,90 €
	Mannheim	14.54	Vor-/Nachteile:	interessant/ umständlich
	Zürich	18.47		

Tabelle: Zugverbindungen **von Hamburg nach Zürich** mittels Vorwärts- und Rückwärtsplanung (Dörner, 1989: S. 236 ff.).

6.2 Therapeutisches Geldmanagement

6.2.1 Programm zum therapeutischen Geldmanagement

Geld, Rubel (scherzh.), Money, Knete (Jargon), Asche (ugs.), Heu (ugs.) Flocken (ugs.), Plnkepinke (ugs.), Zaster (salopp), Moneten (salopp), Moos (salopp), Penunzen (salopp), Mücken (salopp), Kröten (salopp), Mäuse (salopp), Flöhe (salopp), Möpse (salopp), Lappen (salopp), Pulver (salopp), Eier (salopp), Piepen (salopp), Kohle (salopp), Kohlen (salopp), Emmchen (ugs.), Blech (salopp), Draht (salopp), Zwirn (salopp), Zunder (salopp), Koks (salopp), Knöpfe (salopp), Mammon (abwertend), schnöder Mammon (scherzh.), Maxen (salopp, österr.)

Programm zum Geld- und Schuldenmanagement (Petry et al., 2023):

Inhalt	Übung
Bedeutung des Geldes	Srcable Geldassoziationen Geldkonnotationen Sprichwörter Millionärsfantasie
Geldstil	Geldtest Geiz und Verschwendungen als Verräumlichung
Einführung ins Geldmanagement	Fabel von der Elster und dem Fuchs
Geld- und Schuldenmanagement	Nikomachische Ethik Goldene Gans Konto Duschen im Dunkeln
Bibliotherapie	Money Talks Zola, Twain und Mann
Haushaltsanalyse	Schuldenaufstellung Haushaltsplan Ausgabenprotokolle

Geldtest: Portemonnaie des geschäftsführenden Gesellschafters der Spielbank Hamburg:



Quelle: ZEITmagazin (Kura & Pielow, 1994)

6.2.2 Therapeutisches Geldmanagement

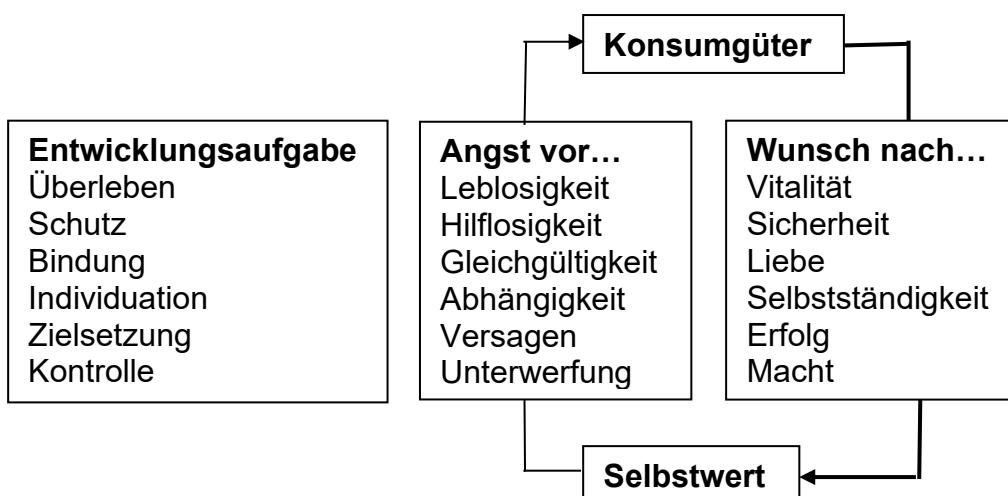
Dem **zweckrationalen Denkmodell** (*Homo Oeconomicus*) der klassischen Nationalökonomie (Tuckett, 2013: S. 30 u. 282; Bibliographisches Institut, 2016) wird die empirisch begründete psychologische Geldtheorie gegenübergestellt (Lindgren, 1999; Petry, 2000; Hammond, 2017; Housel, 2022).

Nach der **psychologischen Geldtheorie** von Lea et al. (1993) handelt es sich beim Geld nicht um ein abstraktes Austauschmedium, sondern ein konkretes Objekt mit individuell sehr verschiedenen Bedeutungen (multipler Symbolismus). Nicht der Besitz an sich, sondern jeweils spezifische Eigenschaften des Geldes sind wichtig. Neben ökonomischen Eigenschaften (wie Stabilität und Liquidität) bestimmen psychologische Merkmale, die von der Quelle (z.B. Erbe), den Austauschmöglichkeiten (z.B. Scheck) oder dem Kontext (Geschenk) abhängen, unser Alltagshandeln. Der Gelderwerb entsteht aus individuellen Bedürfnissen (z. B. Sicherheit) und Bewertungen (z. B. Unmoral).

