

Wolfgang Hoog

**Krankhafte Abhängigkeit
als ganzheitliche Störung**

Ergotherapeutische Grundprinzipien
in der Therapie von Abhängigkeiten

Dank

Dank zuallererst meiner Familie, die mir auf allen meinen Wegen und Irrwegen immer die Sicherheit einer Zufluchtstätte gab und gibt, und die mich bei meiner Arbeit immer nach besten Möglichkeiten unterstützte.

Dank meinen LeserInnen und allen FreundInnen, KollegInnen... , die mir mit formalen, fachlichen und menschlichen Tips halfen.

Dank zuletzt auch allen, die mit ihren Erfahrungen Abhängigkeit anschaulich, begreifbar und nachvollziehbar machten.

Die Fallbeispiele in diesem Buch beruhen auf persönlichen Bekanntschaften des Verfassers.

Daten, die zur Erkennung der Personen führen könnten, wurden, soweit überhaupt deren Wiedergabe notwendig war, so weit wie möglich verändert.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne ausdrückliche schriftliche Genehmigung des Verfassers reproduziert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© 1994 Wolfgang Hoog, Caritasstraße 14, 4050 Traun.

Inhaltsverzeichnis

<u>1. Einleitung</u>	<u>6</u>
<u>2. Krankhafte Abhängigkeit</u>	<u>8</u>
2.1. ALLGEMEINES ZUR ABHÄNGIGKEIT	8
2.1.1. WEN BETRIFFT KRANKHAFTE ABHÄNGIGKEIT? (EPIDEMIOLOGIE)	8
2.1.2. GESCHICHTE	11
2.1.2.1. Geschichte des Suchtbegriffs	11
2.1.2.2. Geschichte des Rauschmittelgebrauchs.....	13
2.2. WARUM GIBT ES KRANKHAFTE ABHÄNGIGKEIT? (ERKLÄRUNGSWEISEN)	15
2.2.1. GENETISCHE ASPEKTE.....	15
2.2.2. PHARMAKOLOGISCHE SICHTWEISE	16
2.2.3. NEUROLOGISCHE BEITRÄGE.....	18
2.2.4. VERHALTENSPSYCHOLOGISCHE ERKLÄRUNGEN	19
2.2.5. PSYCHOANALYTISCHE ERKLÄRUNGEN	20
2.2.6. SOZIOLOGISCHE BEITRÄGE	23
2.2.7. HUMANISTISCHE ERKLÄRUNGEN	25
2.2.8. GESELLSCHAFTSKRITISCH-PROZESS-THERAPEUTISCHE SICHTWEISE	27

2.3. WANN KANN MAN VON KRANKHAFTER ABHÄNGIGKEIT SPRECHEN?	29
2.3.1. WAS IST NICHT KRANKHAFTER ABHÄNGIGKEIT? (AUSSCHLUSSDIAGNOSTIK)	29
2.3.1.1. "Normale" Abhängigkeit	29
2.3.1.2. Mißbrauch	30
2.3.1.3. Zwang	31
2.3.1.4. Depression	33
2.3.1.5. Co-Abhängigkeit	34
2.3.2. WIE "FUNKTIONIERT" KRANKHAFTER ABHÄNGIGKEIT? (PHÄNOMENOLOGIE)	35
2.3.3. MERKMALE DER KRANKHAFTEN ABHÄNGIGKEIT (DIAGNOSTIK)	37
2.3.4. OBJEKTE DER KRANKHAFTEN ABHÄNGIGKEIT	41
2.3.4.1. Rauschdrogen	42
2.3.4.2. Alkohol	43
2.3.4.3. Essen	44
2.3.4.4. Schmerzen	46
2.3.4.5. Sex	48
2.3.4.6. Sport	50
2.3.4.7. Glücksspiel	52
2.3.4.8. Arbeiten	54
2.3.4.9. Beziehungen	56

<u>3. Therapie</u>	<u>58</u>
3.1. ALLGEMEINES ZUR THERAPIE VON ABHÄNGIGKEITEN	58
3.1.1. THERAPIEINSTITUTIONEN	58
3.1.2. THERAPIEZIELE.....	61
3.1.3. WAS IST ERGOTHERAPIE?.....	63
3.2. "GANZHEITLICHKEIT" ALS ERGOTHERAPEUTISCHER GRUNDSATZ.....	65
3.2.1. ALLE ABHÄNGIGKEITEN.....	66
3.2.2. ALLE LEBENSBEREICHE.....	68
3.2.3. DER GANZE MENSCH	69
3.2.4. "GANZHEITLICHKEIT" KONTRA "DUALISMUS"	72
3.3. WAHRNEHMUNG IN DER THERAPIE VON ABHÄNGIGKEITEN	75
3.3.1. SELBSTWAHRNEHMUNG	76
3.3.1.1. Direkte Selbstwahrnehmung	77
3.3.1.2. Wahrnehmung über Werke	82
3.3.2. FREMDWAHRNEHMUNG.....	84
3.3.2.1. Beziehungen und soziale Kompetenz.....	84
3.3.2.2. Alltagsbewältigung.....	86
<u>4. Schlusswort</u>	<u>87</u>
4.1. "SELBSTMORD AUF RATEN" (ABHÄNGIGKEIT).....	88
4.2. "WIEDER LERNEN ZU LEBEN" (THERAPIE)	89
<u>5. Literaturverzeichnis</u>	<u>91</u>

1. EINLEITUNG

Als ich mich zu Beginn meiner Ausbildung zum Ergotherapeuten (und auch schon früher) mit dem Thema "Abhängigkeit" beschäftigte, sah ich mich einem unübersichtlichen, verwirrenden Dschungel verschiedenster Definitionen, Erklärungen usw. ausgesetzt, die für sich mehr oder weniger logisch und nachvollziehbar, aber untereinander oft widersprechend und gegensätzlich waren.

Noch schlimmer war und ist es bei den Ansätzen von Therapien: Entweder sind Therapiekonzepte zu komplex, verwirrend, verwirrt, unbewußt, unausgegoren... um weitergegeben zu werden. Oder es gibt klare, wissenschaftlich untermauerte Richtlinien, aber der Therapieerfolg ist der gleiche, wie ohne Konzept.

Wichtige Veröffentlichungen auf diesem Gebiet (z.B. Edwards, 1977 und Emrick, 1975) bezweifeln überhaupt die Effizienz einer Therapie. Die Beurteilung der Effizienz einzelner Therapieangebote ist bis heute nur schlecht untersucht, dementsprechend schwanken auch die Angaben über Therapieerfolge in hohem Maße. (Lesch)

Eines der größten Probleme, denen ich mich gegenüber sah, war, als Voraussetzung für eine "ergotherapeutische Therapiezielformulierung", die Beantwortung der Fragen: Was ist Abhängigkeit überhaupt? Wie weit muß der Begriff "Abhängigkeit" gefaßt werden, um einerseits ganzheitlich umfassend zu sein, mit dem man aber andererseits auch noch sinnvoll praktisch arbeiten kann? Wann ist Abhängigkeit eine Krankheit?

Diese Arbeit besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil versucht, ein ganzheitliches Bild von Abhängigkeit als Krankheit zu vermitteln. Dieser erste Teil hat zur Aufgabe, einen kleinen Einblick in die komplizierte Thematik der Abhängigkeiten zu geben, einige der vielen Erklärungsmodelle und zahlreichen Arten der Abhängigkeiten vorzustellen, und eine Ahnung zu vermitteln, was eigentlich das zu behandelnde Problem ist.

Im zweiten Teil wird versucht, Wege aus dem zuvor beschriebenen Teufelskreis zu finden. Dieser Teil soll nicht die Praxis der Ergotherapie beschreiben, sondern das Problem der Abhängigkeit aus einem ergotherapeutischen Blickwinkel beleuchten. Dabei wird zuerst überlegt, was der Anspruch oder Wunsch nach "Ganzheitlichkeit" für

die Therapie bedeutet. Dann werden, ausgehend von der "Wahrnehmung" als ein grundlegender Ansatzpunkt der Ergotherapie, einige ergotherapeutische Bereiche vorgestellt, die für die Therapie von Abhängigkeiten von Bedeutung sein könnten.

Diese Arbeit soll einen kurzen Überblick über das Thema geben und kann deshalb die vielen einzelnen Aspekte nur anschnitten und Interesse an diesem Bereich der Ergotherapie wecken. Zur näheren Beschäftigung sei auf die mehr oder weniger zahlreiche ausführlichere und kompetentere Literatur verwiesen.

Ich hoffe, mit dieser Arbeit einen kleinen Beitrag zur theoretischen Begründung ergotherapeutischer Tätigkeiten beitragen zu können.

2. KRANKHAFTER ABHÄNGIGKEIT

Die Straße der Ausschweifungen
führt zum Palast der Weisheit.

William Blake

2.1. ALLGEMEINES ZUR ABHÄNGIGKEIT

2.1.1. WEN BETRIFFT KRANKHAFTER ABHÄNGIGKEIT? (EPIDEMIOLOGIE)

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird unter "Sucht" in der Regel "Drogensucht" verstanden. Die Abhängigkeit von Drogen gilt als eine der größten Gefahren der Jugendzeit. Ohne die Wichtigkeit der Therapie der Krankheit "Drogenabhängigkeit" zu verleugnen, möchte ich doch auf die Größenverhältnisse bei den verschiedenen Abhängigkeiten hinweisen und den Blickwinkel an möglichen Abhängigkeiten erweitern, ohne an dieser Stelle näher darauf einzugehen, wann von Abhängigkeit als Krankheit gesprochen werden kann.

Es soll auf die Vielfalt an "ungesunden", "unvernünftigen" vielleicht auch krankhaften, abhängigen Verhaltensweisen in unserem Leben hingewiesen werden.

Derzeit gibt es in Österreich nach neuesten Schätzungen etwa:

500.000 Alkoholabhängige

100.000 Arzneimittelabhängige

30.000 Drogenabhängige (ÖSTAT, 1994a)

davon 10.000 Opiatabhängige (Pfersmann, 1992)

(Zur Drogenabhängigkeit muß gesagt werden, daß die Abhängigkeit von Nicht-Opiaten (meist) nur psychisch ist, und kaum Dosissteigerung, körperlicher und sozialer Verfall... auftreten.)

Zunächst ein paar nähere Informationen zu den in den Diskussionen um Abhängigkeit (und leider auch in dieser Arbeit) immer stiefmütterlich behandelten Medikamenten:

25 % aller Österreicher benötigen regelmäßig Medikamente. Fast die Hälfte davon (10 %) schlucken dabei 2 oder mehr verschiedene. Dieser regelmäßige Medikamentenkonsum betrifft aber nicht nur Ältere sondern schon 7 % der 16 - 25 - Jährigen und 15 % der 26 - 45 - Jährigen. (ÖSTAT, 1994c)

14 % aller Österreicher kurieren damit ihren hohen Blutdruck oder Herzbeschwerden, oft ohne die Lebens- und vor allem Eßgewohnheiten zu ändern, 8 % nehmen regelmäßig (!) Medikamente wegen Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Nervosität, und 3.5 % aller Frauen benötigen Medizin gegen Magen- und Verdauungsbeschwerden. (ÖSTAT, 1994c)

Oft geschieht dies mit Selbstdiagnose und Eigenbehandlung. Teils zur "Schonung" der überlasteten Ärzteschaft, teils aufgrund unzureichender fachlicher Hilfe. Oft in "Zusammenarbeit" mit "auf Verschreibungen spezialisierten" Ärzten.

Lesch et al. (1984) und Mader (1981) schätzten den Mißbrauch der Österreicher ab dem 14. Lj.:

12 % Alkoholmißbrauch

10 % Analgetika (davon 38 % Mißbrauch, 3 % Abhängigkeit)

3 % Tranquilizer (davon 85 % Mißbrauch, 9 % Abhängigkeit; 96 % ärztlich verordnet !)

1 % Hypnotika (davon 85 % Mißbrauch, 2 % Abhängigkeit, 92 % von Ärzten verordnet)

1 % Laxantien (davon 77% mißbräuchlich)

Die Anerkennung der "Spielsucht" als Krankheit hat sich leider noch nicht durchgesetzt. Aufgrund vorsichtiger Schätzungen sollen davon 0.5-1% der Erwachsenen betroffen (3-4% gefährdet) sein. (Grabner, 1993) Das sind fast 10-mal so viele wie Opiatabhängige.

Über andere ev. Abhängigkeiten gibt es leider keine epidemiologischen Daten. Aber das Konsumverhalten der Österreicher spricht für sich:

So trinkt z.B. der Durchschnittsösterreicher im Jahr 33 Liter Wein und 120 Liter Bier aber nur 23 Liter Fruchtsaft. 37 kg Zucker und

Zuckerwaren und 93 kg Fleisch stehen nur 77 kg Gemüse im Jahr gegenüber. (ÖSTAT, 1994b)

29 % aller Österreicher (ab 20 Jahren) überschreiten das Normalgewicht (Körpergröße in cm -100) um mindestens 10%. Die Spitze dieser Statistik liegt bei 50 - 70 - jährigen Frauen (48 % der österreichischen Frauen von 60 - 64 Jahren!), aber auch schon 21 % der 30 - 34 - jährigen Männer sind so dick. (ÖSTAT, 1987)

Die Folgen sind z.B. der oben beschriebene, massive Medikamentenkonsum, Kreislauf-, Magen-, orthopädische Erkrankungen...

Weitere Anzeichen für Abhängigkeit und die damit verbundenen Folgeschäden könnten z.B. in den Erkrankungen des Bewegungsapparates aufgrund fehlender Sensibilität für den eigenen Körper bei der Arbeit usw. gesehen werden.

Die psychischen, sozialen aber auch körperlichen Beschwerden von Langzeitarbeitslosen gleichen häufig denen "anderer" Abhängiger.

Auf diese Aspekte, sowie auf Beziehungsverhalten kann hier leider nicht mehr näher eingegangen werden.

Am deutlichsten veranschaulicht die Sterbestatistik die Bedeutung der einzelnen Abhängigkeiten:

Im Jahr 1992 starben 83.162 Österreicher. Davon z.B.:

43.781 an Krankheiten des Herz-Kreislaufesyst.

2.298 an Leberzirrhose

1.759 an Selbstmord und Selbstbeschädigung

Davon sind unter 60 Jahren verstorben:

2.673 an Herz-Kreislauf-Erkrankungen,

1.376 an Leberzirrhose und

1.131 durch Selbstmord Verstorbenene.

Selbst unter 40 Jahren gibt es schon

306 an Herz-Kreislauf-Erkrankungen,

222 an Leberzirrhose und

580 durch Selbstmord Verstorbenene. (ÖSTAT,

1994a)

Die Zahl der Drogentoten ist mit 187 nicht viel größer als z.B. die 112 bei Verkehrsunfällen mit Alkoholbeteiligung Gestorbenen (ÖSTAT, 1993).

Krankhafte Abhängigkeit betrifft also nicht nur unangepaßte Jugendliche oder Eltern, die um ihre Kinder Angst haben. Es ist nicht nur ein Problem der Randgruppen.

Vielmehr begegnen wir tagtäglich Verhaltensweisen, die unsere Gesundheit und unser körperliches, seelisches, familiäres, gesellschaftliches Wohlbefinden langfristig stören aber doch nicht unterbunden werden können. Die Zahl der "Drogen"-toten ist größer als nur die der in den WC-Anlagen am Karlsplatz. "Abhängigkeit" ist ein Thema, mit dem wir alle uns beschäftigen müssen.

2.1.2. GESCHICHTE

In einschlägiger Literatur steht meistens unter dem Kapitel "Geschichte der Sucht" eigentlich nur über die Geschichte des Rausches als festen Bestandteil der Religionen und Kulturen. Diese weitverbreitete Vermischung der Begriffe ist ebenso bezeichnend für die Einstellung zu und den Umgang mit Rausch, Grenzüberschreitung, Abhängigkeit, Gefühlen... in unserer Gesellschaft, wie die Tatsache, daß es tatsächlich keine Literatur über eine "Geschichte der Abhängigkeit" gibt.

Korreakterweise müßte eigentlich auf das Kapitel "Geschichte des Rauschmittelgebrauchs" ein Kapitel "Geschichte des Essens" oder "Geschichte der Arbeit", "Geschichte des Sex" ... folgen, dies würde aber den Rahmen sprengen.

2.1.2.1. GESCHICHTE DES SUCHTBEGRIFFS

Der Begriff "Sucht" leitet vom Alt- und Mittelhochdeutschen "suht" ab (Gabriel, 1962), was einfach soviel wie "Krankheit" bedeutet. In diesem Sinne wird er noch heute zum Beispiel als Gelbsucht verwendet.

Eine ältere Ableitung des Verbums "siechen", das ursprünglich noch keinen Beigeschmack von Hoffnungslosigkeit hatte, ist "Seuche" (althochdeutsch. "siuhhi").

Der Plural von "suht" ☞ "Sucht" lautete "suhti" ☞ "Süchte"; im 17. Jhdt. tauchte daneben eine zweite Form: "Suchten" auf, die bis heute noch vereinzelt verwendet wird.

Entgegen der Wortgeschichte wurde "Sucht" mit "suchen" zusammengebracht, und in diesem Sinne wird es auch in der (Patho-) Psychologie verwendet. Aber nicht erst die Psychologie hat seelisch-geistige Phänomene als "Suchten" bezeichnet; schon der Mönch Otfrid, der im 9. Jhd. dem heidnischen Heldenlied christliche Dichtung entgegengesetzte, benannte sittliche Verkommenheit, das Laster als "Sucht".

Der psychopathologisch-psychiatrische Suchtbegriff wurde zuerst nur für den übermächtigen Drang zur Aufnahme von chemisch definierbaren Substanzen bestimmter pharmakologischer Wirkung gebraucht, aber schon bald wurde er (z.B. 1932 von v.Gebtsattel) auf "süchtiges Verhalten im Gebiet sexueller Verirrungen" ausgedehnt: "Jede Richtung menschlichen Interesses kann süchtig entarten." Später wurden auch die Monomanien als "Suchten" bezeichnet und die "Möglichkeit der süchtigen Ausartung von Tätigkeiten (=giftfreie Suchten)" beschrieben. (Täschner, 1983)

Seither herrschen mannigfaltigste Definitionen von "Sucht". Man könnte glauben, jeder der diesen Begriff verwendet, verstehe etwas anderes darunter. Aus diesem Grund hat die WHO, nach mehreren vergeblichen Versuchen, diesen Begriff einheitlich zu definieren, für den medizinischen Bereich den Begriff Abhängigkeit geschaffen. (Siehe auch Kapitel 2.3.1.1.)

Die ICD-9-Definition der WHO kennt Alkoholabhängigkeit als "einen psychischen, manchmal auch körperlichen Zustand, der durch Alkoholgenuß entsteht und durch Verhaltensweisen und andere Reaktionen charakterisiert ist, die immer den Drang einschließen, ständig oder periodisch Alkohol zu sich zu nehmen, um dessen psychischen Effekt zu erleben. Manchmal soll damit auch das Mißbehagen bei fehlendem Alkoholgenuß vermieden werden. Toleranz kann vorliegen oder nicht."

Medikamenten-/Drogenabhängigkeit ist laut ICD-9-Definition ein "psychisches und manchmal auch körperliches Zustandsbild als Folge einer Medikamenten-/Drogeneinnahme. Es ist charakterisiert durch Verhaltensstörungen und andere Störungen, die immer den Zwang einschließen, das Medikament/Droge zeitweilig oder länger einzunehmen, um ihre psychische Wirkung zu erfahren, und manchmal, um das Mißbehagen beim Fehlen des Medikamen-

tes/Droge zu vermeiden. Toleranz kann vorliegen oder nicht. Abhängigkeit kann für ein oder mehrere Medikamente/Drogen bestehen." Es wird wahrscheinlich noch länger dauern, bis sich in einem derart umfassenden und komplexen Bereich einheitliche, klare Begriffe durchgesetzt haben.

2.1.2.2. GESCHICHTE DES RAUSCHMITTELGEBRAUCHS

Die Geschichte der Rauschmittel ist so alt wie die Geschichte der Menschheit. Schon vor 6000 Jahren nannten die Sumerer den Mohn "Pflanze der Freuden". Die ersten geschichtlichen Hinweise auf alkoholische Getränke bezeugen, daß die Sumerer vor 4000 Jahren Bier brauten. Der Wein wird ebenfalls seit langer Zeit kultiviert. Wein und Brot waren die gebräuchlichsten Nahrungsmittel des Menschen im Mittelmeerraum; im Christentum sind sie zu Sakramenten erhoben worden, wobei man anmerken muß, daß die frühen Christen keineswegs jene Mäßigkeit walten ließen, welche später ihren deutlichsten Ausdruck in der Kommunion unter nur einer Gestalt (der des Brotes) fand. Paulus mußte gegen regelmäßige Weinfeste einschreiten, in denen man sich, wie in den meisten Religionen, vom Rausch eine Vorwegnahme der Unsterblichkeit erwartete (1.Kor. 11,21). Als erste entdeckten die Araber im Mittelalter, daß der berauschende Stoff im Wein destilliert und dadurch konzentriert werden kann. Sie nannten ihn Alkohol, "das Feinste von etwas". In der europäischen Kultur hat sich die religiöse Funktion von Rauschdrogen wohl am längsten in den magischen Praktiken der Hexen erhalten. Die Nachtschattengewächse, vor allem das Mandragora ("Alraunmännchen"), aber auch der Fliegenpilz ("Narrenschwamm", "Glückspilz") sind fester Bestandteil unserer Märchen, Sagen...(Schmidbauer, 1971).

"Der Gebrauch der Rauschdroge ist kein Phänomen unserer Zeit, das sich hinreichend als krankhafte Kompensation der Zwänge einer Industriegesellschaft erklären ließe. Herodot, einer der frühesten Geschichtsschreiber Griechenlands, berichtet von den Skythen, daß sie Hanfkörner auf glühende Steine warfen, um den Rauch zu inhalieren. Die Griechen tranken Wein, die Germanen Bier, im Alten Ägypten wurden bereits 2500 v. Chr. Totenfeiern als prachtvoll vorbereitete Trinkgelage gefeiert. Nero aber auch Marc Aurel waren abhängig

von Opiaten. Nicht die Häufigkeit des Drogenkonsums hat sich geändert, sondern die Bewertung durch die moderne, leistungsorientierte Gesellschaft. Das Ungehemmte, Affektive des antiken oder mittelalterlichen Menschen weicht immer mehr dem Ideal der Selbstkontrolle oder, wie es der Soziologe Max Weber genannt hat, der "Rationalisierung der Lebensführung". Entsprechend der Veränderung einer Kultur erfährt auch der Gebrauch von Drogen unterschiedliche Bewertungen. Wie wenig objektiv und deutlich kulturabhängig die öffentliche Meinung die Gefährlichkeit verschiedener Drogen beurteilt, wird deutlich, wenn man die unterschiedlichen Einschätzungen von Alkohol und Opiaten in Ost und West betrachtet. Während Alkoholkonsum im Westen weitgehend gesellschaftlich legitimiert und die damit verbundene Gefahr eher bagatellisiert wird, der Opiatkonsum aber strafrechtlich verfolgt wird, bewertet die arabische und asiatische Gesellschaft genau umgekehrt: Laut Koran ist der Alkohol schändliches Satanswerk und wird gesellschaftlich geächtet, Opiumrauchen und -essen hingegen wird toleriert. Dieser Vergleich legt bei objektiver Betrachtung den Gedanken nahe, daß es nicht der Drogenkonsum an sich ist, sondern die von der Gesellschaft vollzogene soziale Ausgrenzung, allen voran die Illegalität, die das Schicksal des Opiatabhängigen in unserer Gesellschaft bestimmt." (Pfersmann 1992)

2.2. WARUM GIBT ES KRANKHAFT ABHÄNGIGKEIT? **(ERKLÄRUNGSWEISEN)**

Es wäre vermessen, zu versuchen, auf wenigen Seiten ganze Wissenschaften zusammenzufassen. Für eine ganzheitliche Sichtweise müssen aber doch einige verschiedene Dimensionen und Standpunkte, von denen aus man das Phänomen "Abhängigkeit" betrachten kann, vorgestellt werden. Näher Interessierte seien auf die in der Literaturliste angeführten Quellen verwiesen.

2.2.1. GENETISCHE ASPEKTE

Lange Zeit wurde der Abhängige, vor allem der "Trinker", als unveränderliches Schicksal, als "Charaktertyp" hingenommen.

Heute werden genetische Dispositionen als eine von mehreren Ursachen angesehen.

