

Erste Informationen zur Therapie

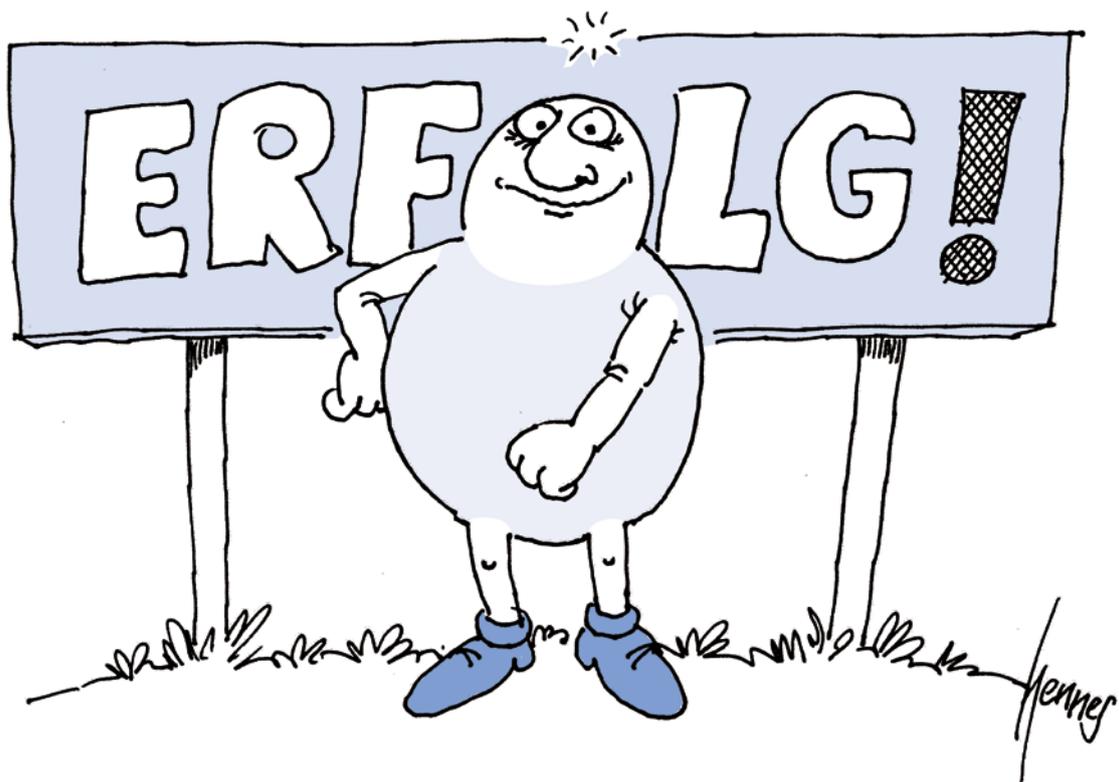
MEDIAN Klinik Tönisstein

© MEDIAN Klinik Tönisstein
Hochstraße 25 · 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Telefon +49 (0)2641 914-0
Telefax +49 (0)2641 914-201
tonisstein-kontakt@median-kliniken.de
www.median-kliniken.de

Stand: März 2021

Inhalt

Begrüßung	4
Wichtige Telefonnummern.....	4
Symptomliste nach Jellinek	5
ICD-10 Kriterien für Abhängigkeitserkrankungen.....	6
„Ich bin Alkoholiker“ (von Christian Walter)	21
Der instinktive und der paradoxe Weg (von Franz Strieder)	25
Loslassen (von Franz Strieder)	31
Hausordnung	35
Literaturhinweise	38



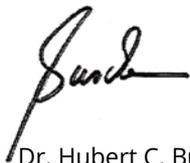
Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich zu einer Entwöhnungsbehandlung entschlossen, zu der wir Sie in der MEDIAN Klinik Tö-
nisstein herzlich willkommen heißen.

Die ersten Tage Ihres Aufenthaltes verbringen Sie in der Aufnahmegruppe unseres Hauses, in der Sie
erste Schritte vollziehen, die für den Übergang in die Stammgruppe Voraussetzung sind. Die für die Auf-
nahmegruppe verantwortlichen Therapeuten werden Sie in dieser Zeit begleiten.

Hier sind einige Texte zusammengefasst, die auch über die Aufnahmegruppe hinaus Bedeutung für Ihre
Therapie haben. Darüber hinaus finden Sie die für Sie derzeit wichtigen Kontaktpersonen.