Es werden erlebnisaktivierende Methoden zur Bewusstmachung der **emotionalen Bedeutung** des Geldes und zur Veränderung problematischer **Geldstile** vermittelt. Die Prinzipien des „**frei verfügbaren Einkommens**“ (Yablonsky, 1966) und der „**unmittelbaren Rückzahlung**“ (Custer & Milt, 1985) als Grundstrategien des Geld- und Schuldenmanagements werden erläutert und auf Methoden der Haushaltanalyse und Schuldenregulierung (Abraham, 2002; Gastiger & Stark, 2012) bezogen.

In der **Nikomachischen Ethik** von Aristoteles (1969) wurde das Grundprinzip der „**Suche nach dem Mittleren**“ formuliert, wonach die zu fordernde Tugend in der Mitte zwischen zwei extremen Lastern zu finden ist. Bezogen auf den Umgang mit Geld schreibt er: *In Hinsicht auf das Geben und Nehmen von Geld ist Großzügigkeit die Mitte. Das Zuviel und das Zuwenig heißen Verschwendungssehnsucht und kleinliches Knausen* (a.a.O.: S. 47).

Konsum und Selbstwert (Haubl, 1998: S. 20):



6.2.3 Die Fabel von der Elster und dem Fuchs

*Die Tiere des Waldes hatten wieder einmal Probleme mit der **Elster**.*

Sie konnte einfach nicht davon lassen fremder Leute Schmuck mit in ihr Nest zu nehmen. Zu sehr war sie fasziniert von dem goldenen und silbernen Glänzen. Es war wie ein innerer Zwang, dem sie folgte. Sie musste dann einfach zugreifen. Danach gab es natürlich immer Ärger. Die Vögel gerieten insgesamt allmählich in Verruf, so dass die Tiere beratschlagten was zu tun sei.

*Der klugen **Eule** kam die Aufgabe zu mit der Elster ein ernstes Wort zu reden, ihr zu erklären, dass es so nicht weiter gehen könne. Den Geschädigten müsse sie Rückzahlungen leisten und für die Zukunft solle Schluss sein mit diesem unvernünftigen Leben. Wenn sie denn unbedingt reich werden wolle, dann auf ehrlichem Weg.*

Im Übrigen bot die Eule sich als Beispiel für eine andere Lebenshaltung an. Sie selbst finde Erfüllung in der Weisheit. Reichtum sei vergänglich und das wahre Vogelglück finde nur wer sich sammle und seine Interessen auf die Kunst und die Wissenschaft lenke.

*Der **Elster** gefiel das gar nicht. So wie die Eule wolle sie bestimmt nicht leben. Mit ihrem eleganten schwarz-weißen Federkleid stand ihr die Welt offen. Und Reichtum gehörte in dieser Welt dazu. Gut, das musste die Elster einsehen, mit dem Schmuck, das wurde allmählich ein echtes Problem. Es galt also einen Weg zu finden, der mit weniger Risiko und Ungemach zum Ziel führte. Die Eule hatte ihr noch empfohlen sich unter den Tieren einmal umzusehen. Da gebe es eine Vielzahl von Beispielen, von denen sie sicher lernen könne.*

So machte die Elster sich also auf den Weg zu den anderen Tieren.

*Sie hatte schon mit manchem gesprochen, aber so recht gefallen wollte ihr das alles nicht. Da kam sie zu dem Bau des **Eichhörnchens**, das aber, wie so oft, nicht zu Hause war. Das kleine Tierchen arbeitete schrecklich viel, so dass erst nach vielen Versuchen ein Treffen zustande kam. Aber das Eichhörnchen hatte überhaupt keine Ruhe zum Reden. Ständig rannte es die Bäume rauf und runter, sammelte Nüsse, nagte an Tannenzapfen, vollführte dabei akrobatische Kunststücke und war immer in Bewegung. „Die Arbeit hält mich fit, ich habe einen durchtrainierten Körper und immer genug Nüsse als Vorrat. Natürlich bin ich von morgens bis abends auf den Beinen, aber schließlich leben wir ja um zu arbeiten, oder?“*

Nein, das war nicht die Philosophie der Elster. So wollte sie nun bestimmt nicht werden.

*Da traf sie den **Fuchs**, den Schlaumeier unter den Tieren. Mit ihm verstand sie sich von Anfang an recht gut. Vom Fuchs konnte man viel lernen. Er war klug, lebenslustig und offensichtlich recht vermögend. Sein Pelzmantel jedenfalls sah nobel aus!*

In den Gesprächen mit dem Fuchs lernte die Elster sehr viel über Vermögensbildung und Schuldenregulierung. Der Fuchs hatte ein raffiniertes System, mit dem er seine Barschaft mehrte. Und alles ganz legal!