So zeigen kontrollierte Verlaufsstudien bei Söhnen von Alkoholikern, die kurz nach der Geburt adoptiert worden waren und keinen Kontakt mehr zu ihren biologischen Eltern hatten, daß sie gegenüber adoptierten Kindern nicht-alkoholabhängiger Eltern ein ca. 4fach erhöhtes Krankheitsrisiko für Alkoholismus haben (nämlich 20% statt 5%). Umgekehrt erkrankten Söhne von Alkoholikern, die zu Hause aufwuchsen, nicht häufiger an Alkoholismus als ihre adoptierten Brüder. Studien an eineiigen Zwillingen zeigen, daß die Konkordanzraten (Übereinstimmung) für Alkoholismus ca. 40% betragen (Zerbin-Rüdin, 1985).

In Tierexperimenten konnte bei Mäusestämmen ein "Appetit auf Alkohol" gezüchtet werden. Die Tiere zeigten eine erhöhte Aktivität von alkoholabbauenden Enzymen (Alkoholdehydrogenase, Aldehyddehydrogenase) (Keup, 1985).

Persönlichkeitspsychologische Untersuchungen, die z.B. Alkoholiker oft als erregbar, gehemmt, kontaktscheu, affektilabil, oral fixiert, triebhaft, psychopathisch, depressiv... beschreiben, gehen meist nicht darauf ein, ob diese Eigenschaften prämorbid vor der Entwicklung der Abhängigkeit bestehen, oder ob sie krankheitsbedingte Folgeerscheinungen sind. (Tretter, 1990)

Wahrscheinlich wird dem Leser aufgefallen sein, daß in diesem Kapitel nur von Alkohol die Rede war. In der Literatur findet man tatsächlich interessanterweise bei genetischen Untersuchungen hauptsächlich Studien über Alkoholiker (bzw. deren Kinder, Eltern...), während pharmakologische Studien eher über Medikamente und Drogen, und psychologische Ansätze auch über Beziehungen... berichten.

Dieser Zusammenhang korreliert stark mit der Tendenz in der Gesellschaft, Alkoholismus als Charakterschwäche darzustellen, da der Durchschnitt ja mit dieser Droge umzugehen versteht. Im Gegensatz dazu wird bei Abhängigkeit von Drogen die Droge verteufelt, um nicht die eigene Erziehung, Schule... in Frage stellen zu müssen.

2.2.2. PHARMAKOLOGISCHE SICHTWEISE

Jegliches Leben beruht u.a. auf der Fähigkeit sich an geänderte Umstände anzupassen.

"So kann der Organismus durch die kontinuierliche Zufuhr von Substanzen allmählich die Fähigkeit gewinnen, an sich giftige und in manchen Fällen tödlich wirkende Substanzmengen zu verarbeiten.

Der zugrundeliegende organische Umstrukturierungsprozeß wird im Falle der Rauschdrogen als Toleranzerwerb bezeichnet. Sowohl das Absinken der Empfindlichkeit der zellulären Rezeptoren an den Wirkorten als auch die Beschleunigung des Fremdstoffabbaus im Organismus führt letztlich in den Zwang zur Steigerung der Ursprungsdosis, damit es überhaupt noch zu einer spürbaren Wirkung kommt.

Die spätere Wirkung gleicht dabei nicht immer derjenigen, die normalerweise oder am Anfang des Konsums eingetreten war. Der Rausch im Sinne von Euphorie und Ekstase weicht der reinen Vergiftung mit Bewußtseinstrübung und Erlebnisverarmung.

Die Dosis muß weiter gesteigert werden - oft übersteigt sie die normalerweise tödliche Dosis bei weitem - , bis eine chronische Vergiftung gehalten werden muß, um Entzugserscheinungen zu vermeiden. Aufgrund dieser nur mehr Entzugserscheinungen verringernden Wirkung, kommt es vielfach zu der paradoxen Eigenschaft, daß etwa Schlafmittel nicht mehr sedierend wirken,

sondern subjektiv leistungssteigernd und objektiv euphorisierend." (Täschner, 1983)

Die Meinung, Abhängigkeit lasse sich alleine auf das "Suchtpotential" einer Droge zurückführen, ist weit verbreitet. In manchen Krankenpflegeschulen wird z.B. noch immer erklärt, daß man nach einmaliger (!) wissentlicher Einnahme von Opiaten "süchtig" mit allen verheerenden, damit verbundenen Folgen sei.

Diese Meinung schließt jedoch alle psychologischen, soziologischen, gesellschaftlichen... Aspekte aus und ist somit zu vereinfachend. Nähere Forschungen nach einer *unbedingten*, substanzimmanenten Abhängigkeit ergaben keine Erfolge. Man geht daher von dieser Monokausalität ab.

Als Illustration eines möglichen Drogenkonsums ohne krankhafte Entwicklung (bei optimalen Bedingungen) sei die Beschreibung eines Arztes angeführt, der vom 22. bis zum 86. Lebensjahr oral Opiate zu sich genommen hat. Im Alter von 84 Jahren war dieser Arzt noch berufstätig und bot außer einer leichten Unterernährung und Anämie keine pathologischen Befunde. (Pfersmann, 1992)

Dieses Beispiel legt auch die Vermutung nahe, daß Dosissteigerung nicht nur eine Folge pharmakologischer Toleranzbildung ist, sondern auch häufig Unwissenheit und die unterschiedliche Reinheit des "Stoffes" und folglich die Unvorhersehbarkeit der Wirkung die Dosissteigerung fördere.

"Man wird der Problematik nicht gerecht, wenn man das "Suchtpotenzial" eines Stoffes ausschließlich als Substanz-immanentes Merkmal sieht und die disponierenden Eigenschaften des Benützers außer Betracht läßt. Abhängigkeit beschreibt eine "Beziehung zwischen Mensch und Suchtmittel", wobei wie bei jeder Beziehung auf beiden Seiten bestimmte Bedingungen erfüllt sein müssen. Der euphorisierenden Wirkung einer Droge steht die Suche nach dieser Euphorie gegenüber." (Pfersmann, 1992)

Die Wirkung von "suchterzeugenden" Substanzen ist meist auf Zusammenhänge mit dem Endorphinsystem zurückzuführen.

Bei den Opiaten ist die Ähnlichkeit zu diesen Hormonen am größten, aber auch z.B. das beim Alkoholabbau entstehende Acetaldehyd kann mit biogenen Aminen (z.B. Dopamin) zu chemisch mit den

Endorphinen eng verwandten Tetrahydroisochinolininen kondensiert werden. (Tretter, 1990)

Es wäre daher doch naheliegend, auch endorphinspiegelsteigernden Tätigkeiten dasselbe Abhängigkeitspotential zuzuschreiben.

2.2.3. NEUROLOGISCHE BEITRÄGE

"Da praktisch alle psychischen Äußerungen des Menschen an das Substrat "Gehirn" gebunden sind, liegt die Schlußfolgerung nahe, die Forschung in Richtung einer Lokalisation einzelner psychischer Funktionen nach dem Muster der neurologischen Lokalisationslehre voranzutreiben.

Im Hypothalamus führte elektrische Reizung bei mehreren Versuchstierarten zur Konsumsteigerung und sogar zur Präferenz von Alkohol. Auch wurde in Lernexperimenten entdeckt, daß eine durch Hebeldruck vom Versuchstier auslösbare Reizung des medialen Vorderhirnbündels im Bereich des Hypothalamus zu suchtartigem Hebeldruckverhalten führt." (Tretter, 1990)

Funktionsdefekte des Hypothalamus führen zum Verlust der Fähigkeit zur Selbstregulation, stehen deshalb unter anderem in engem Zusammenhang mit Abhängigkeit. (Mitzdorf, 1981)

Die hier erzielten Erfolge haben zur Etablierung der sogenannten Psychochirurgie geführt.

Roeder (1974) geht davon aus, daß eine bestimmte Hirnstruktur, nämlich der mediale Hypothalamus in Höhe der Nuclei ventromediales in erster Linie den Sättigungsmechanismus reguliere, während der laterale Hypothalamus mit dem Hungergefühl in Verbindung zu bringen sei.

Diese mit vielen anderen Hirnstrukturen eng verkoppelten Hirnareale bildeten letztlich einen Schaltkreis, mit dessen Hilfe die Mechanismen der Abhängigkeit zu erklären seien. Dabei verweist Roeder insbesondere auf die Verkoppelung der genannten Hypothalamusareale mit Teilen des limbischen Systems. Schaltet man den Nucleus ventromedialis beidseits aus, so zerstört man damit diejenige Hirnstruktur, die für die Entstehung von Abhängigkeit nach dieser Auffassung verantwortlich zu machen wäre und hätte auf diese Weise die Voraussetzung für Abhängigkeit beseitigt.

Die praktische Anwendung dieser Methode ergab keine nennenswerten Erfolge.

2.2.4. VERHALTENSPSYCHOLOGISCHE ERKLÄRUNGEN

In diesem Modell ist "süchtiges " Verhalten größtenteils erlernt. Eine Form des "Lernens" ist die klassische Konditionierung. Beobachtungen zeigen z.B. Heroinabhängige, denen Injektionen reiner Kochsalzlösung einen erregenden "flash" erzeugen können, und das Absetzen solcher Placebos ein Entzugssyndrom provozieren (Pfersmann,1992). Bei manchen Abhängigen sollen auch schon beim Anblick einer Spritze extatische Zustände auftreten.

Beim "Lernen am Modell" ahmen Kinder den Umgang der Eltern mit Alkohol, Tabletten, anderen Menschen... nach. 3% der männlichen Bevölkerung haben bereits vor dem 6. Lebensjahr Erfahrungen mit Alkohol (Feuerlein, 1984).

Es ist auffallend, daß in den meisten Familien mit Alkoholismus auch vermehrt Probleme mit Drogen, Eßstörungen... vorkommen. Diese familiäre Disposition läßt vermuten, daß bestimmte Verhaltens- und Beziehungsmuster ausschlaggebend für Abhängigkeit sind.

Die Verhaltenstherapie baut aber vor allem am "Lernen am Erfolg" auf:

Verhalten kann positive und negative Gefühle als Ursache, Begleitung und Folge haben.

Solche "Verstärkung" ist bei Alkoholkonsum zum Beispiel:

- ◆ Fröhliche soziale Anlässe (Feste, Feiern)
- ◆ Zuwendung (Zuprosten)
- ◆ Wegfallen von Hemmungen

"Bestrafung" ist zum Beispiel:

- ◆ Erbrechen
- ◆ Gangstörungen
- ◆ Streit oder Unfälle
- ◆ Kater am Morgen

Je nachdem, ob die "Verstärkung" oder die "Bestrafung" überwiegt, wird das Verhalten positiv oder negativ empfunden. Die weitere Ent-

wicklung des Konsums wird von solchen Plus-Minus-Bilanzen (Lust/Schmerz) gesteuert, wobei Sofortwirkungen stärker verhaltensdeterminierend wirken als Spätwirkungen. Das heißt, negative Folgen des Konsums können oft durch weiteren Konsum beseitigt werden, was zu einer weiteren Steigerung führt.

Die Verfestigung des rauschbezogenen Sozialverhaltens und Problemlösens führt auch mangels Übung zu einer Schwächung der entsprechenden Kompetenz im Nüchternzustand. Der Nüchternzustand ist auch zusehends von Entzugserscheinungen geprägt, so daß weiterer Konsum zur Beseitigung dieser Symptome notwendig ist. (Tretter, 1990)

Therapeutische Konsequenz dieser Theorie ist, daß falsch gelerntes Verhalten auch wieder über Verhaltenstraining beseitigt werden kann.

Das System von Belohnung und Bestrafung für erwünschtes bzw. nicht erwünschtes Verhalten findet sich in vielen Therapiekonzepten. Oft besteht der Schwerpunkt einer Therapie, neben oder auch gerade durch Aufklärung und medizinische Behandlung, in einer "Erhöhung des Leidensdruckes".

Es drängt sich die Frage auf, ob die Hintergründe und Ziele therapeutische oder pädagogische sind. Problematisch wird die "Hindrängung" auf ein Therapieziel, wenn es nicht das des Patienten oder von ihm nicht erreichbar ist.

2.2.5. PSYCHOANALYTISCHE ERKLÄRUNGEN

In den bisherigen Sichtweisen wurde Abhängigkeit immer als Zusammenspiel äußerer, meist organischer Faktoren gesehen. "Krankheit ist stets körperlich." (Schneider, 1944) "Zu einem solchen Vorgehen steht die Psychoanalyse in bewußtem Gegensatz: Krankheit ist stets eine leib-seelische Manifestation, wobei die Ursache psychisch oder somatisch sein kann. Solange es nicht gelingt, an jenen pathogenetischen Primärprozess heranzukommen, der fortwährend neue Symptome erzeugen kann, hat der diagnostische Blick nicht die geforderte Tiefe, ist die Therapie symptomatisch, nicht spezifisch." (Mitscherlich, 1947)

Aus der Sicht der Psychoanalyse spielt sich seelisches Geschehen im Kräftefeld zwischen den psychischen Instanzen Es, Ich und Über-Ich ab. Das Ich als zentraler Organisator der Erfahrungen und Erlebnisse muß ein Gleichgewicht herstellen zwischen der äußeren Realität, dem Es als weitgehend unbewußtem Bereich der Triebe bzw. Gefühle und dem Über-Ich, das durch soziokulturell vermittelte Sollwerte eine Gewissensfunktion ausübt.

Die Erfahrungen mit sich selbst sind als Selbstrepräsentanzen, Erfahrungen mit der Umwelt als Objektrepräsentanzen gespeichert. Für die psychische Stabilität ist sowohl die Qualität der Selbstrepräsentanz (Selbstbild) als auch die Qualität der Objektrepräsentanz (Bilder von der Umwelt), vor allem im Sinne der Objektbeziehungen (z.B. Beziehung zur Mutter) mit ihren libidinösen und aggressiven Anteilen, bedeutsam.

Bei Abhängigen soll aufgrund frühkindlicher Störungen der "Mutter-Kind-Interaktion" eine Spaltung der Objekte und des Selbst in gute und böse Anteile einerseits und eine Verschmelzung von Objekt (Umwelt) und Selbst (mangelnde Autonomie, persistierende Abhängigkeit) vorliegen. Auch Phantasie-Wirklichkeits-Beziehungen können entwicklungsbedingt gestört sein (Anspruchsdenken, überhöhte Erwartungen).

Aufgrund dieser Konfiguration des Selbstbildes und des Umweltbildes sind Selbstregulationskrisen (narzistische Krisen) häufig. Diese drücken sich in Beziehungsstörungen aus, mit der exzessiven Suche nach Anerkennung oder einer Abgrenzung gegenüber der Umwelt ("Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt" Heigl-Evers, 1985).

Durch diese strukturellen Defizite der Objekt- und Selbstrepräsentanzen ist das Ich bei der Regulation der aktuellen psychischen Prozesse oft überfordert ("Ich-Schwäche"). Es folgt einseitige Erfüllung der Über-Ich-Forderungen auf totale Befriedigung der Es-Regungen. Abwehrmechanismen wie Projektion, Externalisierung, Verleugnung oder Rationalisierung werden zwar eingesetzt, reichen aber oft nicht aus. So entsteht eine Reizüberflutung mit nicht identifizierbaren und schwer steuerbaren Unlustgefühlen - man spricht von Affektintoleranz. Der Zusammenbruch der Regulierungssysteme erzeugt Angst, die das gesamte Erleben ungerichtet durchdringt. Hinzu kommen Gefühle des Gescheitert-, Mißachtet-, Verlassenseins und Verzweif-

lung, Ohnmacht oder diffuse infantile Wut. Reale Belastungen führen daher auch oft zu unverstänlich intensiven Enttäuschungsreaktionen, d.h. zu Frustrationsintoleranz (Rost, 1986).

"Opiate als primär antiaggressiv wirkende Substanzen kompensieren mit ihrer Wirkung die das Ich destabilisierenden, aggressiven Impulse des Individuums" (Wurmser, 1974).

Durch Zufuhr von Rauschmitteln gelingt es in dieser gestörten Informationsverarbeitung die positiven Anteile des Selbst anzuregen. Solche im Rauscherleben erfolgenden Verklärungen des Selbst und der Umwelt verschärfen aber die realen Beziehungsstörungen mit der Umwelt im nüchternen Erleben. Die unangenehmen Nüchternenerfahrungen fördern wiederum Bedürfnisse nach Verschmelzung und Harmonie, die im Rausch fiktiv möglich sind. Ein destruktives Über-Ich führt jedoch bald zu unerträglichen Schamgefühlen, die zur Verleugnung des Rauschmittelkonsums führen. Gerade das Rauschmittel wiederum führt aber zur Auflösung und Inaktivierung des Über-Ichs, das Ich kann den Impulsen des Es nachgeben. Dem Bedürfnis nach Berausung wird daher stattgegeben und der Kreis ist geschlossen (Lürssen, 1976).

Eine weitere Erklärung basiert auf den kindlichen Entwicklungsphasen. Wenn orale Bedürfnisse in der Kindheit nicht befriedigt werden können, dann trägt das Individuum sie in spätere Entwicklungsphasen hinein, wo sie nicht mehr alters- und entwicklungspezifisch befriedigt werden können, gleichwohl aber als verhaltensbestimmende Triebkräfte weiterhin aktiv bleiben (Rosenfeld, 1972). Die Objekte der Umwelt bleiben dann für den so Fehlentwickelten nur "Nahrungsspender" (Fenichel, 1975), und es kommt zu einer Haltung des Verschlingenwollens der Dinge, die die passiv-orale Haltung des Abhängigen charakterisiere. Er versucht, die mütterlich-nähernde Welt wiederzufinden, indem er sich dem Einverleiben außerhalb seiner selbst befindlicher Objekte ganz hingebe. Dabei gehe es nicht um Appetit, Hunger oder Geschmack, sondern lediglich ums "Verschlingen" (Matussek, 1972). Diese Überlegung wird durch Beobachtungen der Polytoxikomanie, Toleranzbildung, die Art des Konsums von Drogen aber auch bei Eßstörungen... bestätigt.

Ganz kurz sei noch auf den Vergleich zwischen toxischem Rausch und dem sexuellen Orgasmus verwiesen (Rado, 1926). Auch im toxischen Rausch komme es zur Erzeugung vergleichbarer Wollust,

wobei die Verlaufskurve im Gegensatz zum sexuellen Orgasmus weniger steil, dafür aber langgestreckter verlaufe. Oft wird von Heroinabhängigen der "flash", als eigentlich mit nichts zu vergleichen aber am ehesten noch mit einem Orgasmus, beschrieben. Rado spricht von einem "pharmakogenen Orgasmus", der "mit den natürlichen Modalitäten in Wettbewerb" trete, und so als "Sexualziel" den "Libido-Haushalt" gewissermaßen aufbrauche. Nach Art eines Kurzschlusses komme es, beispielsweise durch das Spritzen von Morphin, unter Umgehung des gesamten peripheren Sexualapparates zu einer direkten Einwirkung auf das Zentralnervensystem. Dieser Vorgang der "Meta-Erotik" entwerfe letztlich die natürlichen Wege der Lustgewinnung.

Die Psychoanalyse hat noch viele interessante Beiträge zum Verständnis der Abhängigkeiten beizutragen. In der Therapie ist sie leider meist unterrepräsentiert. Als Gründe für die Schwierigkeiten der Psychoanalytiker mit Abhängigen werden geringe Frustrationstoleranz, narzistische Verwundbarkeit, orale Phantasien, Störungen der Objektrepräsentanz... (der Patienten) genannt.

Oder, wie Limentani (in Scheidt, 1972) schreibt: "Selbst der geschickteste Psychoanalytiker kann sich auf die Dauer nicht mit der angstmildernden Kraft des Marihuanas messen, nicht einmal für kurze Zeit."

2.2.6. SOZIOLOGISCHE BEITRÄGE

Die Soziologie und die Sozialpsychologie sieht die Person im Kontext von Interaktionen mit Bezugspersonen und der gesamten sozialen Umgebung. Zu berücksichtigen sind danach vor allem Divergenzen zwischen Rollenerwartungen der Umgebung an das Individuum und dessen Vermögen, solchen Erwartungen auch genügen zu können. (Täschner, 1983) In solchen Konflikten erfüllen Krankheiten und Abhängigkeiten wichtige Funktionen, auf die ohne Änderung der Situation nicht verzichtet werden kann.

Charakteristische Bedingungen einer Gesellschaft wie Wettbewerb, Leistung, Konsum, werden oft als soziale Ursachen der Abhängigkeit angesehen (Schmidbauer, 1981). So macht es das Prinzip des Wirtschaftswachstums nötig, die Wirksamkeit im

Arbeitsbereich durch Technikeinsatz, Spezialisierung und Leistungssteigerung zu fördern. Diese Entwicklung führt bei den einzelnen Menschen in der Arbeitswelt zu individuell unterschiedlichen Belastungen mit ausgeprägter Unlust, Unzufriedenheit, Sinnverlust und Erschöpfung. Dieses aktive "Sichhergeben" bei der Arbeit findet sein Gegengewicht in Form eines Strebens zum passiven "Sichhingeben" durch exzessives Konsumieren in der Freizeit. Werbung verspricht dabei Glück und verstärkt Lustphantasien, so daß die Realität der Funktionalisierung im Arbeitsbereich erträglich wirkt. Diese Bipolarität der Lebenswelt als makrosozialer Risikofaktor der Abhängigkeit zeigt also zwei Momente, den der Leistungssteigerung mit Lustverzicht im Arbeitsbereich und den der Luststeigerung mit Leistungsverzicht im Freizeitbereich. Soziale Überforderung oder soziale Unterforderung sind jeweils Zustände, die den Menschen nachweislich für abhängigen Rauschmittelkonsum anfällig machen (Gundel, 1980).

Die Idee vom "Wachstum ohne Grenzen" scheint als geheime Phantasie unserer Gesellschaft, auch dem Verhalten Abhängiger gut zu entsprechen (Schmidbauer, 1981). So kann sich die Gesellschaft den Verheißungen neuer Technologien offenbar auch dann nicht enthalten, wenn die Gefahren deutlich sind. (Tretter, 1990)

2.2.7. HUMANISTISCHE ERKLÄRUNGEN

Diese Idee von der Grenzenlosigkeit wird in der humanistischen Sichtweise, die vor allem von Dörner & Plog (1992) vertreten wird, weiterverfolgt.

In unserer Gesellschaft wird alles Negative verneint: Schmerz, Schlaflosigkeit, Angst, Leiden, Unberechenbares, Unerwartetes sehen wir als überflüssige Umwege, die wegorganisiert werden müssen und auch können. Dafür gibt es heute Mittel. Nur das Positive zählt, das Negative wird besiegt.

Als Bild dient eine Landschaft, in der alle Umwege zeitsparend begradigt werden. Wir glauben, daß alle Täler (Tiefs) eingeebnet und planiert werden können, damit wir die Gipfel (Hochs) mühelos und rein genießen können. Aber die Landschaft, die wir nicht nach ihren Möglichkeiten, sondern nur nach unseren Möglichkeiten und Träumen manipulieren, verliert ihren Charakter, ihre Widerständigkeit zu uns, kann uns nichts mehr geben. Die planierten Täler nehmen den Genuß an den Gipfeln.

Viele Möglichkeiten, Träume und Wünsche werden schal, wenn wir sie in unsere Wirklichkeit einverleiben. Nur dadurch, daß wir sie jenseits unserer Grenzen halten und die Spannung zwischen ihnen und uns akzeptieren und nutzen, können wir unsere Wirklichkeit in ihre Richtung ausweiten. Das Negative gehört bitter nötig zu unserem Leben, damit Entwicklung, Entfaltung und Selbstverwirklichung stattfinden können.

Nun ist derjenige Teil in uns, der abhängigkeitsgefährdet ist, zu solchem "vernünftigen" Nachdenken nicht bereit. Dieser Teil ist hartnäckiger, ehrlicher, stolzer. Er will die Träume der Kindheit und Jugend nicht der Erwachsenenvernunft opfern. Er will das "Reich Gottes", das "Schlaraffenland" und alle großen und kleinen Träume der Menschheit jetzt und hier verwirklichen. Er versucht es wieder und wieder. Bei diesem ewigen Versuche, der immer wieder der Sehnsucht folgt, Gegensätzliches zur Deckung zu bringen, bleiben Lücken. Diese Lücken werden mit äußeren Mitteln gefüllt: mit Alkohol oder Medikamenten oder Drogen. Daran ändert nichts, daß das Verweigern des Negativen, der Angst, der Schmerzen nur zur

Vermehrung von Angst und Schmerzen führt. Der Weg wird weitergegangen. Strafen zählen nicht.