Für Ihre Therapie wünschen wir Ihnen guten Erfolg!



Dr. Hubert C. Buschmann

Chefarzt

Facharzt für Neurologie

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie



Oliver Kreh

Leitender Psychologe

Psychologischer Psychotherapeut



Wichtige Telefonnummern

	Raum	Telefon
Aufnahmestation	356a	130
Aufnahmetherapeuten	246 und 259	159 und 158
Aufnahmesekretariat Frau Hassel	010	102
Verwaltung Frau Kopp	604	101

Symptomliste der Abhängigkeit nach Jellinek

Einführung

Bereits in den dreißiger Jahren führte der amerikanische Professor Dr. E. M. Jellinek im Auftrag der WHO (World Health Organisation) eine grundlegende Untersuchung über die Krankheit Alkoholismus durch. Er erhob mehrere tausend Fallgeschichten von Alkoholikern und fasste das Ergebnis in einem Schema von vier Phasen und – innerhalb dieser – 45 Symptomen zusammen. Auf der Grundlage dieser Untersuchung wurde Alkoholismus durch die WHO als Krankheit anerkannt. Die von Jellinek beschriebenen Phasen V, A, K und C beschreiben eine zunehmende Chronifizierung der Abhängigkeit. Die Übergänge zwischen den Phasen sind fließend, und nicht jeder Betroffene muss alle Symptome entsprechend der vorgegebenen Reihenfolge erleben.

Die innerhalb der Phasen beschriebenen 45 Symptome stellen jedoch besonders typische Merkmale der fortschreitenden Suchterkrankung dar, die im Einzelfall bedingt durch die jeweilige Lebenssituation und Persönlichkeit des Betroffenen unterschiedlich ausgestaltet sein können. Die Symptome treten häufig, aber durchaus nicht immer, erstmalig in der Phase auf, in der sie beschrieben sind. Ist ein Symptom einmal aufgetreten, wird es in der Regel beibehalten und prägt sich im weiteren Verlauf der Suchterkrankung zunehmend aus.

Einzelne Symptome können übersprungen werden, auch nicht erwähnte Merkmale können evtl. hinzukommen.

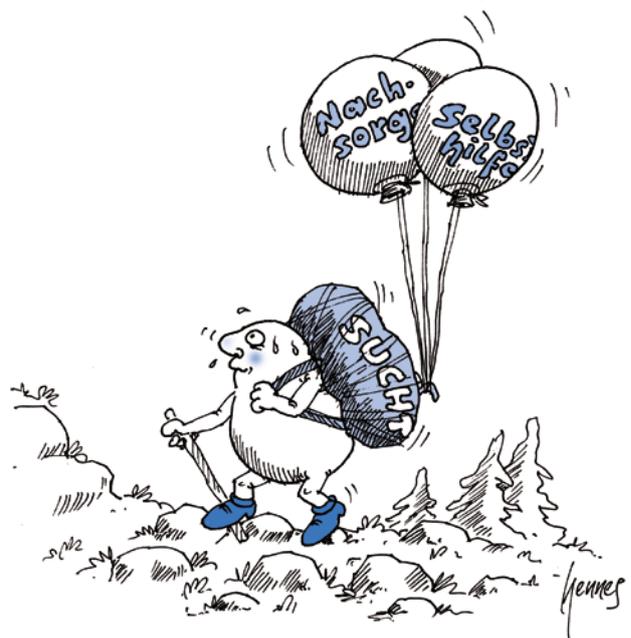
Bildhaft kann gesagt werden: Die Symptome treffen wie Mosaiksteine aufeinander und zeichnen erst in ihrer Gesamtheit das Bild des Suchtmittelabhängigen.

Im Verlauf der jahrelangen praktischen Arbeit mit der Symptomliste nach Jellinek hat sich gezeigt, dass dieser Symptomkatalog mit geringfügigen Abweichungen und Umstellungen ebenso auf die Entwicklung anderer stoffgebundener Abhängigkeitserkrankungen angewandt werden kann.

Daher haben wir in der hier vorliegenden Fassung der Symptomliste die Symptomatik für das Gesamtbild der stoffgebundenen Suchterkrankungen beschrieben und nur bei einzelnen Symptomen auf Besonderheiten hingewiesen, die sich durch die jeweils konsumierte Substanz ergeben.

Der entscheidende Vorteil dieses Symptomkataloges liegt darin, dass er es dem Suchtmittelabhängigen ermöglicht, seine Abhängigkeit und deren Entwicklungsstand selbst zu erkennen.