Von allen Einnahmen, die er nicht direkt für seinen Lebensunterhalt brauchte, sparte er die Hälfte an. Dabei wählte er eine Anlageform, die trotz recht guter Verzinsung nur wenig risikoträchtig war.

Auch zur Abtragung der Schulden empfahl er der Elster, sie solle nicht alles Geld, das sie erübrigen könne, zur Schuldenbegleichung verwenden, sondern einen Teil ansparen und etwas Geld für Wünsche und Dinge ausgeben, die man genießen kann.

Mit diesen und einigen wenigen anderen Regeln, so der Fuchs, könne man seine finanzielle Situation gut in den Griff bekommen.

*Da hatte die **Elster** aber noch eine Reihe von Fragen und so sah man die beiden noch lange miteinander ins Gespräch vertieft.... (Idee und Text von Wolfgang Bensel)*

6.2.4 Geld und Glück

Macht Geld glücklich?

Geld und Wohlstand allein macht nicht zufrieden, dafür sind **andere Faktoren** (Gute Partnerschaft, Freundschaft, befriedigende Arbeit und Werteorientierungen) bedeutsam. Dies zeigt sich beim Vergleich zwischen **armen und reichen Bevölkerungsgruppen und Ländern** (Argyle, 2001; Brockmann & Delhey, 2013).

Bei Untersuchungen von LottomillionärlInnen galt zunächst die **Adaptionsniveau-Hypothese**, wonach sich das anfängliche Glücksgefühl nach kürzerer Zeit wieder an das ursprüngliche Niveau annähert. Lange Zeit stand dafür die kleine Vergleichsuntersuchung (N = 22) von Brickman et al (1978), nach der **Lotto-Hauptgewinnern** nicht glücklicher als Kontrollpersonen waren.

Eine **Längsschnittsuntersuchung** (Lindqvist et al., 2020) von **LotteriespielerInnen** (N = 3.362) über 5 bis 22 Jahre nach einem Gewinn konnte zeigen, dass höhere Gewinnsummen mit einer größeren allgemeinen Lebenszufriedenheit im Vergleich mit einer soziodemografisch parallelisierten Kontrollgruppe einhergingen. Der nachgewiesene Effekt hielt länger als eine Dekade an und zeigte keine Tendenz zur Abnahme.

Geld kann zu einer **größeren Zufriedenheit** führen (Killingsworth, 2021), da es wichtige Ressourcen erschließt (z. B. vermindertes Gesundheits- und Sterberisiko in höheren Schichten). Befragungen von Superreichen (Machtgefühle / Reisen ins Weltall) im Vergleich zu Normalbürgern bestätigen dies (Diener et al., 1985).

Wie macht Geld glücklich? (Dunn et al.; 2011; Dunn & Norton, 2014):

- Kaufe Erlebnisse und nicht Dinge
- Hilf anderen anstatt Dir selbst
- Kaufe viele kleine Vergnügungen statt wenige große
- Schließe weniger Versicherungen ab
- Zahle jetzt und konsumiere später
- Denke an die alltäglichen Konsequenzen Deiner Entscheidungen
- Vermeide vom Wesentlichen ablenkende Preisvergleiche
- Folge den Erfahrungen anderer anstatt Deiner Vernunft

7 Gefangene Fische

Bitte schreiben Sie als Stichworte die **Fischarten** (kleine Zierfische, große Hochseefische) auf, die Sie in dem Workshop für sich fangen konnten. Blättern Sie nochmals durch die Unterlagen und schauen Sie sich Ihre Notizen an! Es kann sich um theoretische Erkenntnisse, Wissen oder praktische Anregungen handeln. Besinnen Sie sich bitte auf die eingangs formulierten (Kapitel 1.1) Einstellungen zur Suchtproblematik!

Wer allerdings die Arbeit mit alkoholkranken Personen überwiegend als starke Belastung empfindet, sollte nicht in diesem Arbeitsfeld bleiben. Man kann mit Suchtkranken auf Dauer nur erfolgreich sein, wenn man die Arbeit gerne macht (Reker, 2022: S. 155).

Vielen Dank und alles Gute
für die weitere Arbeit!

Literaturhinweise auf meiner Website: www.joerg-petry.de (Literaturhinweise/ Theorie und Therapie von Süchten) und PP-Präsentationen (Vorträge)

Was muss man bei einem Laminiergerät beachten?
Vom Preis abgesehen gibt es ein paar wichtige Grundwerte, auf die du vor dem **Kauf eines Laminiergerätes** besonders achten solltest: Handlichkeit, Format, Aufwärmzeit, Foliendicke, Dicke der Materialien, Heiß- und Kaltlaminierung, regelbare Temperatur und Laminiergeschwindigkeit.

Kontakt:

Dipl.-Psych. Dr. phil. Jörg Petry
D-33615 Bielefeld, Weststraße 62
joerg.petry@googlemail.com