Das Hauptschlachtfeld dieses gnadenlosen Kampfes sind die Partnerbeziehung und die Familie. Oft ist es so, daß einer der beiden Partner seine Ursprungsfamilie verlassen hat, bevor er ein lebensfähiges Gleichgewicht zwischen Abhängigkeits- und Unabhängigkeitswünschen gefunden hat, vielmehr noch als Erwachsener seine Unabhängigkeit gegen die Autorität der Eltern erkämpfen zu müssen glaubt. Er kann dabei leicht von seinen Eltern in den "Besitz" eines Partners übergehen, der das gern hat, weil er dadurch selbst in die Rolle des Unabhängigeren hineinpolarisiert wird und Freude an der Elternrolle hat. Dadurch kommt von vornherein in die Beziehung ein Element von Lebens- und Entwicklungshilfe des einen durch den Anderen hinein, was Partnerbegegnung (= auf derselben Ebene) unmöglich macht. Diese Konstellation führt dazu, daß beide Partner die Begegnungsangst nicht nutzen können, sondern abwehren. Sie können den Unterschied, die Distanz und Spannung zwischeneinander, und damit die Eigenart des jeweils Anderen, als Gegner nicht akzeptieren. Die Partner fühlen sich durch das Anderssein des Anderen bedroht, möchten immer mehr Nähe und den Anderen nach ihrem eigenen Maßstab sich gleich machen. Da das ebenso aussichtslos wie anstrengend ist, werden die entstehenden Lücken "zur Erholung" mit Alkohol oder mit Medikamenten gefüllt. Denn diese erzeugen die Illusion, mit äußeren Mitteln die Sehnsucht nach Verschmelzung der Gegensätze bzw. der Gegenüber stillen zu können.

Statt daß beide gerade durch Nutzung ihres Unterschiedes aneinander ihre Persönlichkeit entfalten, findet für beide keine Entwicklung mehr statt: Vielmehr nehmen auf der einen Seite die "Alkohol/Medikamentensucht" und in gleichem Maße auf der anderen Seite die "Kontrollsucht" zu. Dies wird zunehmend ein geschlossenes System, bis beide aus eigener Kraft nicht mehr voneinander lassen können.

Dörner & Plog verwenden bei ihrem Versuch, die Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit und durch Eigenbeobachtung nachvollziehbare Annäherung zu beschreiben, Begriffe wie:

Kontrollsucht, Beziehungssucht, Un-Abhängigkeits-Sucht, Arbeitssucht und Geschwindigkeitsrausch.

Diese "Süchte" werden aber nur zur Illustration, Veranschaulichung abhängiger Prozesse verwendet.

Unter dem Begriff "Abhängigkeit" als zu therapierendes Problem werden nur Alkohol-, Medikamenten-, Rauschmittel- und bedingt Nikotinabhängigkeit gesehen. Ob es auch notwendig ist, diese anderen "Süchte" zu therapieren, wird nicht verneint, aber es wird auch nicht näher darauf eingegangen.

2.2.8. GESELLSCHAFTSKRITISCH-PROZESS- THERAPEUTISCHE SICHTWEISE

Dieses Modell, dessen theoretische Grundlagen vor allem von der amerikanischen Psychotherapeutin Anne Wilson Schaeff ausgearbeitet wurden, wird von sämtlichen Selbsthilfegruppen, die auf den 12 Punkten der Anonymen Alkoholiker (siehe 3.1.1.) aufbauen und sich aus ihnen entwickelt haben, vertreten.

"Sucht" wird hier nicht nur als Abhängigkeit von Drogen sondern als Krankheit unserer ganzen Denkweise, unseres Gesellschaftssystems gesehen.

"Sucht ist jeder Prozeß, dem gegenüber wir machtlos sind. Wenn wir Dinge tun und denken, die im Widerspruch zu unseren Werten und Vorstellungen stehen, und unsere Verhaltensmuster einen immer zwanghafteren Charakter annehmen, dann hat sie die Kontrolle über uns gewonnen. Ein sicheres Anzeichen von Abhängigkeit ist das unmittelbare Bedürfnis, uns selbst und andere zu täuschen - zu lügen, zu leugnen und zu vertuschen. Abhängigkeit ist alles, worüber wir versucht sind zu lügen. Abhängigkeit ist alles, was wir nicht bereit sind, aufzugeben. Wie jede ernstzunehmende Krankheit verläuft die Abhängigkeit fortschreitend, und sie führt zum Tod, wenn wir uns nicht um unsere Genesung bemühen." (Schaeff, 1991)

"Dieser grundlegende "Suchtprozeß" hat kulturelle Wurzeln und ist etwas Erlerntes. Er ist einem fließenden Gewässer vergleichbar, das sich seinen eigenen Lauf bahnt: Wenn ein Strom blockiert wird, sucht er einen neuen, anderen Weg. Eine Abhängigkeit tritt selten -

wenn überhaupt - alleine auf. Es ist notwendig, einerseits die spezifischen Abhängigkeiten sauber voneinander getrennt und gesondert zu untersuchen, aber auch den zugrundeliegenden "Suchtprozeß" zu erkennen und zu behandeln. Eine Beschränkung auf die spezifische einzelne Abhängigkeit birgt die Gefahr, daß wir eine Abhängigkeit gegen die nächste eintauschen, oder wir unter "cross-addictions", sich überschneidenden Abhängigkeiten leiden." (Schaeff, 1990)

Nahezu alles, ob nun eine chemische Substanz oder ein Prozeß, kann Abhängigkeit erzeugen. Fernsehen kann genauso zur Abhängigkeit werden wie Jogging. Aber: Nichts muß zur Abhängigkeit werden; möglicherweise ist sogar das ganze System, das sich in Verbindung mit einer spezifischen Abhängigkeit entwickelt, wichtiger als die spezifische Abhängigkeit selbst. "Nun leben wir in einer Suchtgesellschaft, die uns Versuchungen aller Art bietet. Die Gesellschaft braucht Süchte, damit sie fortbestehen kann. Aber es stehen uns auch andere Möglichkeiten offen." (Schaeff, 1991)

Es gilt nun, erste Anzeichen von Abhängigkeit sofort zu erkennen und immer feinfühler für die Prozesse dieses Systems zu werden. Um frei von Abhängigkeiten leben zu können, ist es notwendig, Teilnehmer an einer 12-Schritte-Gruppe zu werden (siehe 3.1.1.), alle "Süchte", denen man auf die Schliche kommt, zu bekämpfen ,und eine Alternative zum Leben unserer Gesellschaft zu suchen.

2.3. WANN KANN MAN VON KRANKHAFTER ABHÄNGIGKEIT SPRECHEN?

Um sich Gedanken über Möglichkeiten der Therapie von Abhängigkeiten machen zu können, sollte zuerst geklärt werden, was jetzt überhaupt unter der zu therapierenden Krankheit "Abhängigkeit" zu verstehen ist.

Es wird also im Sinne einer klaren Zielformulierung zuerst der Begriff "Abhängigkeit" eingegrenzt werden. Dabei muß beachtet werden, daß der Begriff einerseits weit genug gefaßt ist, um dem Anspruch der Ganzheitlichkeit gerecht zu werden, daß man aber andererseits mit ihm auch noch sinnvoll praktisch arbeiten kann.

2.3.1. WAS IST NICHT KRANKHAFTER ABHÄNGIGKEIT? (AUSSCHLUSSDIAGNOSTIK)

Da die Frage, was "Abhängigkeit" denn nun eigentlich sei, so schwer zu beantworten ist, soll hier vorerst einmal die Frage umgekehrt und besprochen werden, was sicher nicht als "Abhängigkeit" im Sinne einer Krankheit bezeichnet werden kann.

2.3.1.1. "NORMALE" ABHÄNGIGKEIT

Wie bereits erwähnt, hat die WHO empfohlen, den Begriff "Sucht" durch den Begriff "Abhängigkeit" zu ersetzen. Dieser Austausch doch nicht ganz identischer Begriffe hat Vor- und Nachteile.

Das Wort "Abhängigkeit" hat gegenüber dem Wort "Sucht" den Vorteil, daß es vor allem im Zusammenhang mit Drogen und Alkohol nicht so moralisch behaftet ist. Mit ihm werden noch nicht so sehr Bilder von Sndlern, Bettlern, Strichmädchen und -jungen... assoziiert, und deshalb kann man sich vielleicht eher damit identifizieren. Es ist leichter zu sagen: "Ich bin von etwas oder jemandem abhängig." Als: "Ich bin süchtig." Der krankheitsbedingten Verdrängung und Verleugnung wird dadurch vielleicht etwas entgegengewirkt.

Andererseits besteht die Gefahr, Abhängigkeit zu bagatellisieren. Wir sind von so vielen Dingen im Leben abhängig. Unser Leben

beginnt in größter Abhängigkeit, die auch - unter ungünstigen Umständen, z.B. bei Mißbrauch... - äußerst destruktiv sein kann. Die Schwierigkeiten, die mit der natürlichen und gesunden Loslösung der Kinder von den Eltern verbunden sind, sind oft tatsächlich mit einer Art psychischer Entzugserscheinungen verbunden, und es bestehen auch ursächliche Zusammenhänge zwischen solchen Situationen und dem Auftreten von krankhafter Abhängigkeit.

Es hat jedoch keinen Sinn, deshalb alles in einen Topf zu werfen, und dabei die Tatsache zu übersehen, daß diese Krankheit Gesundheit, Familie, Gesellschaft, Leben... zerstören kann, oder andererseits alle Abhängigkeiten ohne Rücksicht auf Verluste zu bekämpfen. Es gibt Abhängigkeiten im Leben, mit denen wir leben (lernen) können, sollen, müssen...

Die Übergänge zwischen diesen "Aspekten unseres Lebens" und der zerstörerischen, ja tödlichen Krankheit sind fließend. Dieser Umstand unterstützt auch die Verleugnung der Krankheit und trägt dadurch bedeutend zum Fortschreiten der Krankheit bei. Es muß deshalb klar zwischen natürlichen, unvermeidbaren Umständen und krankhaftem Fortschreiten unterschieden werden.

Der Begriff "Sucht" hatte gegenüber dem Begriff "Abhängigkeit" den Vorteil, daß er den Aspekt der Krankheit, dieses krankhafte Fortschreiten, beinhaltete. Ich spreche deshalb meist von "krankhafter Abhängigkeit".

2.3.1.2. MIßBRAUCH

"Mißbrauch" wird in der Regel als Vorstufe zur Abhängigkeit gesehen. Dabei wird der Begriff aber nicht einheitlich verwendet und ist oft stark moralisch gefärbt. Häufig wird jeglicher Gebrauch von Rauschdrogen als Mißbrauch bezeichnet. Stafford-Clark und Smith (1991) schreiben z.B.: "Drogen werden als Mißbrauch angesehen, wenn sie dem persönlichen Wohlbefinden dienen, indem man von bestimmten Stoffen eine psychische Wirkung erwartet."

Nach der ICD-9-Definition zählen zum Drogen- und Medikamentenmißbrauch ohne Abhängigkeit "die Fälle, die nicht anderweitig klassifizierbar sind, und bei denen die Betroffenen wegen der

Beeinträchtigung durch ein Medikament/Droge, die sie aus eigener Initiative und zum Schaden ihrer Gesundheit oder sozialen Anpassung eingenommen haben, in ärztliche Behandlung kamen."

Da mit sozialer Anpassung nicht eine in eine Gruppe von Drogenkonsumenten sondern eine in Richtung "normaler" Gesellschaft verstanden wird, wird in der Praxis fast jeder Drogenkonsum als Drogenmißbrauch diagnostiziert. Viele Beispiele bestätigen jedoch, daß nicht jeder Konsum auch in eine Abhängigkeit münden muß. Deshalb ist der Begriff "Mißbrauch" entweder enger zu fassen oder nicht als unbedingte Vorstufe zur unweigerlichen Abhängigkeit zu sehen - oder beides.

Diagnostische Kriterien des Mißbrauchs Psychotroper Substanzen (DSM-III-R)(Andreasen, 1993):

"A. Ein unangepaßtes Konsummuster psychotroper Substanzen, bestehend aus wenigstens einem der folgenden Kriterien:

1. Fortgesetzter Gebrauch trotz des Wissens um ein ständiges oder wiederholtes soziales, berufliches, psychisches oder körperliches Problem, das durch den Gebrauch der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt wird.
 2. Wiederholter Gebrauch in Situationen, in denen der Gebrauch eine körperliche Gefährdung darstellt (z.B. Alkohol am Steuer).
- B. Einige Symptome der Störung bestehen seit mindestens einem Monat oder sind über eine längere Zeit hinweg wiederholt aufgetreten.
- C. Die Kriterien für eine Abhängigkeit von der psychotropen Substanz wurden zu keinem Zeitpunkt erfüllt."

2.3.1.3. ZWANG

"Zwang" ist ein Begriff, der im Zusammenhang mit Abhängigkeit immer wieder fällt. Sogar in der ICD-9-Definition von Medikamenten-/Drogenabhängigkeit ist von Zwang die Rede (siehe Kapitel 2.1.2.1.).

In den DSM-III-R-Kriterien für Zwangsstörungen steht (Wittchen, 1991):

"Manche Aktivitäten, die im Übermaß betrieben werden, wie Essen (z.B. Eßstörungen), Sexualverhalten (z.B. Paraphilien), Glücksspiel (z.B. Pathologisches Spielen) oder Trinken (z.B. Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch) können möglicherweise als "zwanghaft" bezeichnet werden. Jedoch handelt es sich bei diesen Aktivitäten nicht um echte Zwänge."

Es werden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen unterschieden. Die diagnostischen Kriterien für Zwangshandlungen (DSM-III-R) sind:

"Die Kriterien 1. bis 3. müssen erfüllt sein:

1. Wiederholte, zielgerichtete und beabsichtigte Verhaltensweisen, die auf einen Zwangsgedanken hin nach bestimmten Regeln oder stereotyp ausgeführt werden.
2. Das Verhalten dient dazu, äußerstes Unbehagen oder schreckliche Ereignisse bzw. Situationen unwirksam zu machen bzw. zu verhindern. Jedoch steht die Handlung in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie unwirksam machen bzw. verhindern soll, oder sie ist eindeutig übertrieben.
3. Die Person sieht ein, daß ihr Verhalten übertrieben oder unvernünftig ist (dies gilt möglicherweise nicht für Kinder und nicht mehr für Personen, deren Zwangsgedanken zu überwertigen Ideen wurden).

Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen verursachen erhebliches Leid, sind zeitraubend (nehmen mehr als eine Stunde pro Tag in Anspruch) oder beeinträchtigen den normalen Tagesablauf oder die üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen zu anderen." (Wittchen, 1991)

Der Unterschied zu Abhängigkeit besteht darin, daß Zwang offenes Leid verursacht, deshalb als lästig und sinnlos empfunden und versucht wird, ihn zu unterdrücken. Menschen, die unter Zwangsstörungen leiden, suchen in der Hoffnung, von ihren Zwängen befreit zu werden, auch Hilfe. Abhängige können ihre Abhängigkeit weder selber wahrnehmen noch Hinweise von anderen annehmen. Verdrängung und Verleugnung ist ein essentieller Bestandteil der Krankheit, und viele abhängige Verhaltensmuster begründen sich daraus. Selbst wenn z.B. trockene Alkoholiker Gefahr laufen, einen Rückfall zu er-

leiden, gestehen sie sich diese Gefahr meist momentan nicht ein und suchen wahrscheinlich keine Hilfe.

2.3.1.4. DEPRESSION

Depression und Abhängigkeit werden oft als sehr nahe verwandte Leiden beschrieben. Es existieren sicherlich große Ähnlichkeiten und Zusammenhänge. Vor allem in den Darstellungen von Norwood (1992) ist kaum mehr unterscheidbar, ob hier von Depression oder von "Beziehungssucht" die Rede ist.

Sowohl bei Abhängigkeit als auch bei Depression interpretiert die Umgebung die Krankheit oft als "sich absichtlich gehen lassen". Andererseits kann bei beiden Krankheiten ein gewisser sozialer "Krankheitsgewinn" für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheit sorgen. Auch bei der Depression wird von Ich-Schwäche gesprochen, ebenso wie von rigidem Entweder-Oder im Erleben, das nur zwischen absolut guten und absolut schlechten Gefühlen unterscheidet. Es entsteht ein Konflikt zwischen Harmoniebedürfnis und Autonomiebestreben (vergleiche dazu die Punkte 2.2.5. bis 2.2.7.). Dies führt zu einer Zentrierung auf Bedürfnisse, Erwartungen, Gefühle und Forderungen anderer Personen, zur Vermeidung von Konflikten auf Kosten der Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse, zur Angst vor Beziehungsverlust... (Binder/Binder)

Depression kann also zu krankhafter Abhängigkeit von Menschen wie von anderen Objekten führen.

Ebenso können aber auch andere Erkrankungen, sowohl psychischer wie organischer Art Ursachen sein.

Krankhafte Abhängigkeit ist praktisch ein mögliches "Symptom" von Depression, Schizophrenie, Behinderungen jeglicher Art, Krankheiten mit schweren, chronischen Schmerzen...

Zur Veranschaulichung z.B. von Alkoholkonsum als *Symptom*, d.h. *Lösungsversuch* einer Störung, sei ein Versuch beschrieben:

Wenn man Katzen Milch und Alkohol zur Wahl stellt, bevorzugen sie eindeutig Milch. Werden diese Katzen während des Fressens

durch unangenehme Reize frustriert (durch kalten Luftstrom), so werden die Tiere neurotisiert, sie magern ab und verlieren ihre Dominanz gegenüber anderen, nicht entsprechend frustrierten Tieren. In diesem Zustand trinken die Katzen lieber die mit Alkohol versetzte als die pure Milch. Dieses Wahlverhalten ist jedoch reversibel. Wenn die Frustration aufhört, legen die Tiere ihr neurotisches Verhalten ab und verschmähen wieder den Alkohol. (Masserman, 1946)

2.3.1.5. CO-ABHÄNGIGKEIT

Mit der Erforschung der sozialen, familiären und gesellschaftlichen Zusammenhänge bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeiten wurde ein Begriff geboren, der half, viele krankheitsfördernde Faktoren sichtbar zu machen, aber auch viel Verwirrung, Schuldzuweisung... mit sich brachte.

Ausgehend von sozialpsychologischen und familientherapeutischen Ansätzen wurde dargelegt, daß psychische wie somatische Krankheiten und Behinderungen oft eine wichtige systemerhaltende Funktion vor allem in der Familie besitzen.

Die Entdeckung, daß z.B. oft der Ehepartner genauso abhängig vom Alkoholismus des Patienten ist, wie der Patient vom Alkoholkonsum, führte leider oft zur unproduktiven Beschuldigung der Familienangehörigen. Wenn aber Abhängigkeit nicht als Schuld sondern als Krankheit gesehen wird, so muß das gleiche auch für Co-Abhängigkeit gelten.

Außerdem kann meist nicht gesagt werden, ob typische familiäre Situationen, Kommunikationsmuster, Verhaltensweisen... Ursache oder Folge einer langjährigen Abhängigkeit sind. Auf jeden Fall muß an der Partnerschaft und Familie ebenso gearbeitet werden, wie am Patienten selber, um eine erfolgreiche Therapie zu ermöglichen.

Im Sinne der Sichtweise von Abhängigkeit als Krankheit, die unsere ganze Gesellschaft befallen hat, wird Co-Abhängigkeit oft als Übernehmen von "süchtigen" Werten, Denk- und Verhaltensmustern verstanden, das uns alle gefährdet (Schaefer, 1991).

Wegscheider-Cruse (1984) definiert Co- Abhängige als "alle Personen, die erstens einen Alkoholiker lieben oder mit einem

solchen verheiratet sind, zweitens einen oder mehrere alkoholsüchtige Elternteile oder Großeltern haben oder drittens in einer emotional repressiven Familie aufgewachsen sind." Nach Wegscheider-Cruse trifft dies auf annähernd 96% der Bevölkerung zu.

Dieser Ansatz ist interessant, um die grundlegende Beeinflussung unser aller Verhaltensweisen durch unsere Umgebung und Geschichte zu verdeutlichen. Es stellt sich aber die Frage, inwieweit diese 96% der Bevölkerung auch behandlungsbedürftig sind.

Obwohl oft gerade Personen mit verschiedenen Abhängigkeiten Partnerschaften eingehen, und Kinder von Abhängigen besonders gefährdet sind, in irgend einer Form abhängig zu werden, kann nicht jede Co-Abhängigkeit als krankhafte Abhängigkeit im eigentlichen Sinne verstanden werden. Co-Abhängigkeit und "Beziehungssucht" können gemeinsam auftreten, und das machen sie auch oft. Es sind aber doch verschiedene Begriffe. Co-Abhängige können in anderen Lebenssituationen, z.B. nach einer Trennung von ihrem abhängigen Partner, (manchmal) ein gesundes Leben führen.

2.3.2. WIE "FUNKTIONIERT" KRANKHAFFE ABHÄNGIGKEIT? (PHÄNOMENOLOGIE)

Abhängigkeit ist zweifellos zu vielseitig, vielgestaltig und komplex um hier in wenigen Worten durchleuchtet werden zu können. Es kann nur versucht werden, dem Leser unter Berücksichtigung alles bisher Gesagten den Teufelskreis der krankhaften Entwicklung von Abhängigkeit beschränkt auf einige wenige Faktoren näherzubringen.

Es kann zunächst einmal grundsätzlich von einem Zustand gesprochen werden, der durch Einwirkung eines bestimmten Objektes (Katalysators) in einen anderen Zustand wechselt.

Es soll hier nicht näher diskutiert werden, ob dieser Zustand psychischer oder physischer Art ist, vielmehr wird eine ganzheitliche Verknüpfung - oder besser: Einheit - aller Aspekte des Menschseins angenommen. Ob dieses zustandsverändernde Objekt nur eine psy-

chotrope Substanz oder auch andere Substanzen, oder vielmehr ein spezieller Umgang mit dieser Substanz, oder auch mit Menschen, mit dem "eigenen Körper"... sein kann, sei momentan dahingestellt.

Dieses Objekt bewirkt einen Wechsel von einem subjektiv in dieser Situation relativ negativ empfundenen Zustand in einen subjektiv in dieser Situation relativ positiv empfundenen Zustand. Dieses Empfinden muß von Anderen in anderen Situationen nicht geteilt werden. Auf die (pathologischen oder natürlichen) Gründe dieses Empfindens kann hier nicht näher eingegangen werden. Abhängigkeit wird als Symptom, d.h. als kranke Reaktion oder "falscher" Bewältigungsversuch, verschiedenster Umstände verstanden. Es ist zur Entstehung von Abhängigkeit wichtig, daß diese Zustände nicht als einfach nur anders und beide gut sondern als "zu vermeiden" und "zu erstreben" bewertet werden.

Ohne dieses Objekt kehrt (früher oder später) wieder der alte Zustand oder ein ähnlicher, relativ negativ empfundener Zustand ein. Zum weiteren Verständnis müssen wir dieses eindimensionale Modell um die Dimension der Zeit erweitern.

Stellt man das Wohlbefinden eines Menschen in einem Zeitdiagramm dar, entsteht eine Kurve mit mehr oder weniger offensichtlicher Regelmäßigkeit. Die einzelnen Zustände werden, abhängig davon ob sie ober- oder unterhalb eines Mittelwertes liegen, als positiv oder negativ empfunden.

Wird nun durch die Einwirkung eines Objektes das Wohlbefinden öfter oder längerfristig mehr oder weniger verändert, so ändert sich natürlich auch der Mittelwert und dadurch auch das Empfinden der einzelnen Zustände. Um den von diesem neuen Bezugspunkt subjektiv als negativ empfundenen Zuständen auszukommen, muß das Objekt öfter, intensiver und/oder in größeren Mengen einwirken.

Geschieht dies, so ändert sich wieder der Mittelwert und mit dem Bezugspunkt das Empfinden der einzelnen Zustände usw.

Betrachtet man dieses Modell nun in einem längerfristigen mehrdimensionalen Rahmen, so ergibt sich eine vielschichtige Verlaufskurve, in der die einzelnen Kurven durch die krankhafte Entwicklung wieder eine Kurve bilden. Die Kurve wird gekennzeichnet durch:

- Gewöhnung, Toleranzsteigerung,
- Aufgrund (organischer, sozialer...) Grenzen wird eine Steigerung des Konsums immer schwieriger, Abflachen der "highs",

- wachsende "lows", der Konsum dient immer mehr nur zum Mildern der "Entzugserscheinungen"
- Abstieg (sozial, organisch...) bis zu einem Tiefpunkt, an dem grundlegende Veränderungen der Denk- und Lebensweise wieder eine "Rehabilitation" ermöglichen...