Die Symptomliste nach Jellinek ist somit ein Instrumentarium zur Selbstdiagnose.



ICD-10 Kriterien für Abhängigkeitserkrankungen

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

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

Abhängigkeitssyndrom

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

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



A. Vorphase

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

Symptomatik der Vorphase

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

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

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

Die meisten Alkohol – und Drogenkonsumenten bleiben im weiteren Verlauf dabei, die Substanz mit ihrer angenehmen Wirkung nur oder fast nur

bei sich mehr oder weniger zufällig ergebenden geselligen Gelegenheiten zu konsumieren. Der spätere Abhängige dagegen geht allmählich dazu über, vermehrt solche Situationen aufzusuchen oder herbeizuführen, in denen beiläufig konsumiert wird. Da er sich weiterhin im geselligen Rahmen bewegt, wird ihm sein vermehrter Konsum zunächst oft nicht bewusst. Nicht selten schreibt er dabei seine positive Stimmungsveränderung eher der Geselligkeit als dem Konsum zu, z. B. der Party, der Diskothek, dem Stammtisch.

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

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

In dem Maße, in welchem dem zukünftigen Suchtkranken die für ihn positive Wirkung der Substanz bewusst wird, neigt er jetzt dazu, die suchterzeugende Substanz auch gezielt in für ihn schwierigen oder unangenehmen Situationen einzusetzen oder sie dazu zu benutzen, gezielt bereits vorhandene positive Stimmungslagen zu verstärken. Dadurch, dass die Wirkung des Suchtmittels sich hierbei als zuverlässiges Hilfsmittel erweist, beginnt der zukünftige Suchtkranke, diese Erfahrung auf immer mehr Situationen zu übertragen. Im Laufe dieser Entwicklung verliert der Betroffene so allmählich die Bereitschaft und das Zutrauen, andere Lösungswege zu suchen oder anzuwenden (beginnende psychische Abhängigkeit). Unabhängig davon, ob dieses zielgerichtete Verhalten bewusst oder unbewusst erlebt wird, erscheint der Konsum in dieser Phase jedoch weder dem Betroffenen noch seinen Angehörigen oder Freunden verdächtig.

B. Anfangsphase

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

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

1. Gedächtnislücken

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

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

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

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

2. Heimlicher Konsum

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

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

3. Häufiges Denken an Suchtmittel

Da der Suchtkranke sich inzwischen daran gewöhnt hat, sein Suchtmittel sowohl in Belastungssituationen als auch als Verstärker positiver Stimmungslagen einzusetzen, taucht der Gedanke an Suchtmittel nun immer häufiger in Verbindung mit unterschiedlichen Lebenssituationen auf.

Dabei muss dies vom Betroffenen nicht bewusst registriert werden. So wird z.B. die Freude auf den Feierabend automatisch mit dem Gedanken an den Konsum verknüpft oder eine Einladung zu Geselligkeiten dahingehend geprüft, ob der Gastgeber genügend oder überhaupt Suchtmittel zur Verfügung stellen wird.

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

4. Verstärktes Verlangen nach Wirkung

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

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

5. Schuldgefühle wegen des Konsums

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

6. Vermeiden von Anspielungen auf Suchtmittel

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

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

7. Gehäufte Gedächtnislücken

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



C. Kritische Phase

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

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

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

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

Meist gelingt es dem Suchtmittelabhängigen in dieser Phase jedoch noch, solche negativen Konsequenzen abzuwenden, die von ihm als besonders schwerwiegend erlebt werden. Am Ende der kritischen Phase jedoch gibt es kaum noch

einen Bereich im Leben des Betroffenen (Familie, Freunde, Arbeit, Urlaub etc.), in dem sich die Suchterkrankung noch nicht in irgendeiner Form ausgewirkt hat.

8. Kontrollverlust

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

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

9. Erklärungen für den Konsum (Ausreden, Alibis)

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

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

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

Im Verlauf der süchtigen Entwicklung beim Einsatz dieser Medikamente erhält jedoch die ursprüngliche Symptomatik, mehr und mehr Alibicharakter, der jedoch dem Betroffenen oft lange Zeit nicht bewusst wird. Dadurch, dass viele stimmungsverändernde Medikamente letztendlich bei längerer süchtiger Einnahme, die durch sie ursprünglich bekämpften Symptome hervorrufen oder verstärken

können, gerät der Medikamentenabhängige mehr und mehr in einen Teufelskreis von wachsendem Bedarf und gesteigerter Einnahme, die ihm jedoch vor diesem Hintergrund immer noch als gerechtfertigt erscheint.