2.3.3. MERKMALE DER KRANKHAFTEN ABHÄNGIGKEIT (DIAGNOSTIK)

Wohl bei keiner anderen Krankheit wie der Abhängigkeit ist es so schwierig, zu unterscheiden, wo "gesundes", "normales", ev. schon "gefährdetes" Verhalten aufhört und "krankhaftes" beginnt.

Dies einerseits deswegen, weil Abhängigkeit, "Sucht", so unvermeidbar und wahrscheinlich so natürlich zu unserem Leben gehört. Andererseits ist "normales" oft nicht auch "gesundes" Verhalten. Außerdem ist die Verleugnung und Verheimlichung von Abhängigkeit vor sich selbst und vor anderen Bestandteil der Krankheit.

Vor allem beim Alkoholismus haben die kulturell, regional, sozial... vielfältigsten Ausprägungen dazu geführt, daß nahezu jede damit beschäftigte Einrichtung eigene Diagnosekriterien entwickelt hat. Oft wird versucht, anhand der täglich aufgenommenen Menge an Alkohol eine Diagnose zu stellen. Die Praxis zeigt aber, daß damit nur auf die Gefahr von Folgeerkrankungen geschlossen werden kann, nicht jedoch auf Prozesse der Abhängigkeit. Es existieren unzählige Fragebögen, mit denen versucht wird herauszufinden, wann jemand gefährdet oder schon krank ist.

Einige dieser Kennzeichen sind zum Beispiel:

- "• Der Alkohol bzw. dessen Wirkung wird in bestimmten Situationen und/oder zu bestimmten Tageszeiten *gebraucht*.
- Langsam zunehmendes schnelles Trinken der ersten Gläser, um rasch die gewünschte euphorische Stimmung zu erreichen.
- Suchen nach Gelegenheiten, bei denen Alkohol getrunken wird.
- Heimliches Trinken.
- Bereithaltung einer Alkoholreserve.

- Sich verstärkende Schuldgefühle nach dem Trinken.
- Wachsende Unfähigkeit, den Alkoholkonsum zu steuern.
- Vermeidung von Gesprächen über Alkohol, Ausreden für das Trinken.
- Zunehmende Vernachlässigung einfacher persönlicher und sozialer Verantwortlichkeiten (Kleidung, Familie, Beruf...).
- Es werden immer größere Alkoholmengen benötigt, um die gewünschte gehobene, befreiende Stimmung zu bekommen.
- Zunehmende Erinnerungslücken.
- Aufkommen von Händezittern... das bei neuerlicher Alkoholaufnahme abklingt." (Jenner, 1981)

Die Grundlage bildet meist einer der internationalen Diagnoseschlüssel, wie z.B. der DSM-III-R.

"Diagnostische Kriterien der Abhängigkeit von Psychotropen Substanzen. (DSM-III-R):

A. Wenigstens drei der folgenden Kriterien:

1. Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
2. Anhaltender Wunsch oder ein oder mehrere erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
3. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z.B. Diebstahl), sie zu sich zu nehmen (z.B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
4. Häufiges Auftreten von Intoxikations- oder Entzugssyndromen, wenn eigentlich die Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule und zu Hause erwartet wird (geht nicht zur Arbeit wegen eines Katers, erschien "high" in der Schule oder in der Arbeit, ist intoxikiert, während er auf seine Kinder aufpaßt) oder wenn die Einnahme einer Substanz zur körperlichen Gefährdung führt (z. B. Alkohol am Steuer).
5. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmißbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
6. Fortgesetzter Substanzmißbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden sozialen, psychischen oder körperlichen Problems, das durch den Substanzmißbrauch verursacht oder verstärkt wurde (z.B. fortgesetzter Heroinmißbrauch trotz Vorwürfen seitens der Familie, kokaininduzierte Depressionen

oder ein Magenulcus, der sich durch Alkoholkonsum verschlechtert).

7. Ausgeprägte Toleranzentwicklung: Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung (d.h. wenigstens 50% Dosissteigerung), um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen, oder eine deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.

(Die Punkte 8. und 9. sind nicht unbedingt auf Cannabis, Halluzinogene oder Phencyclidin (PCP) anwendbar.)

8. Charakteristische Entzugssyndrome.
9. 10.Häufige Einnahme der Substanz, um Entzugssyndrome zu bekämpfen oder zu vermeiden.

B.Einige Symptome der Störung bestehen seit mindestens einem Monat oder sind über eine längere Zeit hinweg wiederholt aufgetreten." (Andreasen, 1993)

Feuerlein (1987) vergleicht die sieben gebräuchlichsten Definitionsschemata (RDC, DSM-III, Mißbrauch und Abhängigkeit, Nca-Criteria, Feighner-Criteria, Kriterien für Gamma-Alkoholismus nach Jellinek und ICD9) und stellt dabei eine sehr geringe Übereinstimmung hinsichtlich der Identifizierung von Probanden fest. Bestes Ergebnis: 67% der Probanden mit ICD9-Kriterien wurden auch mit dem DSM-III als Abhängige diagnostiziert.

Zusammenfassend gibt der Autor fünf Definitionskriterien an, die aus den erwähnten Definitionsschemata extrapoliert werden konnten:

1. Abnormes bzw. pathologisches Trinkverhalten (nach Menge und Modalität des Alkoholkonsums)
2. somatische alkoholbezogene Schäden
3. psychosoziale alkoholbezogene Schäden
4. Entwicklung von Toleranzsteigerung bzw. Entzugssyndrom (körperliche Abhängigkeit)
5. Entwicklung von "Entzugssyndromen auf der subjektiven Ebene" (Kontrollverlust, gesteigertes Verlangen nach Alkohol, Zentrierung des Denkens und Strebens auf Alkohol) also "psychische Abhängigkeit"

Dabei wird von Mißbrauch gesprochen, wenn die Kriterien von Punkt 1 bis 3 zutreffen. Während der Punkt 4 einen Übergang, eine gewisse Grauzone darstellt, kann erst mit dem Zutreffen der "psychischen Abhängigkeit" von "Sucht" im klinisch-psychiatrischen Sinn gesprochen werden.

Will man diese Punkte auf andere mögliche Abhängigkeiten übertragen, so ergibt sich bei Punkt 1 die Schwierigkeit, einerseits die "Normalität" illegalen Drogengebrauchs (z.B. Marihuanarauchen), andererseits die Pathologie "normaler" Verhaltensweisen zu bewerten. Es stellen sich also die Fragen, ob jeder Gebrauch illegaler Drogen Mißbrauch, weil "abnormal", und wann Eß-, Arbeits-, Freizeitverhalten... pathologisch ist.

Die Kennzeichen somatische, psychische und soziale Schäden, eventuelle Toleranzsteigerung bzw. Entzugerscheinungen, Kontrollverlust, gesteigertes Verlangen und Zentrierung des Denkens und Strebens können aber auch auf andere Abhängigkeiten angewendet werden.

Wie sich diese Merkmale ausprägen können, wird im nächsten Kapitel versucht zu beschreiben.

2.3.4. OBJEKTE DER KRANKHAFTEN ABHÄNGIGKEIT

Leider kann auf die einzelnen Abhängigkeiten im speziellen nicht genau eingegangen werden, da dies den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen würde. Es ist sicherlich unkorrekt, nur die allgemeinen Aspekte von Abhängigkeit zu betrachten, ohne die vielen verschiedenen Ausprägungen und Darstellungsweisen im speziellen miteinzubeziehen. Sowohl das Verständnis der Grundprinzipien als auch die Therapie würden darunter leiden. Es können aber ebensowenig alle vielschichtigen Ursachen für Abhängigkeit dargestellt werden.

Um Grundprinzipien herauszuarbeiten, muß immer grob vereinfacht werden, und es kann nur versichert werden, daß möglichst immer versucht wurde, vor dem Hintergrund der einzelnen Abhängigkeiten und auf diese rückschließbar zu bleiben.

Sonst kann nur auf die weiterführende Literatur verwiesen werden, wobei vor allem auf die Veröffentlichungen von Gross, Schaeff, Norwood und Fassel hingewiesen wird.

Im weiteren sollen vor allem Fallbeispiele *einiger* substanz- und auch prozessgebundener Abhängigkeiten vorgestellt werden. Der Leser kann selbst entscheiden, wo die Merkmale von Abhängigkeit zutreffen.

Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, sondern nur versucht, einen kurzen, subjektiven Eindruck zu vermitteln. Die Sprache ist bewußt nicht wissenschaftlich gewählt und soll eher nachfühlbar als exakt sein.

2.3.4.1. RAUSCHDROGEN

Zahme Vögel singen von Freiheit,
 wilde Vögel fliegen!

Graffity (Autor unbekannt)

Verena ist 17. Sie geht in die Mittelschule. Sie steht auf Bowie und Pink Floyd. Der 70er Trip ihrer Klassenkolleginnen hat sie nicht berührt. Glockenhosen gefallen ihr, aber die bunten Blümchen und dieses kindische "Love and Peace"-Getue gehen ihr auf die Nerven. Sie weiß schon lange, daß das Leben in dieser Welt grausam ist. Seit ihrem ersten Krachen. Es war vor drei Monaten, als Harald nicht mehr kam. Gott weiß, was mit ihm geschehen ist. Er war einfach weg. Er war es gewesen, der sie angeschossen und ihr zwei Jahre lang Stoff heimgebracht hatte, und dann kam er plötzlich nicht mehr. Es war die Hölle. Sie kannte niemanden außer ihm. Niemanden, dem sie so vertrauen konnte. Plötzlich mußte sie Stoff auftreiben - und Geld. Und niemand durfte etwas bemerken. Bis jetzt hat es auch noch niemand bemerkt. Bis jetzt konnte sie noch immer zur Schule gehen, wenn auch die Noten im Keller waren. Aber jeder Tag ist wie eine Falle, die unverhofft zuspringen kann. Jemand kann ihre Stiche entdecken oder sie im Prater sehen, beim Checken beobachten oder beim Schuß erwischen. Lange wird es nicht mehr gehen, und sie sitzt auch am "Bahnhof Zoo". Ihre Eltern reden sie schon dauernd an, sie solle endlich zum Arzt, weil sie so blaß und abgemagert ist. Ihr neuer Dealer gibt ihr immer mehr Dreck in den Stoff. Die Lehrer werden auch schon mißtrauisch. Freundinnen hat sie schon lange keine mehr. Noch nie so richtige gehabt. Nein, sie ist keine Außenseiterin, aber sie weiß, daß sie anders ist. Tief in ihr ist ein großes, tiefes Loch, das sie anzieht und hinunterzieht, wie ein Magnet. Und nur eines kann sie davor retten...

Die Merkmale von Abhängigkeit scheinen nirgends so deutlich wie bei den Rauschdrogen zu sein. Aber nicht bei allen Drogen und nicht in allen sozialen Situationen kann so klar von Abhängigkeit gesprochen werden. Bei Cannabis und Halluzinogenen entsteht keine körperliche und selten eine psychische Abhängigkeit (Täschner, 1983). Außerdem sind viele somatische und soziale Schäden auf die Illegalität und damit verbundene Drogenverunreinigungen, Beschaffungsdruck, Kriminalisierung... zurückzuführen.

2.3.4.2. ALKOHOL

Ich trinke
...um zu vergessen
...daß ich mich schäme
...weil ich saufe.

Saint Exupéry

Franz hat sein Leben lang geschuftet. Nach dem Krieg hat er sich ein kleines Haus gebaut, neben der Arbeit, und in den 70ern noch ein ein bißchen größeres. Gearbeitet hat er zuerst am Bau, und dann, als die Gelenksbeschwerden zu groß wurden, in einer Möbelfabrik. Das zweite Haus hat er trotzdem gebaut. Als er fertig war, hatte er seinen ersten Bandscheibenvorfall. Fünf Jahre später, nach seinem dritten Vorfall mußte er in der Möbelfabrik aufhören. Nach drei Jahren Arbeitslose wurde er in Frühpension geschickt. Getrunken hatte er noch nie wenig. Wie alle anderen auch. Aber seit der Arbeitslosen kam er immer öfter betrunken nach Hause. Mit der Zeit vernachlässigte er seinen Schrebergarten, wie seine Kleidung, immer mehr. Als sie ihm den Führerschein wegnahmen, machte er die erste Entwöhnung. Vier Jahre später, als ihn seine Frau verlassen wollte, die zweite. Nach weiteren zwei Jahren verließ sie ihn entgültig. Seine Leber war schon schwer geschädigt. Er versuchte es ein drittes Mal...

Es gibt viele verschiedene Erscheinungsformen des Alkoholismus. Deshalb sei hier nur auf die zahlreiche kompetentere Literatur (z.B. Feuerlein, 1984) verwiesen. Es stellt sich die Frage, ob Herr Franz je ohne Alkohol leben können wird, und welche Therapieziele sonst angestrebt werden sollten. (Im übrigen sei auf die Punkte 2.3.4.8. und 3.1.2. hingewiesen.)

2.3.4.3. ESSEN

Nein, meine Suppe ess´ ich nicht...
 Suppenkasper
 Hinaus damit! Hinaus damit!
 Elis Kaut

Schon als kleines Mädchen wurde Berta gehänselt. Sie war etwas klein und pummelig. Alle in der Familie waren kräftig gebaut. Es ging ihnen gut. Auch in wirtschaftlich schlechteren Zeiten hatten sie immer genug zu Essen am Tisch. Die Kinder konnten froh und dankbar sein, daß sie keinen Hunger leiden mußten. Das Essen war ein Geschenk Gottes. Es zeigte ihnen, daß Gott - und die Eltern - sie lieb hatten. Solange sie genug zu Essen hatten, bräuchten sie sich keine Sorgen zu machen. Aber Berta hatte Sorgen. Natürlich wurde es mit jedem Trost-Törtchen schlimmer. Natürlich wurde der Trost immer mehr. Als Berta 17 war, ließ sie sich nicht mehr trösten. Sie wollte eisern an ihrer Figur arbeiten. Die Hungerqualen waren schrecklich, aber irgendwann gewöhnt man sich an jede Qual. Die Augenblicke des Triumphes waren spärlich, aber mit Hilfe von Diäten, Abführmitteln und manchmal auch Erbrechen gelang es ihr, doch einiges abzunehmen. Bis wieder die ersten Probleme auftauchten. Einmal war es Liebeskummer, dann Probleme mit den Eltern. Sie hatte immer eine ganze Palette an Kleidergrößen im Kasten, und eine Palette an Törtchen im Kühlschrank. Sie begann heimlich zu essen und hatte danach immer schrecklichere Gewissensbisse. Sie heiratete jung, und nach den Kindern hatte sie keine Energie mehr um abzunehmen. Bald aß sie den ganzen Tag. Als die Tochter ausriß, fingen die Probleme mit dem Kreislauf an. Als der Mann zu trinken anfing, wog sie doppelt so viel wie bei ihrer Hochzeit. Als sie erfuhr, daß ihr Mann fremdging, konnten ihre Gelenke sie kaum mehr tragen. Sie hatte keine Kraft mehr zu kämpfen. Sie tröstete sich immer öfter...

Es wurde hier bewußt kein Beispiel einer klassischen Anorexie oder Bulimie gewählt. Berta ist zu schwach, um wirklich mager-"süchtig" zu werden. Berta hat schlicht und einfach eine gestörte Beziehung zum Essen.

Bachmann (1990) hat interessante Parallelen zwischen Alkoholismus und Eßstörungen gefunden und empfiehlt, diese Erkrankung auch therapeutisch als Abhängigkeit zu behandeln.

Vandereycken (1981) faßt die Eßstörungen unter der übergreifenden Benennung Dysorexie zusammen. Er unterscheidet dabei fünf Untergruppen, die ein Kontinuum bilden:

1. An einem Pol des Kontinuums die primäre Anorexia nervosa mit Selbstzweck zu hungern,
2. eine Untergruppe der Anorexia nervosa (50%) mit Zügen der Bulimie,
3. die Bulimia nervosa,
4. die "labilen Eßabhängigen", die sich periodisch überessen oder Diät halten,
5. und die "extrem Schwergewichtigen" am anderen Pol des Kontinuums.

Eßstörungen werden in der klassischen Psychiatrie meist nicht zu den Abhängigkeiten gezählt. Es bestehen aber augenscheinliche Zusammenhänge. Diese sind bei der Anorexia nervosa am deutlichsten und bestehen einerseits in der lustvollen Befriedigung im Fasten und Vergnügen am Gewichtsverlust, im Fixiert-Sein auf Essen, das mit einer Bewußtseinseingung zu vergleichen ist, andererseits in der Verleugnung von Krankheit, Hunger, Mager-Sein, heimlicher Nahrungsaufnahme, Erbrechen, Laxantienmißbrauch...

Die Anorexie-Patientin zeigt eher ein Autonomiestreben, während bei Bulimie und z.B. Alkoholismus eher ein Verschmelzungsstreben vorherrscht. (Swildens, 1991)

2.3.4.4. SCHMERZEN

Blutende Finger (an kalten Händen)

Leblos der Blick,
 doch in ihm Angst.
 Lebendige Angst.

Der Körper ist schlaff,
 aber er zuckt in Agonie,
 wenn die Angst zu spüren ist.

Kühl der Stahl,
 blitzend die Klinge.

Ruhig streicht die Hand
 über den Körper.
 Er sehnt sich,
 er lechzt nach dem Rot,
 das nun langsam auch über die
 Finger läuft.

M.J.

Es ist Nacht. Totenstille. Julia wagt kaum zu atmen. Kein Laut, kein kleines Geräusch darf sie verraten. Die Angst steht wie eine stockende Brühe im Raum. Er wird wieder kommen. Wie jede Nacht. Wie vor Jahren, als er sie, das kleine Mädchen, wimmernd, flehend,...

Die Spannung ist unerträglich. Sie möchte davonlaufen. Vor sich selber. Aus einer kleinen Papierhülle packt sie die frische Rasierklinge und bricht sie in der Mitte. Langsam fährt sie über die Arme, den Bauch, um die Brustwarzen. In kleinen Tropfen quillt das Blut heraus. Jetzt ist sie ruhig. Sie desinfiziert die Wunden und verbindet sie. Hoffentlich sieht niemand etwas. Wenn das aufkommt, kann sie den Beruf schmeißen, aber Julia tut auch alles nur Erdenkliche, um ihre Probleme geheim zu halten. Niemand weiß etwas von ihren Ängsten, nur wenige ihrer Freunde. Nur wenige wollen etwas wissen. Die meisten wollen ihr nur weh tun, und das will sie auch so. Ihre Liebhaber haben ihr weh zu tun...

So notwendig eine Abgrenzung der Abhängigkeiten von anderen psychiatrischen Erkrankungen - oder vielleicht besser gesagt Symptomen - ist, so eklatant können die Zusammenhänge und Parallelen sein.

Rümke (1967) zeigt die Verwandtschaft von Anorexie und Selbstbeschädigung auf. Johnston (1984) weist auf das Vorkommen von Selbstbeschädigung, Kleptomanie und Promiskuität bei der bulimischen Form der Anorexie hin. Nach Glover (1933) soll Sadismus für die Entstehung von Abhängigkeiten allgemein bedeutend sein.

Aber es muß nicht immer eine so extreme Form der Körperschädigung sein. Das weitverbreitete Nägelbeißen, Kratzen... kann auf spannungsreduzierenden Gewohnheiten beruhen, die eine Eigendynamik entwickeln können (Swildens,1991).

Oft drängt sich der Verdacht auf, der Schmerz soll einen Reiz oder auch eine Reizüberflutung überdecken, wenn er/sie sonst nicht verarbeitet werden kann und ev. Angst... auslöst.

Schmerz und Lust liegen immer nahe beieinander, und können bei vielen Abhängigkeiten eine Rolle spielen.

Norwood (1992) beschreibt den Irrtum vieler Menschen, Schmerz sei ein Garant für die Aufrichtigkeit von Liebe. Und auch in den christlichen Kirchen wird diese Ansicht oft vertreten.

2.3.4.5. SEX

... sie sah das Gesicht der Jytte Sörensen vor sich, lustverzerrt, und dann, wie die riesigen Hände ihre Kehle umschlossen, auf einen Moment, bevor es sich entstellte, stolz, triumphierend, willig, die Dänin hatte alles gewünscht, was ihr widerfuhr

Friedrich Dürrenmatt

In Wahrheit war dieser Körper immer ein Klotz am Penis.

Roland Hoog

Jakob studiert Mathematik. In diesem Studium sind wenig Frauen, aber er kennt einige aus anderen Fakultäten. Er hat ein herzliches Verhältnis zu ihnen. Alle beschreiben ihn als angenehm aber etwas schüchtern. Er ist streng religiös. Das heißt, er befürwortet Werte wie Reinheit, Keuschheit vor der Ehe... Natürlich ist es nicht leicht, als junger Mann in der heutigen Zeit nach solchen Idealen zu leben, und Jakob hat auch gewaltige Schwierigkeiten damit. Vielleicht hat er das Pech mit einem besonders starken Sexualtrieb ausgestattet zu sein. Trotz schwerer Gewissensbisse, masturbiert er regelmäßig. Er kann das einfach nicht unterdrücken. Im Gegenteil, je mehr er sich bemüht, umso stärker scheint der Trieb zu werden. Er hat dann meistens schmutzige Phantasien über Geschlechtsverkehr mit allen möglichen Personen, und er hat Angst, so etwas wirklich einmal zu machen. Oft ist er so sehr mit der Unterdrückung seiner Triebe beschäftigt, daß er auf andere wichtige Dinge vergißt. Er kann an nichts anderes mehr denken. Manchmal versuchte er sich zu verletzen, um dieser Macht zu entkommen. Einigemal wurde er schon beim Masturbieren erwischt. Er hat den Kontakt zu diesen Personen sofort abgebrochen. Aber er macht es immer öfter. Er fühlt sich so schuldig...

"Der Süchtige ersetzt eine gesunde Beziehung zu anderen Menschen durch eine krankhafte, kaputte Beziehung. Seine Beziehung zu der

'Erfahrung', die in der Lage ist, seine Befindlichkeit so nachhaltig zu verändern, bekommt den zentralen Stellenwert in seinem Leben" (Carnes, 1987)

"Sexsucht ist mehr als eine Beziehung zu haben, oder Paarung. Vielmehr ist sie eine Geisteshaltung, ein Mosaik von Wertvorstellungen, die mit anderen Menschen nichts gemein haben müssen. Sexsucht bedeutet, eine Beziehung mit sich selber zu führen." (Kasl, 1984)

Wie bei allen Abhängigkeiten gibt es auch hier verschiedenartigste Ausprägungen, wie bei den Eßstörungen Extreme in beide Richtungen. Schaef (1990) beschreibt nicht nur "Sucht" nach in Art und Menge ausufernden Sexualkontakten, Perversionen, Masturbation, Stimulation durch Magazine, Stripshows... sondern auch "sexuelle Anorexie". Diese Abhängigkeit befallt eher Frauen und wirke sich so aus, daß die Aversionen gegen Sexualität in den Mittelpunkt des Lebens rücken. Immer mehr Zeit wird investiert, um sexuelle Kontakte zu vermeiden, ihnen vorzubeugen, alles wird sexualisiert... Die Abhängigkeit von Sex wird viel mehr verheimlicht und verleugnet als andere Abhängigkeiten, weil sie mit viel mehr Schamgefühlen, Moral... verbunden ist. Oft bekennen sich Menschen viel bereitwilliger zu nahezu jeder anderen Abhängigkeit. (Schaef, 1990)

2.3.4.6. SPORT

Bert lief allen davon, nur sich selbst konnte er nicht entkommen. Er selbst war sein größter Gegner, an diesem Gegner kam er nicht vorbei...
Siegfried Lenz

Es wird Abend. Die Sonne spiegelt sich in der leicht gekräuselten Wasseroberfläche. Sie taucht den ganzen See in ein glitzerndes Rot. Die letzten Badenixen verlassen ihre Auslagen und lassen einen schweren Duft nach Schweiß und Sonnenöl zurück. Die Luft steht flimmernd wie eine undurchdringbare Wand. Nur die Mücken können mühelos ihren letzten Opfern naheilen. Ihr leises Summen erfüllt den Raum. Von weit her kommt ein leises Schnauben, kaum lauter als das Summen zuerst, dann immer näher, kräftiger, deutlicher. Gleichmäßig, rhythmisch stoßend. Eine Gestalt bahnt sich den Weg durch die flimmernden Massen, näherkommend als Frau, Ende 20, erkennbar. Schlanke Figur - in Ruderleibchen und Shorts gehüllt. Schweißdurchtränkt schmiegen sie sich an den Körper. In Bächen rinnt es an ihm hinunter. Die langen brünetten Locken sind hinten zusammengebunden. Das Gesicht ist verzerrt. Es spiegelt einen bitteren Kampf wider. Einen Kampf gegen den Raum, der sich eisern dagegen wehrt so schnell durchschritten zu werden. Einen Kampf gegen die Luftmassen, die zäh wie Teig jede Bewegung erschweren. Einen Kampf gegen den Körper, der kraftlos mit jedem Schritt nur ein nach vorne Umfallen zu verhindern scheint. Aber dieses Gesicht zeigt gleichzeitig auch schon den Gewinner an, denn hinter den verzerrten sind auch schon gelöste, entspannte, verklärte Züge zu lesen, und in den Augen steht gleichsam die Botschaft geschrieben, "Niemand zuhause", als ob die Besitzerin dieses Rennwagens, dieser hochpolierten, tiefgelegten Luxusjoggerin ihr Gefährt hier vergessen hätte, und dieses nun Runde um Runde hier dahinkeuchen muß, bis es nach Stunden wieder abgeholt und als beseelter Mensch weiterleben darf. Dann wird es von seinem unruhigen Geist nach Hause zur Reinigung gebracht werden und, da heute kein Gymnastikkurs oder Konditionsturnen mehr auf dem Programm steht, auf den Freien Markt der Promiskuität geworfen. Sie kann mit ihrem Körper noch einen hohen Marktwert erzielen. Er gilt als unersättlich. Und die kaputten Gelenke sieht niemand, die Schmerzen spürt niemand. Die Besitzerin dieses Körpers wird niemand kennenlernen. Sie hat schon lange keine Freunde mehr. Karriere, Beziehungen, Hobbys - alles wurde dem Rausch geopfert...

Es scheint eine anstrengendere und nicht so plötzliche aber gesellschaftlich viel mehr akzeptierte und unterstützte Form zu sein, den Endorphinspiegel zu heben. Natürlich ist sie keine Alternative zu den schnell wirksamen Rauschdrogen, genausowenig wie ein leichter Alkoholspiegel für einen "Rauschtrinker". Die Schmerzen der zerstörten Gelenke können im Nüchternzustand aber ebenso unerträglich werden. Eine andere, eher rauschartige Form ist Risikosport, wie z.B. Bungee-Jumping (sollte man eher "banshee" = "Todesfee" nennen)... ,bei dem blitzartig ein Schuß Adrenalin freigegeben und damit ein "flash" ähnlich einer Rauschdroge bewirkt wird.

Ein weiteres immer häufiger in der Mittelpunkt der allgemeinen Aufmerksamkeit tretendes Problem ist die Kombination von Sport mit anderen Abhängigkeiten z.B. beim Doping, Anorexie...

2.3.4.7. GLÜCKSPIEL

...sogar im Traum glaube ich immer das Spiel zu sehen. Aber dabei habe ich eine Empfindung, als ob ich eine Holzpuppe geworden wäre, oder als sei ich in tiefem Schlamm stecken-geblieben.

F.M. Dostojewskij

"Ein Viertel Bordeaux, daß als nächstes ein Japaner vorbeikommt!" Natürlich kam ein Mercedes, und sie lud mich ein. Sie ging mit mir in ein kleines, schäbiges Nachtlokal zwei Häuser weiter. Die Musik war laut und kratzig, das Licht gedämpft. Die Luft war zum schneiden. Ein kleiner Tisch in der Ecke war frei. Beim gelben Licht der nackten Glühlampe über uns konnte ich endlich ihre Augen sehen: Leuchtend, bläulich grün, glänzend, mit schweren Schatten. Schmale Nase, zarter Mund, feine Gesichtszüge, helle Haut. Kurze, helle, rötliche Haare, die wie wild in die Luft und die Stirn standen. Sie saß leicht nach vorne gebeugt, und ihr Mund bewegte sich ständig. Irgendwann bemerkte ich, daß sie mit mir redete. Ich beugte mich auch vor, bis unsere Gesichter ganz nahe waren. Jetzt konnte ich etwas aus dem Gewirr an Stimmen, Lachen, Grölen, Musik heraushören: "...in Malibu! Und seine Neue soll noch etwas mit ihrem Ex haben. Aber er sagt..." Ich verstand nichts. Irgend jemandem hatte sie anscheinend Geld geborgt, und der ist abgehauen. Oder hat er sich vollgesoffen? Ich weiß nicht. Es war auf jeden Fall interessanter, einfach dem Mund, der sich da so knapp vor mir so schnell bewegte, zuzusehen. Der Kellner brachte zwei Gläser Rotwein - natürlich war es kein Bordeaux - und ich lehnte mich wieder zurück. Sie war mittelgroß und schlank, mit verhältnismäßig vollen Brüsten und einer hellen Haut. Jean und T-Shirt waren hell und zerrissen. Sie hatte inzwischen aufgehört zu reden und wartete anscheinend auf eine Antwort. "Wie Bitte?", ich beugte mich vor, um sie besser zu verstehen, aber da sah ich schon ihren verstohlenen Blick zu den Spielautomaten. Sie sei momentan leider etwas knapp bei Kassa, eben wegen dieses Freundes... Ich gab ihr ein paar Münzen, und sie stürzte zu den Maschinen. Durch die Rauchschwaden konnte ich nur schwer erkennen, was aber leicht vorhersagbar war. Nach wenigen Minuten kam sie zurück. Ihr Blick war abwesend, verklärt. Ob ich noch etwas für sie habe. Ich mußte verneinen. Diesmal setzte sie sich neben mich. Ihre Hand war auf meinem Knie. Ihr Mund ganz knapp vor meinem. Ihre Augen leer. Ob ich nicht doch noch

etwas hätte. Ich hatte nur mehr das Geld für den "gewonnenen Bordeaux". Ich spürte ihr hin- und hergerissen und -getrieben Sein. Sie wollte sich schein't's noch mehr mit mir "unterhalten", aber sie kam nicht mehr zur Ruhe. Ich fragte sie nach irgendwelchen Belanglosigkeiten. Nach einiger Zeit mußte ich auf's Klosett. Als ich zurückkam, saß sie an einem anderen Tisch und fischte gerade jemandem das Geld aus der Tasche...

Vorsichtige Schätzungen, die auf internationalen Untersuchungen basieren, gehen davon aus, daß 0.5 - 1 % der Erwachsenenbevölkerung pathologische Spieler sind. Gefährdet sind 3 - 4 %. 90 % spielen hauptsächlich an Automaten. Dort sind die idealen Voraussetzungen gegeben: (Grabner, 1993)

- Das Spiel ist leicht zugänglich.
- Die Zeitspanne zw. Einsatz und Ergebnis ist kurz.
- Der Spieler ist persönlich am Spiel beteiligt, und kann selber das Ergebnis beeinflussen. Zumindest wird ihm das suggeriert.
- Es besteht die Möglichkeit den Einsatz zu erhöhen. (Die Risikobereitschaft wird herausgefordert.)
- Kleine Geldeinh. bzw. Jetons vermindern den Bezug zum Geld und lassen Verluste geringer erscheinen.
- Das Spiel wird gesellschaftlich akzeptiert.
- Das Spiel ist mit starkem Nervenkitzel verbunden.

Aber Langzeitabh. spielen um alles, können einfach an nichts anderes mehr denken, schließen im Notfall einfach nur für sich selbst total sinnlose Wetten ab...

Die Folgen sind meist enorme Verschuldung, oft auch Kriminalität und Selbstmord.

2.3.4.8. ARBEITEN

Zeit ist Geld

Benjamin Franklin

Herr B. prägt den Ruf der Ausbildung. Er ist eine Kompetenz. Aus dem ganzen Land kommen sie, um sich von ihm beraten zu lassen. Zu den Schulabgängern sagt man: "Ah, du bist bei Herrn B. in die Schule gegangen!" Seit Herr B. vor 15 Jahren in dieser Schule anfing, hat sie immer mehr einen Ausbildungsschwerpunkt bekommen. Natürlich mußten dabei die anderen Gegenstände etwas zurücktreten. Aber bald hat jeder in der Schule akzeptiert, wer der Wichtigste ist. Da vor ihm keiner dieses Fach je so beherrschte, und darum keines der Lehrbücher seinen Ansprüchen gerecht werden konnte, mußte er ein neues schreiben. Er ist von ganzem Herzen seinem Beruf, fast muß man sagen seiner Berufung, verpflichtet. Und ein bißchen etwas davon muß er natürlich auch von seinen Schülern verlangen. Er weiß es: die Lehre bei ihm ist hart, und für eine gute Ausbildung muß die Freizeit auch manchmal etwas zurücktreten. Aber er kennt seine Schüler, und er weiß, was er ihnen zutrauen kann. Sie haben Ehrfurcht vor ihm.

Herr B. bemerkt nicht, daß er die Beziehung zu seinen Schülern, Kollegen, zur Realität verloren hat. Seine Familie hat er schon vor Jahren seiner Berufung opfern müssen. Dann die Freundschaften. Sein Hobby hat er fast zum zweiten Beruf gemacht. Es gibt keinen Bereich in seinem Leben, der nicht entweder von seinem Perfektionismus und Leistungsdenken erfaßt, oder von ihm zerstört wurde. Als Nächstes kann er nur mehr seine Gesundheit opfern. Er macht tatsächlich einen ehrfurchtseinflößenden Eindruck: Groß, fest, laut, energisch, roter Kopf und blaue Lippen. Er hatte bisher noch keinen Zusammenbruch, aber was ist wenn? Wird er sich schonen können?...

Abhängigkeit von Arbeit - oder: gestörte Beziehung zur Arbeit - kann sich, wie Eßstörungen, in zwei extreme Richtungen entwickeln. Fassel (1991) beschreibt, unter Betonung der vielen Gesichter der "Arbeitssucht", vier Haupttypen:

1. Der zwanghafte Arbeiter, der eigentliche "Workaholic", der Perfektionist, der chronisch nur für die Arbeit lebt.
2. Der Arbeiter mit plötzlichen Arbeitsanfällen, die quartalsmäßig, monatlich oder wöchentlich immer häufiger auftreten, und einige Tage (und Nächte) dauern.

3. Der heimliche Arbeiter, der sich Arbeit mit nach Hause oder in den Urlaub nimmt und immer etwas zum Arbeiten dabei hat.
4. Der chronisch Arbeitsunlustige, der nie von sich aus richtig aktiv werden kann.

Man könnte dazu noch den sozialen Arbeiter, der von seiner Umgebung in ein chronisch unausgewogenes Arbeitsverhalten getrieben wird, und den Konfliktarbeiter, der vor Problemen in die Arbeit flüchtet, zählen. (Siehe auch Punkt 2.3.4.2.)

Als "typische Eigenschaften" erwähnt Fassel (1991):

1. Mehrfache "Sucht", wie Geld, Essen, Beziehungen, Alkohol, (Kontrolle, Medikamente)...
2. Verleugnung (und Verdrängung) des Arbeitspensums und der Abhängigkeit davon
3. Mangelnde Selbsteinschätzung im Sinne von Unter- oder Überschätzen (oder beides?)
4. Außenorientierung: Das heißt an äußeren Umständen orientieren, wie sie sich zu fühlen und zu handeln haben. Workaholics erzählen auf die Frage, wie es ihnen geht, was sie tun und was es für Probleme gibt.
5. Die Unfähigkeit sich zu entspannen: Es muß immer ein "Vorrat" an Arbeit da sein.
6. "Zwanghaftigkeit": Perfektionismus, der sich auf alle Lebensbereiche ausbreitet.

Außerdem noch: Unehrllichkeit, Ichbezogenheit, Isolation, Kontrolle, Berge von Arbeit und Akten, Mangel an Nähe, Selbstmißbrauch, körperliche und psychische Probleme, spiritueller Bankrott...

Die große Zahl an Herz- und Hirninfarkten... in unserer Gesellschaft spricht für sich. Die vielen verheirateten und trotzdem alleinerziehenden Mütter auch. Ebenso die vielen Kinder die, als Ergebnis der "Emanzipation", zwei berufstätige - oder sollte man eher sagen: keine - Eltern haben. Ein neues Problem unserer Zeit ist der langfristige, struktur- oder konjunkturbedingte Entzug in Form von (Langzeit-) Arbeitslosigkeit. Man wird Arbeit, produktive Betätigung, mehr als "Grundbedürfnis", ähnlich dem Essen... , sehen müssen und einen mäßigen Umgang mit ihm zu lernen haben.

2.3.4.9. BEZIEHUNGEN

Ein Mann kommt zum Psychiater
 und sagt:
 "Doktor, mein Bruder ist verrückt.
 Er glaubt, er ist ein Huhn."
 Und der Doktor sagt:
 "Warum bringen sie ihn nicht ins Ir-
 renhaus?"
 Und der Mann sagt:
 "Das würde ich ja gerne, aber ich
 brauche die Eier."

Woody Allen

"Laß mich!" Wütend versuchte sie mir das Fläschchen aus den Händen zu reißen, und als die kleinen Kapseln endlich von der Klospülung mitgerissen und in unerreichbare Tiefen gespült wurden, ließ sie sich kopfüber in die Öffnung hängen, als wollte sie den erlösungbringenden Kapseln nachtauchen. Das Rauschen der Spülung vermischte sich mit ihrem Schluchzen und Gurgeln. Lange saß sie noch so da, zusammengekauert neben der Klomuschel. Die Kleider waren naß und zerrissen. Sie zitterte am ganzen Leib. Sie brauchte nichts zu sagen. Es war alles klar. Es war jedesmal das gleiche. Man konnte nichts tun. Nur da sein. Und das war schwer genug. Sie hatte es mir schon so oft erzählt. In langen, kalten Nächten, in denen die Zeit stillzustehen schien wie in einem Alptraum. Es war alles schon gesagt, hundertemale, und sie wiederholte es nur immer und immer wieder, um einfach zu reden, um diese grauenhafte Stille zu durchbrechen, um selber zu hören, daß sie noch da war, daß sie noch lebte. Sie wußte, daß sie lernen sollte, wieder zu leben, aber wozu denn? Es hatte doch alles keinen Sinn mehr ohne ihn. Wozu noch jeden Tag aufstehen, sich anziehen, essen? Wozu überhaupt noch die Augen aufzumachen, oder den Mund? Sowenig er mit ihr leben konnte, konnte sie ohne ihn. Er könnte machen mit ihr, was er will. Er könnte seine Neue mitnehmen, oder jede Nacht eine Neue. Sie würde alles ertragen, wenn sie nur bei ihm sein könnte. Jeden Augenblick würde sie mit ihm teilen. Jeden Atemzug für ihn leben...

Die Beispiele für schädlich ausartende Abhängigkeit von anderen Menschen in Literatur, Musik, Film, Freundeskreis... sind unzählbar.

Die Erscheinungsformen dieser Abhängigkeit sind ebenso vielfältig wie Beziehungen selber.

Schaef (1990) unterscheidet zwei Hauptformen:

- Zum einen die Abhängigkeit von einem bestimmten Menschen, für den man alles macht, dem man "hörig" ist, den man idealisiert und vergöttert und eigentlich gar nicht kennt.
- Zum anderen die Abhängigkeit von irgendwelchen Beziehungen, von der Idee einer Beziehung, ohne eigentlich wirklich zu einer Beziehung fähig zu sein.

Beiden Typen ist der (meist unbewußte) absolute Horror vor dem Alleinsein gemeinsam. Sie leiden oft unter "selektivem Gedächtnis-schwund", um ihr Bild von sich und ihrem "Objekt der Begierde" aufrecht erhalten zu können.

Wieder kann sich die Störung in alle bekannten Richtungen entwickeln. Menschen können genauso davon "besessen" sein, (unbewußt) Beziehung(en) zu vermeiden, auch innerhalb einer "Beziehung". Menschen können *in* und *vor* "Beziehungen" flüchten.

Schaef (1990) weist darauf hin, daß von der "Beziehungssucht" die "Romanzensucht" zu trennen ist, wie Alkohol von Drogen. Viele Menschen wollen eigentlich keine Beziehung sondern nur den Flirt, das Preiseln, das Gefühl, die Illusion, die Schwärmerei...

Auch diese Form ist fortschreitend. Man kann durch einen Song "high" werden. Menschen können nur in ihren Phantasien leben. Diese Phantasien können zum Mittelpunkt werden. Sie können Affären am laufenden Band haben (vielleicht auch sich überschneidende), und irgendwann muß der "Kick" immer stärker werden: Z.B. immer fremdere Menschen, immer brenzligere Situationen. Sie zerstören vielleicht eine Ehe nach der anderen, verführen immer Jüngere oder Priester...

3. THERAPIE

Die Illusion der Sucht beruht darauf, daß die Vielfalt unserer Bedürfnisse unbewußt bleibt. Wenn ich mir all dessen, was ich bin, gewahr werde, stelle ich fest, daß keine Substanz, Tätigkeit oder Person ausreicht, mich voll zu befriedigen. Ich lasse die Sicherheit der Droge beiseite und stürze mich ins Abenteuer, mich in die Vielfalt des Selbst und der Welt zu verlieben.

Sam Keen

3.1. ALLGEMEINES ZUR THERAPIE VON ABHÄNGIGKEITEN

Die Therapien der verschiedenen Abhängigkeiten sind noch unterschiedlicher, als die Erklärungsweisen. In dieser Arbeit soll vor allem auf Grundsätze der Ergotherapie eingegangen werden, die aber vielleicht auch in der Therapie von Abhängigkeiten allgemein hilfreich sein können. Wie diese Therapie konkret aussieht, vor allem speziell auf die verschiedenen Patientengruppen bezüglich Objekt der Abhängigkeit, Grundstörungen, Alter... abgestimmt, kann hier nicht näher erörtert werden. Dazu fehlt es mir erstens an Erfahrungen und zweitens würde es den Rahmen einer Diplomarbeit bei weitem sprengen.

3.1.1. THERAPIEINSTITUTIONEN

Die Therapie wird normalerweise in 4 Phasen eingeteilt:

1. Kontaktphase mit Beziehungsaufbau zu einer Bezugsperson in einer Beratungsstelle und Motivation zu einem stationären Aufenthalt (kann Jahre dauern oder auch z.B. bei Fremdmotivation

- wie drohendem Arbeitsplatzverlust, Führerscheinentzug, Scheidung... wegfallen),
2. Entzug in einem Krankenhaus mit Behandlung der ersten körperlichen Entzugserscheinungen (z.B. bei Alkoholismus meist etwa eine Woche),
 3. Entwöhnung mit Motivation zur weiteren Abstinenz, Information über die Krankheit, Folgeerscheinungen, Gefahren... , ev. Psychotherapie, Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen...
 4. Nachbetreuung über Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen... Auf die weltweit verbreiteten 12-Schritte-Gruppen wird anschließend noch näher eingegangen.

Zur Therapie der verschiedenen Abhängigkeiten stehen unterschiedlichste Institutionen zur Verfügung. Es gibt vor allem für Alkoholiker zahlreiche Therapieeinrichtungen.

Die Bestrebung, den Kranken wenn möglich den Arbeitsplatz sowie familiäre und andere soziale Verankerungen zu erhalten, führt dazu, daß die meisten Einrichtungen zur Entwöhnung von Alkohol und Tabletten generell nur 10 Wochen Aufenthalt vorsehen.

Abhängigkeit von Rauschdrogen wird meist in langfristigen Therapieprogrammen in oft eher abgeschiedenen Einrichtungen mit viel Eigenleben, Eigenversorgung, Eigenverantwortung... therapiert, wobei mehr auf "Nachholen fehlender Persönlichkeitsentwicklung und -reifung" geachtet werden muß. In letzter Zeit wird aber auch eine ambulante Therapie mit Substitution der Droge durch Methadon immer häufiger angewandt. Diese Therapie hat den Vorteil, daß die Patienten bei bestehenden, positiven, tragfähigen Sozialkontakten (auch Schulbesuch, Arbeit...) diese nicht abbrechen müssen und (bzw. oder) leichter zu resozialisieren sind.

Andere Abhängigkeiten werden meist entweder in der allgemeinen Psychiatrie behandelt oder oft nicht als Krankheiten sondern als Charakterschwäche gesehen.

Oft schließen sich Kranke zu Selbsthilfegruppen zusammen.

Eine Form dieser Selbsthilfegruppen sind die Anonymen Alkoholiker und die vielen anderen daraus entstandenen 12-Schritte-Gruppen, deren theoretischer Hintergrund im Kapitel 2.2.8. vorgestellt (und zum Teil in den Kapiteln 3.2. nahegebracht) wird.

Diese Selbsthilfegruppen treffen sich wöchentlich, um sich gegenseitig Kraft zu spenden. Die schon im Namen (AA, Al-Anon, alateen, Overeaters Anonymous, Anonyme Arbeits-, Beziehungs-, Sex-, Spiel-, Kontrollsüchtige,...) deklarierte Anonymität der Teilnehmer wird durch einige strenge Regeln gesichert. Es ist zum Beispiel streng verboten sowohl den eigenen als auch Nachnamen und Adresse anderer Teilnehmer zu erwähnen oder irgendwie erfahrbar zu machen.

Die Leitung der Gruppe wechselt bei jedem Treffen. In den Gruppensitzungen werden zuerst die 12 Schritte der Anonymen Alkoholiker - abgewandelt für die jeweilige Abhängigkeit - abwechselnd im Kreis vorgelesen. Dann kann jeder der Reihe nach seine Erfahrungen weitergeben. Die anderen bedanken sich jedesmal danach. Niemand muß reden. Jeder spricht nur über sich. Niemand fragt, kritisiert oder berät jemand anderen. Am Schluß - nach etwa einer Stunde - stehen alle im Kreis auf, geben sich die Hände und schließen kurz die Augen.

Die 12 Schritte der Anonymen Süchtigen:

1. Wir gaben zu, daß wir unserer Sucht gegenüber machtlos sind - und unser Leben nicht meistern konnten.
2. Wir kamen zu dem Glauben, daß eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.
3. Wir faßten den Entschluß, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes - wie wir Ihn verstanden - anzuvertrauen.
4. Wir machten eine gründliche und furchtlose Inventur in unserem Inneren.
5. Wir gaben Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber unverhüllt unsere Fehler zu.
6. Wir waren völlig bereit, all diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.
7. Demütig baten wir Ihn, unsere Mängel von uns zu nehmen.

8. Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten, und wurden willig, ihn bei allen wieder gut zu machen.
9. Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut - wo immer es möglich war -, es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt.
10. Wir setzten die Inventur bei uns fort, und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.
11. Wir suchten durch Gebet und Besinnung die bewußte Verbindung zu Gott - wie wir Ihn verstanden - zu vertiefen. Wir baten Ihn nur, uns Seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen.
12. Nachdem wir durch diese Schritte ein seelisches Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an Süchtige weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten."

Die Beurteilungen der 12-Schritte-Gruppen sind extrem unterschiedlich. Viele meinen, dies sei der einzige Weg, wirklich frei von allen Abhängigkeiten zu werden, und die weltweite, immer stärkere Verbreitung scheint dafür zu sprechen. Andere werfen den Anonymous vor, zu religiös und zu vereinnahmend zu sein, und die Teilnehmer wieder in eine Abhängigkeit zu bringen.

Eine große Gefahr, die besteht, ist, sich nur mehr mit der Suche nach etwaigen Abhängigkeiten zu beschäftigen, und von einer "Unabhängigkeitssucht" ergriffen zu werden.

3.1.2. THERAPIEZIELE

Die Therapien von Abhängigkeit stützen sich meist auf das große Therapieziel Abstinenz. Doch nur in relativ wenigen Fällen ist dieses Ziel realistisch. Natürlich kann man sich darauf beschränken, sich immer nur den nächsten Tag vorzunehmen, wie das die Anonymen Alkoholiker machen. Oder man stellt resigniert fest, daß die Therapie von Abhängigkeiten eben wenige Erfolgserlebnisse birgt.

Vielleicht liegt es aber auch an der unkritischen Übernahme von alten, großteils moralisch begründeten Therapiezielen, die uns die Sicht auf das eigentliche Wohlergehen der Patienten verdecken.