10. Reaktionen der Umwelt

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

11. Kompensation des Verlustes an Selbstachtung

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

längeren Glaubhaftigkeit und Wirksamkeit des Erklärsystems bei Medikamentenabhängigen tritt dieses kompensierende Verhalten seltener und wenn, dann deutlich später auf.

12. Auffällig aggressives Benehmen

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

13. Dauerndes Schuldgefühl als Anlass zum erneuten Konsum

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

14. Zeiträume völliger Abstinenz

Infolge der häufig abschreckenden Kontrollverlust-Erfahrungen und oft auch des zunehmenden sozialen Druckes aus der Umwelt gelingt es dem Suchtkranken nicht selten, längere oder kürzere Zeiträume völliger Suchtmittelabstinenz einzuhalten, die er fälschlicherweise als Beweis dafür nimmt, dass er seinen Konsum wieder „im Griff“ habe und daher auch wieder kontrolliert konsumieren könne. Dieses Verhalten findet sich bei Medikamentenabhängigen sehr viel seltener, da der körperliche

und seelische Druck zur weiteren Einnahme hier meist deutlich höher ist. Dies hängt damit zusammen, dass der Medikamentenabhängige von der Notwendigkeit der Einnahme seines Mittels in der Regel tiefer überzeugt ist.

15. Änderung des Konsumsystems

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

16. Fallenlassen von Freunden

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

17. Konsequenzen am Arbeitsplatz

Der inzwischen gewachsene Drang zum Weiterkonsumieren wirkt sich nunmehr auf das Verhalten am Arbeitsplatz aus. Oft merkt der Suchtkranke selbst ein Nachlassen seiner Arbeitsmotivation, seiner Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit. Kollegen und Vorgesetzten fällt er nicht selten durch Unpünktlichkeit, Unzuverlässigkeit, häufige Fehlzeiten, „Krankfeiern“ oder unangemessenes, reizbares Ver-

halten auf. Gelegentlich ist ihm der Suchtmittelkonsum auch am Arbeitsplatz anzumerken. In diesem Zusammenhang kann es auch zu Abmahnungen, anderen arbeitsrechtlichen oder disziplinarischen Konsequenzen oder zur Kündigung kommen. Manchmal übernimmt er auch selbst die Initiative und entzieht sich einer derartigen Konfrontation, indem er selbst seinen Arbeitsplatz kündigt.

18. Konsumieren ersetzt soziale Kontakte

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

19. Der Konsum wird wichtiger als Interessen und Pflichten

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

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

Dabei versucht der Suchtkranke jedoch nach wie vor, seinen beruflichen und familiären Verpflich-

tungen Genüge zu tun, vernachlässigt jedoch oft bereits deutlich rein persönliche Vorlieben und Interessen (z.B. Hobbys, die sich nicht mit dem Konsum vereinbaren lassen).

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

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

20. Der Konsum wird wichtiger als die Menschen, die mir nahe stehen

Durch die massiv zunehmende Kritik, auch der engeren Vertrauenspersonen (Partner, Familie, enge Freunde) an seinem Konsumverhalten, gerät der Suchtkranke unter einen erheblichen Druck. Während er einerseits bestrebt ist, seine engen Vertrauenspersonen nicht noch weiter zu enttäuschen, erlebt er andererseits immer deutlicher, dass es ihm nicht gelingt, seinen Konsum unter Kontrolle zu halten. Trotz ernsthaftester Vorsätze und Beteuerungen stößt er diese Menschen durch sein Weiterkonsumieren immer wieder vor den Kopf. Er entzieht sich dadurch oft gemeinschaftlichen Unternehmungen oder beschwört Streitereien herauf, die er dann als Alibi benutzt, um sich zurückziehen und weiter konsumieren zu können.

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

21. Auffallendes Selbstmitleid

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

22. Gedankliche oder tatsächliche Flucht

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

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

23. Änderungen im Familienleben

Im Zuge dieser Entwicklung treten dann auch Veränderungen im Zusammenleben der Familie und im Verhalten der einzelnen Familienmitglieder ein. Ursache dieser Veränderung ist zunächst häufig der Versuch der Familienmitglieder, den

Suchtkranken im Auge zu behalten und vor Schäden zu bewahren. Nachdem diese Versuche nicht gefruchtet haben, versuchen die Familienmitglieder im Allgemeinen, dem Suchtkranken aus dem Weg zu gehen und evtl. eigene Interessen wieder aufzunehmen bzw. neue zu entwickeln.