Dann ist es notwendig, wie Körkel und Kruse (1993) den Widerspruch des Abstinenzanspruches zu hinterfragen.

Der Widerspruch des Abstinenzanspruches besteht darin, daß von Menschen, die an einer Krankheit erkrankt sind, die durch Kontrollverlust bestimmt ist, verlangt wird, willentlich auf ihre krankhaften Handlungen und Haltungen zu verzichten, um so der angebotenen Behandlung teilhaftig zu werden. Es wird also ein Therapieziel, das nicht einmal in der Hälfte aller Fälle irgendwann dauerhaft erreicht werden kann, als Voraussetzung für eben diese Therapie verlangt. (Körkel und Kruse, 1993)

Was geschieht aber mit den Vielen, für die dieses Ziel einfach zu hoch, unrealistisch oder gar nicht (mehr) erstrebenswert ist?

Ein interessanter Ansatz ist das Denkmodell des "Herausdriftens aus der Sucht" (Körkel und Kruse, 1993). Dieses Modell will zum Ausdruck bringen, daß bei einem Teil der Abhängigen im Lebensvollzug psychische und soziale Veränderungen stattfinden, die das Suchtmittel meist unmerklich irgendwann "von alleine" überflüssig machen, ohne daß es bewußter Entscheidungen für die Abstinenz bedürfe. Derartige Remissionen ohne professionelle Behandlung sind für Alkoholabhängige (Klingemann, 1988) und Abhängige von illegalen Rauschdrogen (Schneider, 1988) dokumentiert. Dies kann bedeuten, daß bis zu diesem Zeitpunkt Beschleunigungen im Ausstieg kaum möglich sind, und von außen "aufgepfropfte" Abstinenzziele unerreichbar bleiben. (Körkel und Kruse, 1993)

Die Therapieziele wären dann im Fördern dieser "Reifung", im positiven Beeinflussen der psychischen und sozialen Bedingungen, die ein "Herauswachsen" aus der Abhängigkeit ermöglichen zu suchen. Die Mäßigung und vorübergehende oder dauerhafte Abstinenz wären dann positive "Begleiterscheinungen".

Eine mögliche neue Zielhierarchie für die Behandlung von Abhängigkeiten wird von Körkel (1991) bezogen auf Alkoholismus vorgeschlagen:

1. Sicherung des Überlebens
2. Sicherung des möglichst gesunden Überlebens
3. Reduzierung der Trinkmenge und der Trinkexzesse
4. Verlängerung der alkoholfreien Perioden

5. Dauerhafte Abstinenz

6. Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit

Weitere Anregungen, Hintergründe, Zusammenhänge... zu diesem Thema finden sich z.B. bei Körkel und Kruse (1993).

3.1.3. WAS IST ERGOTHERAPIE?

"Der ergotherapeutische Dienst umfaßt die eigenverantwortliche Behandlung von Kranken und Behinderten nach ärztlicher Anordnung durch handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten, das Training der Selbsthilfe und die Herstellung, den Einsatz und die Unterweisung in Gebrauch von Hilfsmitteln einschließlich Schienen zu Zwecken der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation; ohne ärztliche Anordnung die Beratungs- und Schulungstätigkeit sowohl auf dem Gebiet der Ergonomie als auch auf dem Gebiet des allgemeinen Gelenkschutzes an Gesunden." (§460(5) des BGL MTD, 31.7.1992)

Wenn man versucht, den Ansatz einer Therapie auf einen Satz zu bringen, so betrifft Ergotherapie vielleicht "den handelnden, tätigen Menschen".

Dieses Tätig-sein umfaßt Alltagsverrichtungen, "Broterwerb", Hobbys, Freizeitgestaltung, (unerkannte) Fähigkeiten...

Dieses Tätig-sein ist sowohl Weg als auch Ziel der Therapie.

"Arbeiten und sich beschäftigen ist Bestandteil der Selbstverwirklichung. ErgotherapeutInnen lenken die Selbstwahrnehmung auf das Tun, auf die Aktivität, auf das, was jemand kann, aber auch auf die Art und Weise, wie jemand etwas macht. Im Rahmen der Ergotherapie kann ich demnach erfahren und spüren, wie ich mich anstrengende, konzentriere, durchhalte und wie ich mit Fehlern umgehe. Ich kann lernen, verlorengegangene Bedürfnisse und Wünsche wahrzunehmen und zum Ausdruck zu bringen, und ich kann lernen, mich mit Mitmenschen auseinanderzusetzen - mich einzulassen und abzugrenzen." (Scheiber, 1989)

Ergotherapie kann sich deshalb nicht nur mit einer einzelnen Störung - abgetrennt vom Menschen - befassen sondern muß immer den

ganzen Menschen betrachten. Ganzheitlichkeit ist eines der wichtigsten Schlagwörter in der Ergotherapie.

Was dieses Schlagwort für die Therapie von Abhängigkeiten bedeutet, wird im nächsten Kapitel näher betrachtet.

3.2. "GANZHEITLICHKEIT" ALS ERGOTHERAPEUTISCHER GRUNDSATZ

Ganzheitlichkeit ist eines der häufigsten und modernsten Schlagwörter unserer Zeit. Dabei wird aber kaum darüber gesprochen, was damit eigentlich gemeint ist, und häufig wird überhaupt nichts damit gemeint.

Die Suche nach einer Definition gestaltet sich deshalb als schwierig. Obwohl die Ergotherapie Ganzheitlichkeit als eines ihrer Grundprinzipien postuliert, findet sich aber auch in ergotherapeutischer Literatur keine Erklärung, was Ganzheitlichkeit eigentlich heißt.

Unter "Ganzheit" steht im Lexikon (Herder, 1956):

"-eine innerlich strukturierte Vielfältigkeit von Teilen im Gegensatz zur bloßen Summierung ohne inneren Zusammenhang. Der Charakter der Teile wird durch die Ganzheitlichkeit geprägt; das sie Verbindende ist durch das zielgerichtete Sein der Ganzheitlichkeit gegeben; alles Tun wird aus ihr verständlich und sinnerfüllt."

Unter "Ganzheitsmedizin" steht (Meyer, 1990):

"Medizinische Richtung, die den Kranken nicht nur nach einzelnen Krankheitsbildern und Einzelbefunden, sondern in seinem psychischen Gesamtzustand erfassen und behandeln will. ..."

Das heißt der Mensch und sein Menschsein können nicht als Ergebnis einer Addition seiner "Bestandteile" zu einem "Gesamt" verstanden werden. Von seinem Wesen her ist der Mensch eine Ganzheit. Ganzheit ist immer ein lebendig Strukturiertes. Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Teile, Funktionen, Bedürfnisse oder gar Störungen. Diese im letzten unteilbare Ganzheit sollte bei allen Beschreibungen des Menschen berücksichtigt werden: Es geht dann nicht um z.B. die Atmung sondern um den atmenden Menschen, es geht nicht nur um Alkohol, Drogen... sondern um den abhängigen Menschen.

Die Forderung nach Ganzheitlichkeit in der Therapie von Abhängigkeiten folgert konsequenterweise, wenn sie nicht nur ein Schlagwort bleiben soll, verschiedene weitere Forderungen, die komplex miteinander verbunden sind, hier aber nur kurz in 4 Punkten dargestellt werden sollen:

3.2.1. ALLE ABHÄNGIGKEITEN

Eine in der Praxis immer wieder gemachte Beobachtung ist die sogenannte "Suchtverschiebung": "Ehemalige" Alkoholiker flüchten vor ihren Problemen in Berge von Arbeit, "ex-user" illegaler Drogen betreiben exzessiven Sport, Freßphasen wechseln mit Phasen intensiver Beziehungen... Die einzelnen Institutionen erfüllen ihre Aufgaben der Therapie mehr oder weniger erfolgreich, aber eigentlich werden nur einzelne Symptome einer Krankheit bekämpft. Im Kapitel 2.3.4. wurden in kurzen Blitzlichtern einige der vermutlich vielen möglichen Objekte von Abhängigkeit vorgestellt. Versucht man z.B. die Kriterien von DSM-III-R (natürlich abgesehen vom Begriff "Substanz") anzuwenden, so müssen alle beschriebenen Fallbeispiele als krankhafte Abhängigkeiten eingestuft werden. Das Fortschreiten der Krankheit, das dadurch entstehende Leid und damit die Notwendigkeit einer Therapie geht aus allen Fallbeispielen eindeutig hervor. Es sollten deshalb bei einer Symptombekämpfung zumindest alle Symptome dieser Krankheit betrachtet werden.

Carnes (1987) meint: "Es ist nicht undenkbar, daß die hohe Rückfallquote bei Alkoholikern ihren Grund in der Tatsache hat, daß es bisher noch keine erfolgreichen Behandlungsprogramme für multiple Süchte gegeben hat."

Aber es sei davor gewarnt, die ganze Energie in die Suche nach neuen Abhängigkeiten zu investieren und gleichsam auf alle möglichen Abhängigkeiten "anorektisch" zu reagieren. Dieses Vorgehen würde ebenso an der Oberfläche der Erkrankung bleiben und das Leben wahrscheinlich noch mehr beeinträchtigen.

Vielmehr muß versucht werden, die jeweiligen spezifischen Ursachen herauszufinden und zu behandeln.

Seit Beginn der Psychoanalyse wird darauf hingewiesen, daß wir uns zur Erklärung der Entstehung von Abhängigkeit der dahinter liegen-

den abhängigen Grundhaltung zuwenden müssen. Ein Schwerpunkt der Entstehung von Abhängigkeit liege nicht bei der Substanz, sondern beim Individuum, und diesem Schwerpunkt müssen wir uns widmen, wenn wir therapeutisch erfolgreich sein wollen (Matussek, 1972).

Betrachten wir nocheinmal von diesem ganzheitlichen Blickwinkel, der alle Abhängigkeiten einschließt, den Anspruch der Abstinenz:

Vor allem im Hinblick auf die Eßstörungen wird klar, daß Abstinenz nicht bei allen Abhängigkeiten möglich ist, sondern vielmehr eine gestörte und in die Gegenrichtung ausschlagende Beziehung zu einem Objekt darstellen kann. Natürlich ist es bei manchen Objekten in manchen Fällen am naheliegendsten, dieses Objekt zu beseitigen. Wenn ich etwas oder jemandem, zu dem ich eine gestörte Beziehung habe, aus dem Weg gehen kann und damit gut leben kann, so ist das sicher eine akzeptable Lösung. Ist das aber nicht möglich, so muß ich versuchen, an der Beziehung zu arbeiten.

Es liegt der Verdacht nahe, daß es eigentlich um die Beziehung zu Grundbedürfnissen geht, die auf dem einen oder anderen Wege mehr oder weniger erfolgreich zu erreichen versucht wird. Ziel wäre es, *alle* Bedürfnisse wahrzunehmen und möglichst gleichmäßig und direkt befriedigen zu lernen.

Oder um das ganze einmal aus einem anderen Blickwinkel zu beschreiben:

"Gesundheit kann als Zustandsbild in uns gesehen werden, auf das wir selber immer zustreben. Ist aus irgendwelchen organischen, traumatischen, sozialen... Gründen dieses Bild für uns unerreichbar, so wird oft versucht, das mit diesem Bild verbundene Wohlbefinden, Erscheinen... zu "simulieren", z.B. durch Medikamente, die Mißempfindungen blockieren, durch Alkohol und Drogen, oder auch durch Essen, damit Spannungen abgebaut werden, und andere Abhängigkeiten. Darüber hinaus verdienen daran die Kosmetikindustrie und die "Schönheitsfarmen" mit ihren Diät- und Trainingsprogrammen. Hinter all dem liegt die Sehnsucht nach Gesundheit, die den Betroffenen offenbar auf andere Weise nicht erreichbar erscheint." (Merl, 1993)

3.2.2. ALLE LEBENSBEREICHE

Schon im Corpus Hippocraticum wurden sechs Dinge beschrieben, die ein Leben lang im Maß gehalten werden müssen: Licht und Luft, Speise und Trank, Arbeit und Ruhe, Schlaf und Wachen, Ausscheidung und Absonderung sowie seelische Affekte. Diese Lebensbereiche waren, wenn sie im Gleichgewicht waren, der Gesundheit dienlich. Die Sorge für die Gesundheit wurde gleichsam als Lebenskunst verstanden: Kunst im Sinne von "kundig-sein", "kundig des heilsamen Maßes". Das Maß diente auch als Heilmittel dort, wo Maßlosigkeit (zuviel Arbeit, zu wenig Ruhe, zuviel oder falsche Nahrung, ungenügende Ausscheidung...) zu Krankheit geführt hatte. (Seidler, 1980) Heilung bestand deshalb nicht nur in der Bekämpfung von Symptomen sondern darin, dem aus dem Gleichgewicht Gekommenen in allen Lebensbereichen wieder zu einer ausgeglichenen Lebensführung zu verhelfen. Hildegard von Bingen sagt, daß Maßhalten nicht als Last sondern als Kunst, mit den Dingen / dem Leben in Harmonie zu sein, verstanden werden soll.

In den Fallbeispielen ebenso wie in der allgemeinen Beschreibung von Abhängigkeit ist unübersehbar die Verarmung des Lebens außerhalb der zentralen Rolle der Abhängigkeit als grundlegender Bestandteil der Krankheit sichtbar.

In der Therapie von Abhängigkeiten ist es wichtig, in diesem Sinne das ganze Leben miteinzubeziehen.

Es gibt viele Dinge, Aktivitäten, Menschen... im Leben, von denen wir abhängig sind, durch die wir uns besser fühlen und ohne die wir nicht leben könnten. Solange wir diese vielen Bedürfnisse und Abhängigkeiten akzeptieren, ist unser Leben im Gleichgewicht. Wenn wir uns von der einen Abhängigkeit lösen, werden wir von etwas anderem abhängig.

Dadurch entsteht aber nie eine Abhängigkeit, die unser Leben gefährden kann. Wird aber das Bestreben, von manchen unseren Bedürfnissen unabhängig zu werden, zu groß, so entsteht ein Ungleichgewicht, und die Abhängigkeit von anderen wird übermächtig.

Um aus dieser Situation wieder herauszukommen, genügt es nicht, irgendeine Substanz zu entziehen. Er hilft auch nicht, "Ersatzdrogen" anzubieten. Wir müssen wieder lernen, alle unsere Bedürfnisse wahrzunehmen, zu akzeptieren, und adäquat zu befriedigen.

Ich möchte hier noch einmal die Worte Sam Keens in Erinnerung rufen, die das hervorragend treffen:

"Die Illusion der Sucht beruht darauf, daß die Vielfalt unserer Bedürfnisse unbewußt bleibt. Wenn ich mir all dessen, was ich bin, gewahr werde, stelle ich fest, daß keine Substanz, Tätigkeit oder Person ausreicht, mich voll zu befriedigen. Ich lasse die Sicherheit der Droge beiseite und stürze mich ins Abenteuer, mich in die Vielfalt des Selbst und der Welt zu verlieben." (Keen, 1984)

Und das ist mehr, als nur die Lücken, die durch den Wegfall der Droge entstanden sind, mit irgendwelchen Hobbys auszufüllen. Es muß versucht werden die Vielfalt des Menschseins zu vermitteln, alle Bedürfnisse und alle Quellen der Freude, des Glücks, der Lust... wachzurufen und alle Fähigkeiten, das Leben zu meistern, wiederzufinden.

Bei diesen "Quellen der Lust" kommen dem Leser vielleicht ganz bestimmte "Quellen" in den Sinn, und dieser Umstand ist wieder ein Beispiel, wie sehr auch unser aller Denken eingeschränkt ist. Aber das Leben - wir *sind* vielseitiger.

Wir müssen nur wieder unser "ganzes Selbst" suchen.

3.2.3. DER GANZE MENSCH

In Wahrheit war dieser Körper
immer ein Klotz am Hirn.

R.P.Gruber

In der Regel wird der Mensch in Körper und Geist unterteilt. Der Körper ist alles Materielle und der Geist alles Inmaterielle. Manchmal wird, um einen religiösen Aspekt miteinzubeziehen, der Geist in Psyche und Seele unterteilt, dann ist die Psyche der inmaterielle aber wissenschaftlich untersuchbare Teil und die Seele alles Unfassbare, transzendente. Die Psyche kann dann noch in Bewußtes und Unbewußtes und in Gefühl und Vernunft geteilt werden usw. Der Vielfalt und Ausdauer der Einteilungen sind keine Grenzen gesetzt.

Viele Menschen betrachten "ihren Körper" als Werkzeug, mit dem sie mehr oder weniger *zufrieden* oder auf Kriegsfuß sind, wenn z.B. die Nase zu groß, der Bauch zu dick, der Busen zu hängend, der Penis schlaff und überhaupt alles nicht den Modeströmungen oder wirtschaftlichen Anforderungen entsprechend ist. Diese Einstellung ist auch bei den meisten Fallbeispielen zu erkennen. Oft wird der Körper sogar als "Gefängnis des Geistes" empfunden.

Doch "wer gegen seinen Körper kämpft, hat auch schon verloren."
(Wögerbauer, 1987)

Abhängigkeit ist gekennzeichnet (und vielleicht auch begründet) durch den Kampf gegen den eigenen Körper - gegen sich selbst. Konstruktiver wäre es doch einmal zu schauen (oder besser zu fühlen), was dieser Körper, dieses "kleine Kind in uns" eigentlich wirklich will.

Um dieser Ein- und Zerteilung ein bißchen entgegenzuwirken, sei hier kurz auf den Ursprung mancher Begriffe hingewiesen:

Das Wort "Geist" kommt vom germanischen "gheis-" (=erregt, aufgebracht sein, schaudern). Die ursprüngliche Bedeutung "Erregung" und "Ergriffenheit", die in "begeistert sein" noch erhalten geblieben ist, wurde im Rahmen der Christianisierung durch "spiritus" (=lat. Hauch, Atem) und "pneuma" geändert. Eine Redewendung, die dem ursprünglichen Sinn vielleicht nahekommt, ist: "Er vollendete das Werk im Geiste seines Meisters." "Geist" könnte in diesem Sinne auch die verinnerlichten Wertvorstellungen und Ziele eines Menschen meinen.

Das altgermanische Wort "sêle" (=Seele) ist wahrscheinlich eine Ableitung vom viel älteren Wort "sêlo" (=See), mit der Bedeutung "die zum See gehörende". Darin kommt die alte Vorstellung zum Ausdruck, daß sowohl die Ungeborenen wie die Toten im Wasser wohnen. In der Symbolsprache ist das Wasser auch heute noch Ausdruck für das Unbewußte, wie auch für die eigentliche Tiefe des Menschen. Die Seele ist also in ihrem ursprünglichen Sinn (wie in vielen anderen Kulturen auch) nicht etwas vom Körper trennbares sondern eher als eine andere Seite derselben Münze, die auf den bleibenden, ewigen Aspekt unseres Lebens hinweist, zu verstehen.

"Vernunft" leitet sich von "vernehmen" ab und hatte ursprünglich die Bedeutung "wahrnehmen". "Verstand" kommt vom althochdeutschen "firstand" (=Verständigung, Wahrnehmung). "Gefühl" leitet sich vom mittelhochdeutschen "gevûlichkeit" ab, das ursprünglich die Bedeutung von "fühlen" im Sinne von "tasten" hatte. Diese Wurzeln weisen alle auf die grundlegende Wichtigkeit von Wahrnehmung hin. Also keine Ratio ohne Körper, auch wenn diese Zusammenhänge wie vieles andere *wegrationalisiert* wurden.

Aber suchen wir einmal nach den Ursprüngen unseres "Körpers": Das mittelhochdeutsche Wort Körper stammt vom lateinischen "corpus", "corporis" (=Leib, Masse, Gesamtheit) und verdrängte den vorherigen mittelhochdeutschen Begriff "lîch", der vom germanischen "lîka" (=Gestalt, Körper, Fleisch) kommt, und seitdem die unangenehmere Färbung, die sie auch heute als "Leiche" hat, bekam. Reste der ursprünglichen Bedeutung sind in "gleich" (urspr. denselben Körper, dieselbe Gestalt habend) und "-lich" geblieben. Auch "Leichnam" heißt eigentlich "Leibeshülle".

Ein leider schon fast in Vergessenheit geratenes Wort ist "Leib", das sich vom altgermanischen "lib" = Leben ableitet. Diese Bedeutung finden wir noch in Wendungen wie "leibeigen" (mit dem Leben eigen) oder "Leibgedinge" (auf Lebenszeit ausgedungenes Einkommen). Aber auch Begriffe wie "leibhaftig" bedeuten weit mehr als nur körperlich.

Bezeichnenderweise wird "Leib" auch verwendet, wenn es um den Unterbauch des Menschen geht (Leibschmerzen, Leibesfrucht...). Schon in frühester Zeit wurde der Bauch mit dem Leben an sich in Beziehung gebracht.

Der Leib erzählt auch die Geschichte (Biographie) des Menschen, er zeigt an, daß ich nicht Geschichte *habe*, sondern Geschichte *bin*. Die Haltung, die Bewegung, der Ausdruck, jede Falte und Narbe sind Zeuge meines Gewordenseins. Ich bin einverleibte Geschichte.

"Wo der Leib gesehen wird, meint man immer den ganzen Menschen als Person in der Weise, in der er sich erlebt und darlebt." (v.Dürckheim)

Selbstverständlich ist es manchmal notwendig, das Leben von verschiedenen organischen, sozialen, psychischen, religiösen... Gesichtspunkten zu betrachten. Es darf dabei aber nie vergessen wer-

den, das dies nur verschiedene Aspekte eines ganzen Menschseins sind.

3.2.4. "GANZHEITLICHKEIT" KONTRA "DUALISMUS"

Die ganze westliche Denkweise basiert auf Einteilungen in Gegensätze. Alles wird in groß oder klein, richtig oder falsch, schwarz oder weiß, innen oder außen, gut oder schlecht... geteilt. Unsere ganze Kultur konnte nur dadurch entstehen, daß z.B. vielleicht einmal ein Bauer seine Getreidekörner in große und kleine getrennt hat. Sämtliche Wissenschaften basieren auf Begriffen wie Plus und Minus, Materie und Energie, Gesundheit und Krankheit... Die ganze Computertechnologie baut auf den zwei Zuständen 0 und 1 auf. Eine andere Denkweise scheint uns unvorstellbar. Entweder es ist etwas oder es ist nicht. Aber immer öfter stoßen wir an einen Punkt, an dem dieses Denken nicht mehr ausreicht. An dem vielleicht eine dritte, vierte oder fünfte... Dimension notwendig ist.

In der Physik geschah das z.B. durch die Entdeckungen von Einstein und Planck, seit denen man nicht mehr von Materie und "unmaterieller" Energie sprechen kann, sondern beide als wesensgleich bezeichnen muß. Zum besseren Verständnis der Beziehung zwischen solchen Gegensatzpaaren hat der Dänische Physiker Niels Bohr den Begriff der "Komplementarität" eingeführt: er betrachtet die beiden Pole nicht als Gegensätze, sondern als sich ergänzende Teile derselben Ganzheit. (Teegen, 1983)

Derselbe Erkenntnisprozess ist auch im alltägliche Leben notwendig. Natürlich ist es oft notwendig zu vereinfachen, in "Schubladen" zu denken..., aber wir sollten lernen, daß sich Gegensätze nicht immer widersprechen müssen.

Das bisherige, 2-dimensionale Denken führte oft dazu, daß eine Seite als falsch bezeichnet wurde, sobald die andere als wahr und richtig beurteilt wurde. Es ähnelt dieser Mutter-Sohn-Geschichte, in der der Sohn sagt: "Ich möchte das blaue Hemd." Und die Mutter antwortet: "Was ist los, gefällt dir das rote etwa nicht?" Dieses dualistische Denken läßt nicht beide Möglichkeiten richtig oder beide falsch und zehn andere richtig sein. Beispielsweise fragt eine Frau: "Soll ich meinen Mann verlassen, oder soll ich bei ihm bleiben?" Aber vielleicht ist keine der beiden Alternativen empfehlenswert und das

unschlüssige Hin-und-Her-Schwanken bewirkt, daß sie in ihrer ungesunden Situation verharrt und nicht in der Lage ist, überhaupt eine Entscheidung zu treffen oder andere Wahlmöglichkeiten in Betracht zu ziehen. (Schaef, 1991)

Beim "Farb-Denken" ist im Gegensatz zum "Schwarz-Weiß-Denken" Helligkeit ein Faktor von vielen und kann stufenlos stark auftreten.

Wie schon erwähnt beruht der Teufelskreis der Abhängigkeit darauf, daß alles Negative aus dem Leben zu verdrängen versucht wird (siehe 2.2.5.), und immer nur das High angestrebt wird, ohne zu sehen, daß Berge ohne Täler nicht möglich sind (siehe 2.2.7.). Da der Kater nach dem Rausch nicht als zum Rausch gehörend angenommen werden kann, werden durch nochmalige Einnahme der Droge die Entzugserscheinungen beseitigt - oder besser gesagt: verdrängt, verschoben, denn das Tief bleibt nicht aus, wird nur immer gewaltiger, und die Angst davor auch.

Erst wenn Abwesenheit, Unverständnis, Meinungsverschiedenheiten in einer Beziehung als wichtige Bereicherungen gesehen werden, kann wirkliche Begegnung zweier eigenständiger Personen geschehen. Dann hat es keine mehr nötig, die andere tatsächlich oder in Illusion umzugestalten.

Wenn das Handlungsspektrum "Hungern oder Zunehmen" nicht mehr nur zwischen diesen Polen gesehen sondern erweitert wird, kann vielleicht Lust daran gefunden werden, für sich selber zu sorgen.

Egoismus und Altruismus können nicht mehr als sich widersprechende, unvereinbare Gegensätze gesehen werden, wenn erkannt wird, daß Liebe mir selber genauso gut tut wie anderen - und zwar gleichzeitig, d.h. es ist nicht notwendig abwechselnd oder einseitig mich oder andere zu lieben. Es gibt nur *eine* Liebe. Das Gebot "Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst" (Mk. 12,31) stellt nicht zwei Möglichkeiten vor sondern beschreibt zwei Auswirkungen derselben Liebe. "Liebe ist grundsätzlich unteilbar; man kann die Liebe zu anderen Liebes-"Objekten" nicht von der Liebe zum eigenen Selbst trennen." (Fromm, 1992)

Diese Erweiterung der Dimensionen oder dieser "Wandel der Ordnungsmuster" (Teegen, 1983) ist - im Großen wie im Kleinen - ein höchst kreativer Akt.

Zur kreativen Problembewältigung ist es erstens notwendig zwei entgegengesetzte Lösungsmöglichkeiten solange nebeneinander auszuhalten, bis eine (möglicherweise dritte, vierte...) sich als die beste erweist (Scheiber, 1989); und zweitens Kontakt mit den kreativen Quellen in uns - also mit uns selber - aufzunehmen.

3.3. WAHRNEHMUNG IN DER THERAPIE VON ABHÄNGIGKEITEN

In Kapitel 2.2.5. wurde beschrieben, wie Defizite der Selbst- und Objektrepräsentanzen zu Kompensationsversuchen führen, die in Abhängigkeiten münden können. Krankhafte Abhängigkeit wird u.a. besonders durch die veränderte Wahrnehmung in bezug auf Konsum, Abhängigkeit, Folgeschäden... aber auch soziale Wahrnehmung, Beziehungen... charakterisiert.

Oft führt der verzweifelte Versuch von Angehörigen und Therapeuten, den Patienten die Realität wie einen Spiegel vor die Nase zu halten, nur zu Resignation auf allen Seiten. Viele Indizien sprechen dafür, daß Abhängigkeit Symptom einer Störung der Wahrnehmung sein kann.

Die Betonung der Wahrnehmung ist ein Ansatzpunkt, der auch in anderen medizinischen Bereichen zu einer "Spezialität" der Ergotherapie geworden ist. Von Erfahrungen aus diesen anderen Bereichen kann die Ergotherapie in der Therapie von Abhängigkeiten auch schöpfen.

Um von diesem Aspekt der Wahrnehmung aus die Therapie von Abhängigkeiten zu beleuchten, wurde in dieser Arbeit die Therapie der Selbst- und der Fremdwahrnehmung unterschieden. Diese Einteilung ist künstlich und in manchen Punkten unkorrekt. Aufgrund des Fehlens einer wirklich besseren Systematisierung wurde doch an diesem Ansatz festgehalten, da er am deutlichsten die grundlegenden Vorgänge und Störungen betont.

3.3.1. SELBSTWAHRNEHMUNG

Die Therapie in der Psychiatrie beruht zu einem Großteil auf einem Bewußtmachen unbewußter Prozesse. Eine häufige Schwierigkeit vor allem analytischer Psychotherapie besteht in krankheitsbedingten Abwehrmechanismen der Patienten wie Projektion, Externalisierung, Verleugnung oder Rationalisierung (siehe Kapitel 2.2.5.). Aufgrund dieser Schwierigkeiten beschränkt sich die Therapie oft nur auf das Konsumverhalten und dessen Veränderung, was aber als ein Rückschritt in die alleinige Symptombekämpfung gesehen werden muß. Analytisch ausgedrückt stärkt die Therapie oft nur das Über-Ich, um wieder ein normales, d.h. den Normen entsprechendes, Leben zu ermöglichen. Der ursprüngliche Konflikt aufgrund der Ich-Schwäche bleibt aber dann unbehandelt.

"Psychotherapie allgemein ist noch weitgehend durch das Medium des Wortes bestimmt. Aber schon Freud sagte vor achtzig Jahren: "Das Ich ist ein körperliches." Doch unverständlicherweise wurde in der Psychotherapie diesem "präverbalen Ich" bisher wenig Beachtung geschenkt. Eine Ursache dafür ist sicher unter anderem der Wildwuchs der sogenannten nonverbalen Körper- und Ausdruckstherapien, die zur Zeit noch wenig Möglichkeit geben, Spreu von Weizen zu unterscheiden." (Budjuhn, 1992)

Die neuen Körpertherapien setzen außerdem oft schon so viel Sensibilität, Konzentration und Körperbewußtsein voraus, daß sie eigentlich nur für "Gesunde" durchführbar sind. Von Patienten mit gestörter Beziehung zu ihrem Körper, d.h. zu sich selbst, zum Unterbewußten, kann nicht verlangt werden in sich "hineinzuhören", "hineinzuspüren"...

Mit den Worten einer Patientin klingt das so: "Ich weiß, was ich empfinden sollte, aber ich empfinde es nicht." (Budjuhn, 1992)

Ebenso wie zu Erleichterung der asiatischen Meditation für westliche Menschen die aktiven Bewegungsmeditationen entwickelt wurden, müssen hier noch stärkere sensorische Reize oder andere Hilfsmittel verwendet werden.

Ähnlich den derzeit so modernen Versuchen, andere Menschen durch ihre Körpersprache... besser verstehen zu lernen (z.B. Molcho), kann in der Ergotherapie versucht werden, entweder über

direkte Selbstwahrnehmung (Basale sensorische Stimulation oder Bewußtmachung der Körperwahrnehmung während Tätigkeiten) oder über eigene Erzeugnisse (Werkstücke) Zugang zu sich, zum leiblichen, unterbewußten... Selbst zu finden.

3.3.1.1. DIREKTE SELBSTWAHRNEHMUNG

Schon Freud sagte, daß "innere Wahrnehmungen fundamentaler seien als äußere, durch das Diktat der Bedürfnisse".

Ein wichtiges Merkmal der Ergotherapie ist, daß bei handwerklichen Aktivitäten ebenso wie bei alltäglichen, spielerischen... immer der "Körper" des Patienten miteinbezogen wird. Ergotherapie ist anders nicht durchführbar. Dieser Aspekt sollte in der Praxis nie aus den Augen verloren werden. Begrüßenswerte Bestrebungen zur Wiederbewußtmachung und theoretischen Untermauerung dieses Ansatzes sind zum Beispiel die Leibtherapie und ähnliche.

Ich möchte hier auf ein Modell der Ergotherapie hinweisen, das interessante Anstöße zur Therapie von Abhängigkeiten bietet:

Die Sensorische Integration:

Selbstachtung, Selbstkontrolle und Selbstvertrauen entwickeln sich in dem Bewußtsein, daß der Körper als ein zuverlässiges sensomotorisches Gebilde existiert und rühren von einer guten Integration des Nervensystems her.

Jean Ayres

Die Theorie zum Prozeß der Sensorischen Integration und die Therapie der SI-Störungen wurden von der amerikanischen Ergotherapeutin Jean Ayres auf der Grundlage neurophysiologischer Erkenntnisse konzipiert. Dabei geht man davon aus, daß die Informationen der verschiedenen Sinne in einer angemessenen Form im Gehirn verarbeitet werden müssen, um eine sinnvolle Reaktion und ein der Situation angepaßtes Verhalten zu ermöglichen.

Dabei muß schon das Kleinkind (und wahrscheinlich fängt dieser Prozeß sogar schon im Mutterleib an) lernen, nach und nach alle ve-

stibulären, propriozeptiven, taktilen, olfaktorischen, gustatorischen, auditiven und schließlich visuellen Reize in ein Gesamtbild zu integrieren. Obwohl jedes Kind mit einer gewissen Grundfunktion geboren wird, muß es seine sensorische Integration durch beständige Auseinandersetzung mit vielen Dingen in dieser Umwelt entwickeln und seinen Körper und sein Gehirn an viele Anforderungen während der Kindheit adaptieren. Die Fähigkeit zur sensorischen Integration ist nicht entweder optimal oder überhaupt nicht vorhanden, sondern bei jedem Menschen mehr oder weniger gut entwickelt. (Ayres, 1992)

Die Abgrenzungen des Körperraumes zur Außenwelt vermitteln mit der "peripheren Rinde des Ichs" Sicherheit in den Beziehungen zur Umwelt. Die begrenzende Membran der Haut ermöglicht dem Menschen als erogene Oberfläche das Lusterleben des Körpers und die sichere Abgrenzung zwischen Subjekt und Objekt.

Aber die Sinne können auch als Schutzsystem des Menschen funktionieren. Wenn z.B. die taktilen Reize des Berührtwerdens zu fremd oder mit negativen Informationen gekoppelt sind, reagiert der Mensch mit Abwehr. Es ist ein Warnsystem gegen potentiell Leides. Wenn das Schutzsystem überwiegt, wenn es also zu Verletzungen im Berührtwerden kommt, können Defizite an taktilen Erfahrungen die Folge sein. Das bedeutet in der Entwicklung ein gestörtes Körperbild und damit auch ein mangelndes Selbstbewußtsein. (Budjuhn)

Oft ist die Entwicklung einer funktionierenden Integration der Sinne entweder durch Schädigungen vor oder während der Geburt oder ungünstige Umweltbedingungen nicht optimal möglich.

Etwa 5 -10 % aller Kinder (Quelle: Nordamerika) haben so große Schwierigkeiten in ihrer Verarbeitung sinnlicher Wahrnehmung, daß sie Lernschwierigkeiten oder Verhaltensprobleme haben. Die Intelligenz kann dabei jedoch durchschnittlich oder sogar überdurchschnittlich sein. Diese Kinder unterliegen einem permanenten Streß, weil die ständigen, alltäglichen Reize nicht richtig gefiltert, eingeordnet, beurteilt... werden können. Sie können sich zwar oft mit viel Übung und Mühe sogenannte "Einzelgeschicklichkeiten" aneignen, um die schlechte sensorische Verarbeitung zu

kompensieren und das eigentliche Problem zu verdecken, aber die Schwierigkeiten bleiben oft unerkannt bestehen. (Ayres, 1992)

Es ist eine natürliche, lebensnotwendige Reaktion, auf neue, unbekannte Reize zuerst mit Abwehrverhalten und Angst zu reagieren, bis diese Reize verarbeitet, integriert, erklärt werden können. Ist das auf Dauer nicht möglich, so wird versucht diesen Reizen auszuweichen oder sie durch stärkere, bekannte Reize zu "überdecken". Dies wird z.B. bei Stereotypien stärker behinderter Menschen sichtbar, aber auch bei vielen alltäglichen Ausweichbewegungen, spannungsreduzierenden Gewohnheiten, sozialen Verhaltensmustern...

Die Zusammenhänge zwischen Wahrnehmungsstörungen mit den damit verbundenen Schwierigkeiten, Streß... und Abhängigkeiten drängen sich zwar auf, sind aber leider noch kaum erforscht.

Das Konzept der SI bezieht sich bis jetzt vor allem auf Kinder, aber Jean Ayres wies auch schon auf die Schwierigkeiten von Jugendlichen hin, die Störungen der SI haben. Sie wachsen nicht aus ihren Problemen heraus, sondern bekommen noch zahlreiche z.B. soziale dazu. Solange z.B. aufgrund von vestibulären Störungen die Beziehungen eines Kindes zur Erde nicht absolut gesichert sind, können sich alle anderen Beziehungen nicht optimal entwickeln.

Bei vielen jugendlichen Straftätern vermutet Ayres Störungen der SI.

Eine unzureichende Stimulierung der Sinne hat also die Folge einer verarmten "Sinnenhaftigkeit" und man kann folgern, daß diese mangelhaften Erfahrungen und der nicht erlernte Gebrauch der Sinne zu einer defizitären Entwicklung von Sinnhaftigkeit und Sinnlichkeit führen und damit zu Sinnlosigkeit. (Budjuhn, 1992)

Verschiedene Autoren haben sich bereits mit Zusammenhängen zwischen SI-Störungen und Psychiatrischen Krankheitsbildern (vor allem Schizophrenie) beschäftigt. In einer Untersuchung von Lempp u.a. (1979), bei der rückwirkend die Kindheit schizophrener Patienten betrachtet wurde, fand man gehäuft Hinweise darauf, daß eine "minimale cerebrale Dysfunktion" vorgelegen haben könnte. So ergaben die frühkindlichen Anamnesen der Patienten beispielsweise

oft Komplikationen vor, während und nach der Geburt. Außerdem wurden häufig Verzögerungen in der sprachlichen und motorischen Entwicklung der Patienten beobachtet. (Kubny-Lüke, 1993)

Ciampi (1989) verglich die kognitiven Störungen schizophrener Patienten mit den Symptomen von Kindern mit SI-Störungen und stellte Übereinstimmung fest. Dies wird so erklärt, daß Symptome der Schizophrenie wie z.B. Halluzinationen, autoaggressive Handlungen... ein Versuch des Patienten sein können, sich sensorische Reizerlebnisse zu verschaffen, um die Aufrechterhaltung der psychischen Funktionen zu unterstützen.

Sensorische Stimulationen wirken sich durchaus positiv auf psychotische Patienten aus. So kann das Baden zu einer vorübergehenden Besserung z.B. wahnhaften Erlebens führen (Joraschky, 1982). Der Einsatz von Schaukelstühlen auf psychiatrischen Stationen hat eine beruhigende Wirkung auf die Patienten (Montagu, 1971). Auch Ayres (1992) betont die beruhigende Wirkung vestibulärer Stimulation. Massagen, Duschen, Bäder... werden als Vorbereitung psychotischer Patienten für eine Psychotherapie verwendet, um dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, ein Ganzes zu sein und die eigenen körperlichen Strukturen anzuerkennen.

Eine weitere Möglichkeit, am Körperbild zu arbeiten, ist die intensive Kontaktaufnahme mit dem eigenen Körper, indem die (eigenen oder fremde) Hände den ganzen Körper tasten und kneten. Die Abgrenzungen zur Außenwelt sollen erfahrbar werden. Die Körperinnenräume sollen durch den Atem erfahrbar werden. (Budjuhn, 1992)

Die Ergotherapie kann dazu beitragen, die Vielfältigkeit der Sinne bewußt zu machen. Die Wahrnehmung und dadurch das ganze Leben verarmt durch die Einengung auf wenige Sinne. Viel zu wenig beachtet werden z.B. auch der Geschmacks- und der Geruchssinn. Der Geruchssinn ist der entwicklungsgeschichtlich älteste Sinn. Er verfügt über ein starkes Erinnerungspotential und die engste Verkettenung mit Emotionen, Kindheit, Unterbewußtem, Beziehungen... Es ist leider bisher kaum erforscht, ob und wie häufig Behinderungen des Geruchssinnes auftreten, und wie sie sich z.B. auf das soziale Verhalten, Beziehungsfähigkeit... auswirken.

"Der Geschmack schafft über die Muttermilch erste Beziehungen zur Welt. Lange Zeit sind Kinder bestrebt, durch Schmecken und Einverleiben die Umwelt zu erforschen.

"Sapientia" heißt "Weisheit", "sapere" heißt "schmecken". Offenbar haben die Sicherheit des Geschmacks und die Weisheit etwas Gemeinsames, nämlich die Gleichgewichtsherstellung zwischen Assimilieren und Anpassen an Umweltreize." (Budjuhn, 1992)

Mitscherlich (1947) beschreibt bei krankhaften "Vieltrinkern", daß sie hauptsächlich klares, geschmackloses Wasser trinken. Eßgestörte interessiert oft kaum mehr der Geschmack des Hinuntergeschlungenen. Abhängige vernachlässigen häufig ihre Nahrung und ihre Zähne.

"Die Vernachlässigung oder der Verlust im Gebrauch der Sinne ist auch ein allgemeines Erscheinungsbild und wird wesentlich durch kulturelle Einflüsse bestimmt. Der optisch Sinn, der von Dichtern und Philosophen als der höchste Sinn gepriesen wird, hat eine Dominanz unter den Sinnen erreicht, die weder biologisch noch psychologisch gerechtfertigt ist. Biologisch kann jeder der fünf Sinne dem Bewußtsein Mitteilungen über die ihm zugängliche Realität machen. Psychologisch bedeutet jede Einschränkung einer sinnlichen Erfahrung eine Beeinträchtigung emotionaler Erlebnisfähigkeit." (Budjuhn, 1992)

Um noch einmal auf die Bewußtmachung der Körperwahrnehmung während z.B. handwerklicher Tätigkeiten zu kommen, sei erwähnt, daß es auch oft hilfreich für den gestaltenden (und gleichzeitig sich selbst beobachtenden) Patienten sein kann, Anregungen durch Beobachtungen des Therapeuten (und ev. Mitpatienten) zu erfahren.

"Schon bei der Festlegung eines Themas für eine Gestaltung sind die emotional-rationalen Überlegungen in Mimik, Gestik, vegetativen Reaktionen, in Unruhe, Gleichgültigkeit, Abwehr, Entschlossenheit oder Entscheidungslosigkeit körpernah zu spüren. Einverständnis oder Ablehnung und die Auseinandersetzung mit dem Thema drücken sich aus. In diesem Spannungsfeld vollzieht sich die Suche nach der eigenen Lösung, die mit der Wahl der geeigneten Materialien eine erste Entlastung erfährt. Striche gehen mit zögernden oder entschlossenen Bewegungen über das Blatt, Farben werden

tastend oder zielgerichtet gewählt. Die Sinnhaftigkeit des Gestaltens wird spürbar." (Budjuhn, 1992)

3.3.1.2. WAHRNEHMUNG ÜBER WERKE

Aber auch durch das Ergebnis von Tätigkeiten, durch Gestaltungen jeglicher Art, Werkstücke, Bilder, Collagen, Texte, Lieder... kann man andere aber auch sich selber, eigene unbekannte, unbewußte, verschüttete Aspekte kennenlernen.

In der freien Gestaltung kann der Mensch nicht anders, als sich selbst darzustellen: er drückt seine Gefühle, Ängste wie Hoffnungen aus, "projiziert" seine Erfahrungen in sie hinein. Ausagieren und kreatives Tun können Erleichterung und Freude schaffen. Das Ich nimmt mit all seinen Störungen Gestalt an. Gestalten heißt auch, sich kennenlernen; psychologisch gesehen stellt es einen Weg zur Identität dar. (Scheiber, 1989)

Dabei ist es im Gegensatz zu Psychotherapien, die die Gestaltung oft als (Hilfs-)Mittel zum analysierenden Erkennen und Behandeln der Konflikte des Patienten durch den Therapeuten verwenden, in der Ergotherapie nicht notwendig und oft sogar hinderlich, die Werke zu sehr zu analysieren.

Die Ergotherapie soll es dem Patienten vor allem ermöglichen, durch Beschäftigung mit eigenen Gestaltungen, sich selber besser kennenzulernen. Dieser Prozess kann durch Feedback von Therapeuten und Mitpatienten, z.B. wie das Werkstück auf sie wirke, unterstützt und bereichert werden, solange es dem Patienten möglich ist, das anzunehmen, mit dem er etwas anfangen kann, und er sich nicht analysiert, in die Ecke getrieben oder bedroht fühlt.

Ein mögliches Vorgehen zum Erfahren des eigenen (Körper-)Bildes ist das Zeichnen "eines ganzen Menschen" (z.B. erst mit der linken und dann mit der rechten Hand). Erfahrungsgemäß kommt trotz der neutralen Formulierung des Angebotes, das Erleben des eigenen Körpers zum Ausdruck, die gefühlsmäßige Beziehung zu ihm und die Konflikte, die zu einer Beeinträchtigung des Körpererlebens geführt haben. Die Anteile, die hier anschaulich werden, sind häufig un- bzw. vorbewußt. (Budjuhn, 1992)

Entsteht z.B. aufgrund ungenügender (sensorischer) Reize ein unvollständiges Selbst so drückt sich das auch in einem lückenhaften Körperbild, in dem vielleicht manche Körperteile verändert, ungenau, verzerrt, verschwommen... sind oder sogar fehlen, aus. Dies wird über Zeichnungen oder Plastiken sichtbar.

Aber auch vorbewußte Vorgänge, Ideen, Träume... können oft durch Gestaltungen leichter, umfassender, authentischer wiedergegeben werden als durch Erzählen. "Das Bild ist dem Unbewußten näher als das Wort." (Benedetti, 1981).

Der Gleichzeitigkeit von mehreren Inhalten in einer Gestaltung, die ebenfalls eine Parallele zum Traum aufweist, steht das Nacheinander der beschreibenden Worte gegenüber. Die Gestaltung kann Unterschiedliches und Gegensätzliches gleichzeitig darstellen und läßt damit den Ambivalenzen im Erleben der Patienten einen breiten Raum. Sie sind nach Freud ein wichtiger Aspekt der individuellen Reifung. Bjerre (1985) spricht von der "synthetischen Funktion" des Träumens und des Gestaltens und davon, daß die Synthese das eigentlich Heilende sei. Das heißt, daß Trennendes, Abgespaltenes, Polares in unserem psychischen Erleben zu einem Ganzen zusammenfinden sollen.

Die Gestaltung von Gefühlen, Erinnerungen und Konflikten im Zeichnen, Malen und Formen stellen den Versuch einer symbolischen Auseinandersetzung dar. Der Ausdruck einer Gestaltung läßt die befreiende oder einschränkende Abfuhr von Affekten erkennen.

Der Eindruck, den die Gestaltung auf den Betrachter macht, regt erneut an und verändert die Auseinandersetzung mit dem gestalteten Thema. Das Bild ermöglicht Probehandeln. Die Konfrontation mit den gefährlichen Triebimpulsen können über das Bild dem anderen (Therapeuten) zugemutet werden und in das eigene Erleben zunehmend bewußter und gefahrloser integriert werden. Das Bild verhilft zur notwendigen Distanzierung vom Konflikt und gibt dem Patienten den Eigenraum und die Eigenzeit, sich mit den Inhalten der Gestaltungen auseinanderzusetzen.

Das Krankmachende aber auch das Heilende tauchen zunächst in den Gestaltungen auf und schaffen durch Anschaulichkeit den Boden für eine bewußte Konfrontation. (Budjuhn, 1992)

Gestaltungen wie Bilder, Skulpturen, Collagen, szenische Aufstellungen von Figuren... erleichtern es, mit Möglichkeiten zu spielen. Dies kann ausgebaut werden zu Spielen mit Puppen, Marionetten, Masken...

3.3.2. FREMDWAHRNEHMUNG

3.3.2.1. BEZIEHUNGEN UND SOZIALE KOMPETENZ

Die letzten Zeilen über die Funktion der Gestaltung als Ausdrucksmittel, die Bedeutung der Rückmeldung von Patienten und Therapeuten und die Möglichkeit des Spiels mit der Gestaltung weisen bereits auf die Wichtigkeit der Fremd- für die Eigenwahrnehmung und umgekehrt hin.

Im Kapitel 2.2.5. wurden die Defizite der Objektrepräsentanzen und die passiv-orale Haltung zur Umwelt als "Nahrungsspender" ebenso wie die Verschärfung der realen Beziehungsstörungen mit der Umwelt im nüchternen Erleben durch den Rausch bereits erwähnt.

Im Kapitel 2.2.4. wurde die Verfestigung des rauschbezogenen Sozialverhaltens und Problemlösens genannt, welches mangels Übung zu einer Schwächung der entsprechenden Kompetenz im Nüchternzustand führt.