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

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

24. Grundloser Unwillen

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

25. Sichern des Suchtmittelvorrates und verschärfter heimlicher Konsum

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

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

26. Vernachlässigung angemessener Ernährung

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

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

27. Erste medizinische Behandlungen werden notwendig

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

28. Veränderungen im Sexualverhalten

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

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

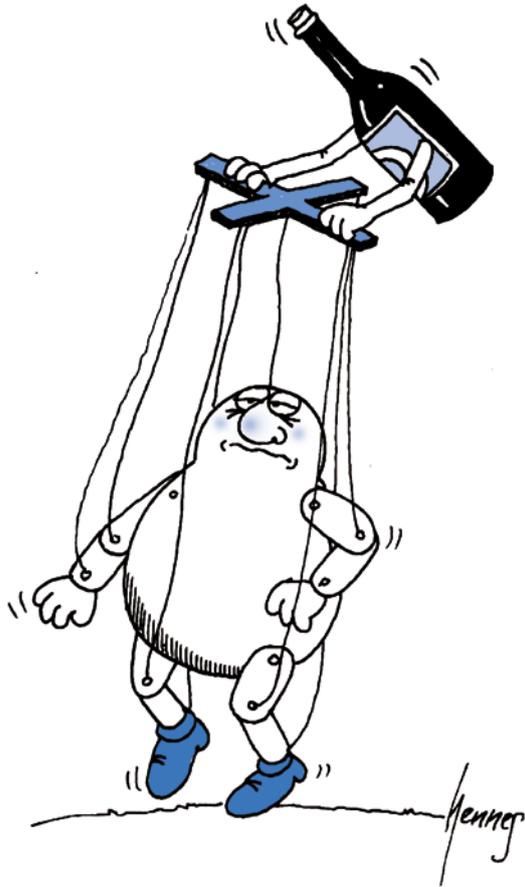
29. Suchtmittelbedingte Eifersucht

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

30. Morgendlicher Konsum

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

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



D. Chronische Phase

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

31. Ununterbrochener Suchtmittel-einfluss über mehrere Tage

Die zunehmend beherrschende Rolle des Suchtmittels, die sich schon im morgendlichen Konsum zeigt, lässt den Vorsatz des Suchtkranken, weniger oder seltener zu konsumieren immer öfter zusammenbrechen, so dass es vorkommt, dass er über mehrere Tage hinweg ständig unter Sucht-

mittelwirkung steht. Dabei kann es passieren, dass er auch tagsüber deutliche Anzeichen der Suchtmittelwirkung zeigt, die er nicht mehr überspielen kann.

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

32. Zusammenbruch individueller Wertvorstellungen

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

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

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

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

33. Beeinträchtigung des Denkens

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

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

34. Psychische Entzugsserscheinungen

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

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

35. Erhebliche körperliche Entzugsserscheinungen

Beim Alkoholiker können mit dem Absinken des Alkoholspiegels jetzt auch massive körperliche Entzugsserscheinungen, wie anhaltendes Zittern, besonders der Hände (Tremor), massive Schweißausbrüche, Herzrasen, Schwindel, Erbrechen oder Würgen auftreten. Besonders ausgeprägt sind diese Symptome häufig morgens, wenn der Betroffene in der Nacht seinen Alkoholspiegel nicht ergänzt hat. Das verräterische Zittern erlebt der Alkoholiker aber auch nicht selten in Situationen, in denen er sich beobachtet fühlt. Auch diese Zustände kann der Alkoholiker nur noch mit erneutem Trinken unter Kontrolle bringen.

Bei Kokain- oder Amphetaminkonsumenten zeigen sich im Entzug häufig eine starke Erschöpfung, Müdigkeit und depressive Verstimmung.

Cannabiskonsumenten erleben nicht selten Symptome wie Schwitzen, Magen- und Darmprobleme, Kopfschmerzen und Muskelzittern.

Medikamentenabhängige Patienten zeigen ähnliche Entzugssymptome wie Alkoholiker. Die Form der Entzugsserscheinungen wird jedoch, wie unter Punkt 34 beschrieben, durch die Art des eingesetzten Medikamentes bestimmt.