Im Kapitel 2.2.6. wurde auf die Divergenzen zwischen Rollenerwartungen der Umgebung an das Individuum und dessen Vermögen, solchen Erwartungen auch genügen zu können hingewiesen. Außerdem wurde erklärt, daß in solchen Konflikten Krankheiten und Abhängigkeiten wichtige Funktionen erfüllen, auf die ohne Änderung der Situation nicht verzichtet werden kann.

In der transaktionalen Analyse wird Abhängigkeit als "Spiel" zwischen dem Abhängigen und den Mitgliedern der Umgebung gesehen, in dem jeder (teils freiwillig, teils unreflektiert) durch das jeweils typische Rollenverhalten die Abhängigkeit aufrechterhält. (Berne, 1967)

Auch Dörner & Plog (1992), Schaef (1991) usw. verstehen Abhängigkeit hauptsächlich als Beziehungsgeschehen. Dörner & Plog (1992) sehen Partnerbeziehung und Familie sogar als das Hauptschlachtfeld der Abhängigkeit.

Oft wird Abhängigkeit als gestörte Beziehung zu einer bestimmten "Lustquelle" gesehen. In Kapitel 3.2.1. wird vermutet, daß es sich vielleicht überhaupt um eine gestörte Beziehung zu einem oder allen eigenen Bedürfnissen handelt.

Ähnlich der Beziehung zum jeweiligen Objekt der Begierde, gestalten sich sämtliche Beziehungen zu Partnern, Kollegen, Mitpatienten, Therapeuten... derart, daß sie auf Abhängigkeit basieren und abhängigkeiterzeugend sind.

Die genauen Mechanismen dieser Beziehungen können (und sollen!) in ausführlicherer und kompetenterer Literatur (z.B. Berne, Dörner & Plog, Schaef, Fassel, Norwood...) nachgelesen werden.

Um neue Beziehungsmuster erleben und erlernen zu können, ist es hilfreich, z.B. in Werk- oder Projektgruppen möglichst selbstverständliches, natürliches, gesundes Feedback auf das eigene Erscheinen, Verhalten, "Sein" zu bekommen.

Zwischen miteinander Tätigen lassen sich viel leichter realistische, ungezwungene Beziehungen aufbauen, als dies normalerweise ein therapeutisches Setting erlaubt. Die gemeinsame Tätigkeit liefert ständig praktische Beispiele, um die Muster der Abhängigkeit aufzudecken, zu korrigieren, Alternativen zu suchen, auszuprobieren und zu verfestigen. In nüchternen ge- und erlebten Beziehungen ohne unrealistische, symbiotische Harmonie- und Verschmelzungsziele kann wieder eine Sicherheit im sozialen Verhalten erarbeitet werden.

Durch die alltäglichen Aufgaben in einer Werkstatt und speziell durch die Arbeitsteilung in Projektgruppen kann geübt werden, Verantwortung zu übernehmen, zu tragen und bei Bedarf abzugeben.

In Konflikten kann gelernt werden, dem sozialen Kontext aber auch der eigenen Stimmung entsprechend, "authentisch" zu agieren und reagieren.

3.3.2.2. ALLTAGSBEWÄLTIGUNG

In Kapitel 3.2.1. wird gefordert, nicht nur den Konsum von Rauschmitteln zu bekämpfen, sondern vielmehr das dahinterliegende Problem zu suchen. In den darauffolgenden Kapiteln wird eine Sicht des "ganzen" Menschen, mit all seinen Aspekten, Lebensbereichen, Stärken, Schwächen, Problemen, Freuden... nahegelegt.

In Kapitel 3.1.2. wird betont, daß die Therapiebemühungen in der Förderung von Voraussetzungen für ein Leben ohne Abhängigkeit bestehen sollten, und eine neue Zielhierarchie vorgestellt.

Dieses "allgemeine Lebensmanagement" ist ein weiterer Ansatzpunkt der Ergotherapie, die sich ja auch in anderen Bereichen auf die Bewältigung des alltäglichen Lebens spezialisiert hat.

Einige, diesen Ansatz vertiefende Fragestellungen:

- Wie kann ich (vielleicht trotz Abhängigkeit) *gesund* leben?
- Was bewirkt der Konsum des betreffenden Objektes oder die Abhängigkeit (z.B. als Krankheit) in meinen Leben?
- Welche Funktionen zur Bewältigung meines pysischen, psychischen, sozialen... Lebens erfüllt der Konsum bzw. die Abhängigkeit?
- Wie kann ich ohne diese leben?
- Was ist zu meinem Wohlbefinden notwendig?
- Was sind meine eigentlichen Bedürfnisse, und wie kann ich sie *adäquat* befriedigen?
- Wie kann ich mein wirkliches "Gesundheitsbild" (Merl, 1993) erreichen?
- Was sind *meine* Ressourcen und Fähigkeiten, um dieses Ziel *selber* ohne "Wunderdroge" zu erreichen?

4. SCHLUSSWORT

Wohl keine Diskussion um eine Krankheit findet zwischen so unterschiedlichen und sich widersprechenden Standpunkten statt, wie die über Abhängigkeit, und wohl keine Diskussion ist von so viel Weltanschauung, Angst und Moral geprägt.

Wohl kein Phänomen, wie das der Abhängigkeit, berührt so sehr grundlegende Lebenseinstellungen, Verhaltensweisen und Normen.

Es ist schwer, zwischen diesen Fronten einen ganzheitlichen, fortschrittlichen aber doch realistischen Standpunkt zu finden und zu vertreten.

Die einen werden die in dieser Arbeit vertretene Ansicht als veraltet, pseudopsychologisch aber doch schulmedizinisch engstirnig bezeichnen.

Die anderen als esoterisches Geplänkel, als jugendliche Schwärmerei ohne Bezug zur Realität.

Beide Standpunkte werden zum Teil recht haben.

Diese Arbeit soll nicht eine weitere philosophische Abhandlung eines psychiatrischen Problems sein, wie es diese schon zur Genüge gibt. Aber die Grenzen zwischen Psychologie und vor allem Therapie und Weltanschauung sind fließend und nicht wirklich trennbar. Darum habe ich in dieser Arbeit versucht, auf wissenschaftlichen Sachverhalten aufzubauen und die weltanschaulichen Hintergründe so kurz als möglich zu skizzieren.

Um kompetent die Praxis der Ergotherapie in der Therapie der verschiedenen Abhängigkeiten beschreiben zu können, fehlen mir natürlich die nötigen praktischen Erfahrungen und Hintergründe. Als einzige praktische Erfahrungen kann ich nur die dargestellten Fallbeispiele und zahlreiche andere persönliche Beziehungen und zwischenmenschlichen Erfahrungen vorweisen. Die Ideen möglicher Grund- und Ansätze einer Therapie vermissen jedoch (noch) jeglicher praktischer Erprobung.

Abschließend will ich noch einmal kurz einige Überlegungen dieser Arbeit zusammenfaßen:

4.1. "SELBSTMORD AUF RATEN" (ABHÄNGIGKEIT)

Wir begegnen tagtäglich Verhaltensweisen, die unsere Gesundheit und unser körperliches, seelisches, familiäres, gesellschaftliches Wohlbefinden langfristig stören aber doch nicht unterbunden werden können. Es erscheint deshalb als zu eng begrenzt, nur die Abhängigkeit von Rauschdrogen, Alkohol und Medikamenten als Abhängigkeit zu bezeichnen.

In den verschiedenen Disziplinen und Modellen, die sich mit dem Phänomen der Abhängigkeit beschäftigen, wird der Begriff der Abhängigkeit oder "Sucht" extrem unterschiedlich weit gefaßt. Die Palette reicht von der "suchtpotenten Substanz" über verschiedene "Tätigkeitssuchten" bis hin zur "süchtigen Gesellschaft", in der alles auf dem Prinzip der Abhängigkeit basiert.

In der Therapie wirkt sich dieser Mißstand oft derart aus, daß der Abhängigkeitsbegriff des der Therapie zugrundeliegenden Modells nicht dem vordergründigen oder offiziellen Therapieziel entspricht.

Das heißt, daß das therapeutische Menschen- und Krankheitsbild oft eine abhängige Grundeinstellung sieht, die sich in allen Lebensbereichen (oder den Beziehungen zu allem) äußert, während nur ein Symptom dieser Grundeinstellung, die Beziehung zum Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenkonsum zu therapieren ist.

Bevor also über die Therapie von Abhängigkeiten und die ergotherapeutischen Ideen, Grundsätze und Beiträge zu dieser Therapie diskutiert wird, sollte der Begriff der *"Abhängigkeit als therapiebedürftige Krankheit"* geklärt werden.

Es können dazu sicher nicht alle Abhängigkeiten gezählt werden, sondern nur jene, die trotz verschiedenster Folgeschäden weiter eskalieren.

Die Eigendynamik der fortschreitenden Krankheit und die dadurch entstehende Zentrierung des ganzen Lebens, die Verarmung und Zerstörung der restlichen Lebensanteile und die Gefährdung und Schädigung seiner selbst und anderer sind wohl die entscheidenden Merkmale von krankhafter Abhängigkeit.

Diese Merkmale treffen aber nicht nur bei Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten zu, sondern können

verschiedenste - oft mehrere, austauschbare oder sich abwechselnde - Objekte betreffen.

Deshalb sollten, auch wenn in erster Linie eine bestimmte Abhängigkeit zur Therapiebedürftigkeit geführt hat und zu behandeln ist, alle Bereiche, auf die sich diese "Beziehungsstörung" auswirken kann, beachtet und behandelt werden.

Vielmehr als die Abhängigkeit von einem bestimmten Objekt, sollte - zumindest in der Ergotherapie - das "Verlernt haben zu leben" als Problem gesehen werden.

4.2. "WIEDER LERNEN ZU LEBEN" (THERAPIE)

Ergotherapie ist eine Therapieform, die immer den ganzen Menschen - nicht nur eine einzelne Störung - behandelt.

Das heißt nicht nur, daß alle Symptome in allen Lebensbereichen behandelt werden, sondern bedeutet gleichsam eine neue, ganzheitliche Sicht des Menschen.

Diese Ganzheitlichkeit ist in gewisser Weise schon eine Antwort auf den Teufelskreis der Abhängigkeit.

Ein grundlegender Bestandteil der krankhaften Abhängigkeit ist die Einengung und Verarmung des Lebens. Es reicht deshalb nicht, das Abhängigkeit erzeugende Objekt herauszureissen, und das dadurch entstehende Loch durch irgendwelche Entspannungsübungen, Beschäftigungen, Hobbys... zu stopfen.

Es ist notwendig, wieder "leben" zu lernen.

Das heißt, daß wir wieder lernen müssen, *ein* ganzer Mensch zu sein, daß wir uns nicht mehr unnötig aufspalten in Geist und Werkzeug des Geistes - oder gar Fessel des Geistes. Der Mensch ist *ein* ganzes Wesen und er kann nur glücklich leben, wenn er alle Aspekte, die sein Leben (sein Leib) beinhaltet, gleichermaßen miteinschließt.

Gleichermaßen heißt nicht zu gleichen Teilen wie zwischen sich bekriegenden Parteien aufgeteilt. *Befriedigung* ohne bitteren Nachgeschmack kann erst stattfinden, wenn die Bedürfnisse als sich eigentlich nicht widersprechend entdeckt und behandelt werden.

Doch dazu gibt es kein "Wundermittel", keinen "Traumprinzen", kein "Rezept", keine "Berufung".

Es gibt unzählige Mittel, Prinzen, Tätigkeiten und Ziele, die uns in einem bestimmtem Augenblick, an einem bestimmten Punkt in unse-

rem Leben, guttun. Aber unser Leben ist zu vielseitig, daß *ein* Objekt uns glücklich machen kann. "Glück ist, das Leben anzunehmen, wie es ist." - mit all seinen Schattenseiten.

Jedes Mittel hat seine Nebenwirkungen, jeder Prinz seine Fehler, aber gerade die machen seine Persönlichkeit aus.

Eine Folge (oder vielleicht auch eine Ursache) dieser Abspaltung und Abwertung ist eine mangelnde oder gestörte Wahrnehmung seiner selbst, seiner eigenen "Teile", Lebensbereiche, Bedürfnisse, Fähigkeiten... , aber auch der Umgebung und der Beziehungen zu dieser Umgebung.

Feuerlein (1984) formuliert das so: "Es steht die Vermeidung oder Ausschaltung von Unlust im Vordergrund. Suchtkranke sind nicht in der Lage, ihre Bedürfnisse und Triebwünsche angemessen zu befriedigen. Sie nehmen ihre Bedürfnisspannungen nur nach ihrer Quantität, aber nicht nach ihrer Qualität wahr."

Um diese Wahrnehmung wieder zu fördern, bietet die Ergotherapie vielfältigste Möglichkeiten.

Dies umfaßt u.a. die Bewußtmachung basaler Körperwahrnehmungen, der Vielfältigkeit an Wahrnehmungen, an Bedürfnissen, an Möglichkeiten und Fähigkeiten,
die Konfrontation mit sich selbst und anderen bei verschiedensten Gestaltungen und durch diese,
die Bewußtmachung von Denk-, Handlungs- und Beziehungsmustern und die Möglichkeit zur Erprobung neuer,
die gemeinsame Erarbeitung von Voraussetzungen für ein möglichst gesundes und glückliches Leben und zielführender Schritte dorthin...

Viel Spaß dabei!

5. LITERATURVERZEICHNIS

- Andreasen N.C., Black D.W. (1993) Lehrbuch Psychiatrie. Psychologie-Verlags-Union, Weinheim.
- Ayres A.J. (1992) Bausteine der kindlichen Entwicklung: Die Bedeutung der Integration der Sinne für die Entwicklung des Kindes. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Bachmann M. (1990) Alkoholismus, Magersucht und Bulimia nervosa - Parallelen bei der Krankheitsgenese und beim therapeutischen Vorgehen. Psychologie-Dissertation, Gütersloh.
- Benedetti G. (1981) Psychiatrische Aspekte des Schöpferischen. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Berne E. (1967) Spiele der Erwachsenen. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, zitiert nach Feuerlein (1984).
- Bjerre P. (1985) Von der Psychoanalyse zur Psychosynthese, (o.V.) Halle. zitiert nach Budjuhn (1992).
- Budjuhn A. (1992) Die psycho-somatischen Verfahren, Konzentrative Bewegungstherapie und Gestalttherapie in Theorie und Praxis. verlag modernes lernen, Dortmund.
- Carnes P. (1987) Zerstörerische Lust. Sex als Sucht. Heyne, München. zitiert nach Schaef (1990)
- Covington S., Beckett L. (1990) Immer wieder glaubst du, es ist Liebe; Wege aus der Beziehungssucht. Kössel, München.
- Ciampi L. (1989) Affektlogik. Stuttgart. Zitiert nach Kubny-Lüke (1993)
- Dörner K., Plog U. (1992) Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie. Psychiatrieverlag, Bonn.

- Edwards G., Orford J., Egert s., Guthrie S., Hawker A., Hensman C., Mitcheson M., Oppenheimer E., Taylor C. (1977a) Alkoholism: A Controlled Trial of "Treatment" and "Advice", *Journal of Stud. on Alc.*, 38: 1004-1031
- Emrick Ch. D. (1975) A Review of Psychologically Oriented Treadment of Alcoholism II., The Relative Efectiveness of Treatment versus No Treatment, *Journal of Stud. on Alc.*, 36: 88-108
- Fassel D. (1991) *Wir arbeiten uns noch zu Tode, Die vielen Gesichter der Arbeitsucht.* Kössel, München.
- Feuerlein W. (1984) *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, Entstehung - Folgen - Therapie.* Thieme, Stuttgart, New York.
- Feuerlein W. (1987) Definition und Diagnose der Suchtkrankheit. In: Kisker... (Hrsg) *Abhängigkeit und Sucht, Psychiatrie der Gegenwart III.* Springer, Berlin.
- Friedmann A. und Thau K.(1990) *Leitfaden der Psychiatrie.* Wilhelm Maudrich, Wien, München, Berlin.
- Fromm E. (1992) *Die Kunst des Liebens.* Ullstein, Frankfurt, Berlin.
- Glover E. (1933) in *Intern.Zschr. Psychoanal.* 19, zitiert nach Täschner (1983)
- Grabner M. (1993) *Spielsucht (Unterlagen zum Referat), Verein für prophylaktische Sozialarbeit, Linz.*
- Gross W. (1990) *Sucht ohne Drogen: Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben...* Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt am Main.
- Gundel K. (1980) *Die Ökologie der Sucht. Medizin-Mensch-Gesellschaft* 5: 187-198
- Heigl-Evers A (1985) *Sucht und Alkoholabhängigkeit aus tiefenpsychologischer Sicht.* In: *DeutscheHauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg): S.23-24.
- Herder (1956) *Der neue Herder.* Herder, Freiburg.

- Jenner C. (1981) Wege aus der Sucht. Verlag Anton Pustet, Salzburg.
- Johnston (1984) zitiert nach Swildens (1991).
- Kasl C.E. (1984) Women and Sex Addiction. Minneapolis. zitiert nach Schaef (1990).
- Keen S. (1984) Die Lust an der Liebe, Leidenschaft als Lebensform. Beltz, Weinheim.
- Keup W.(1985) Biologie der Sucht. Springer, Berlin.
- Klingemann H. (1988) Der soziale Kontext von Autoremissionen bei problematischem Alkoholkonsum. Medizin, Mensch, Gesellschaft. 13, 123-131. zitiert nach Körkel und Kruse (1993).
- Körkel J. (1991) Rückfall als Chance. In: Rückfall - der verlorene Sieg, Rückfallprophylaxe - tertiäre Prävention - Nachsorge. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung (Hrsg.). LWL, Münster. S.18 - 62.
- Körkel J., Kruse G. (1993) mit dem Rückfall leben: Abstinenz als Allheilmittel? Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Kubny-Lüke B. (1993) SI in der Psychiatrie? Gedanken zur Wahrnehmungsverarbeitung psychisch Kranker. In: Ergotherapie & Rehabilitation, Heft 6, S.515-521.
- Lempp u.a. (1979) zitiert nach Kubny-Lüke (1993).
- Lesch O. et al. (1984) Stellungnahme zum Tranquilantiengen- und -mißbrauch in Österreich, WHO-Bulletin, zitiert nach Friedmann und Thau (1990)
- Lürssen E. (1976) Das Suchtproblem in neuerer psychoanalytischer Sicht. In Eicke, v.d. (Hrsg) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Kindler, Zürich

- Masserman J.H., Yum K.S. (1946) An analysis of the influence of alcohol on experimental neuroses in cats. *Psychosom. Med.* 8, 36. zitiert nach Feuerlein (1984)
- Matussek P. (1972) Süchtige Fehlhaltungen, in: Bally G. et al. *Grundzüge der Neurosenlehre*. Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien.
- Merl H. (1993) Das Gesundheitsbild, Ein (neues?) Psychotherapeutikum. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 38, Springer, Heidelberg, Artikel 392.
- Meyer (1990) Meyers großes Taschenlexikon. B.I. Taschenbuchverlag, Mannheim, Wien, Zürich.
- Mitscherlich A. (1947) Vom Ursprung der Sucht, Eine pathogenetische Untersuchung des Vieltrinkens. Ernst Klett, Stuttgart.
- Mitzdorf U. (1990) Struktur und Funktion des Nervensystems, in: Pöppel Ernst u. Bullinger Monika (Hrsg) *Medizinische Psychologie*. Ed. Medizin, VCH, Weinheim, Basel, Cambridge, New York, S.28
- Molcho S. *Körpersprache als Dialog*. Mosaik Verlag.
- Montagu A. (1971) *Körperkontakt*. Klett-Cotta. Zitiert nach Kubny-Lüke (1993)
- Norwood R. (1992) Wenn Frauen zu sehr lieben, die heimliche Sucht gebraucht zu werden. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- ÖSTAT (1987) *Gesundheitszustand der Österreichischen Bevölkerung, Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1983*. Österreichisches Statistisches Zentralamt, Wien.
- ÖSTAT (1993) *Straßenverkehrssicherheit im Jahre 1992*. Österreichisches Statistisches Zentralamt, Wien.
- ÖSTAT (1994a) *Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1992* Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit dem ÖSTAT, Wien.

- ÖSTAT (1994b) Durchschnittlicher Lebensmittelverbrauch pro Kopf und Jahr 1992/93. Österreichisches Statistisches Zentralamt, Statistische Nachrichten 2/1994, Wien.
- ÖSTAT (1994c) Medikamentenkonsum, Dezember 1991. Österreichisches Statistisches Zentralamt, Statistische Nachrichten 4/1994, Wien.
- Pfersmann D. (1992) Therapie der Drogensucht (Skriptum zur Vorlesung), Psychiatrische Universitätsklinik Wien.
- Rado S. (1926) Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte. Internat. Zschr. f. Psychoanalyse 12, 540-556 zitiert nach Täschner (1983)
- Roeder F. (1974) Stereotaktische Therapie der Suchten, in: Nass G. (Hrsg) Vorbeugung und Behandlung bei Kriminellen und Süchtigen. Gesellschaft für Vorbeugende Verbrechensbekämpfung, Kassel.
- Rost W.D. (1986) Psychoanalytische Modellvorstellungen zur Theorie des Alkoholismus. Psyche 4, 289-308.
- Rümke H.C. (1967) Psychiatrie III. Tussen psychose en normaliteit. Scheltema & Holkema, Amsterdam. zitiert nach Swildens (1991).
- Schaeff A.W. (1990) Die Flucht vor der Nähe: Warum Liebe, die süchtig macht, keine Liebe ist. Aus d. Amerikan. von Brigitte Jakobkeit. Hoffmann und Campe, Hamburg.
- Schaeff A.W. (1991) Im Zeitalter der Sucht. Wege aus der Abhängigkeit. Aus dem Amerikanischen von Brigitte Jakobkeit. Deutscher Taschenbuchverlag, München.
- Scheiber I. (1989) Ergotherapie in der Psychiatrie. Bardtenschlager Verlag, München.
- Scheidt J.v. (1972) Drogenabhängigkeit - Zur Psychologie und Therapie. Nymphenburger, München.

- Schmidbauer W., Scheidt J.v. (1971) Handbuch der Rauschdrogen. Nymphenburger, München.
- Schmidbauer W. (1981) Suchtgefahren vorprogrammiert? Gesellschaftliche Ursachen süchtigen Verhaltens. In: Furian M (Hrsg) Ursachenorientierte Prophylaxe süchtigen Verhaltens. Quelle & Meyer, Heidelberg, S. 24-34.
- Schneider K. (1944) Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose. Leipzig.
- Schneider W. (1988) Zur Frage von Ausstiegsschancen und Selbstheilung bei Opiatabhängigkeit, Auswertung von Ergebnissen aus Langzeitforschung. Suchtgefahren, 34, 472-490. zitiert nach Körkel und Kruse (1993).
- Stafford-Clark D., Smith A. C. (1991) Psychiatrie, Ein Kompendium. Thieme, Stuttgart, New York.
- Swildens (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. GwG-Verlag, Köln.
- Täschner K.-L. (1983) Therapie der Drogenabhängigkeit: Ein Handbuch. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.
- Teegen F. (1983) Ganzheitliche Gesundheit, Der sanfte Umgang mit uns selbst. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Tretter F. (1990) Sucht am Beispiel der Alkoholabhängigkeit in: Pöppel Ernst u. Bullinger Monika (Hrsg) Medizinische Psychologie. Ed. Medizin, VCH, Weinheim, Basel, Cambridge, New York, S.289-302.
- Vandereycken W. (1981) Dysorexie: anorexia nervosa, bulimie en bulimia nervosa. In: Pierloot & Vandereycken: Afwijkend eetgedrag. Stafleu, Alphen a.d.Rijn. zitiert nach Swildens (1991).
- Wegscheider-Cruse S. (1984) Co-Dependency: The Therapeutic Void, in: Co-Dependency: An Emerging Issue. Pompano Beach, Fl: Health Communications, zitiert nach Covington u. Beckett (1990)

- Wittchen H.-U., Saß H., Zaugig M., Koehler K. (1991)
Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen:
DSM-III-R; Revision. Beltz, Weinheim, Basel.
- Wögerbauer M.(1987) mündliche Mitteilung, Neuhofen.
- Wurmser L. (1974) Psychoanalytic consideration of the etiology of
compulsive drug use. J.Am.Psychoanal. Assoc. 22, 820 zitiert
nach Täschner (1983).
- Zerbin-Rüdin E. (1985) Allgemeine humangenetische
Gesichtspunkte der Sucht. In: Keup W , Biologie der Sucht.
Springer, Berlin. S.1 - 14