36. Veränderungen bei der Wahl der Konsumgesellschaft

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

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

37. Zuflucht zu Ersatzstoffen

Der Drang, weiter zu konsumieren, um Entzugerscheinungen zu vermeiden, kann jetzt so massiv werden, dass der Suchtkranke, falls das eigentliche Suchtmittel nicht zur Verfügung steht, zu Ersatzstoffen greift. So konsumiert der Alkoholranke im Entzug möglicherweise Kölnisch Wasser oder Parfüm, alkoholhaltige Medizin, Melisengeist, Spiritus, Franzbranntwein o. Ä. Drogenabhängige Patienten greifen ggf. auch auf andere Substanzen zurück (Konsum von zerbröseltem Ecstasy nasal) oder nehmen Substanzen ein, von denen sie nicht wissen, was sie enthalten.

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

38. Massives Entzugssyndrom

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

39. Internistische und neurologische Folgeerkrankungen

Schwerwiegende internistische oder neurologische Folgeerkrankungen machen ärztliche, ambulante oder stationäre Behandlungen erforderlich. Bei Alkoholkranken handelt es sich hier auf internistischem Gebiet hauptsächlich um mehr oder minder fortgeschrittene Lebererkrankungen, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse und des Verdauungssystems, massive Stoffwechsel- und Elektrolytstörungen (Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Diabetes mellitus, Muskelkrämpfe), Bluthochdruck (Folge: Herzinfarkt und Schlaganfall), schlecht heilende Hauterkrankungen, Veränderungen des Blutbildes (Blutarmut und Infektanfälligkeit) und Herz- und Lungenerkrankungen. Neurologisch kommt es infolge der chronischen Alkoholintoxikation (Vergiftung) zu Schädigungen des peripheren, d. h. motorischen und sensiblen Nervensystems, der so genannten Polyneuropathie. Sie äußert sich im Frühstadium in Kribbeln und Taubheitsgefühl sowie Kraftminderung oder Lähmung, zunächst im Bereich der Hände und Füße. Es kommt z.B. zu brennenden Füßen (besonders nachts) und Gangunsicherheit oder Störungen im Bereich der Hände z.B. beim Greifen. Im weiteren Verlauf der Erkrankung steigt die Polyneuropathie immer mehr auf, so dass dann auch immer mehr die Arme und Beine, später der ganze Körper betroffen ist. Es kommt zu immer stärkeren Taubheitsgefühlen, Kribbelgefühlen, Schmerzen oder Lähmungen.

Gleichzeitig kommt es durch Beeinträchtigung des sog. vegetativen Nervensystems zu Völlegefühl, Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit, morgendlichem Erbrechen, Herzrasen und Durchblutungsstörungen an Händen und Füßen. Auch vermehrte Schweißausbrüche sind als Zeichen des gestörten vegetativen Nervensystems zu sehen. Schädigungen des zentralen Nervensystems zeigen sich als irreparable Zerstörungen der Hirnzellen (Hirnabbau) mit der Folge von erheblichen Störungen der Merk- und Konzentrationsfähigkeit sowie der Kritikfähigkeit und des Auffassungsvermögens (in ausgeprägter Form: sog. Korsakow-Syndrom).

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

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

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

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

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

40. Konsumieren wird Besessenheit

Wenn der Suchtkranke in diesem Krankheitsstadium mit dem Konsum beginnt, kann es ihm passieren, dass er den Drang zum Weiterkonsum als

so unwiderstehlich erlebt, dass er auch massivste negative Folgen in Kauf nimmt und/oder extrem unverhältnismäßige Risiken bei seinem weiteren Konsum eingeht: So nimmt er z.B. trotz bereits bestehender berufliche Probleme in Kauf, gar nicht oder deutlich unter Suchtmittelwirkung stehend am Arbeitsplatz zu erscheinen oder am Arbeitsplatz weiter zu konsumieren.

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

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

41. Entzugsbedingte Krampfanfälle

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

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

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

42. Suizidgedanken bzw. -versuche

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

43. Abfall der Toleranz

Dieses Symptom findet sich nur bei alkoholabhängigen Betroffenen.

Durch die massive körperliche Schädigung, insbesondere der Leber, kann es dazu kommen, dass die bis dahin stark erhöhte Alkoholtoleranz plötzlich deutlich zurückfällt. Dieser so genannte „Toleranzknick“ zeigt sich darin, dass sich der Betroffene bereits nach der Einnahme geringer Mengen Alkohols betrunken fühlt. Da diese Wirkung jedoch im Allgemeinen nicht lange anhält, trinkt er jetzt in noch kürzeren Abständen noch hektischer und zwanghafter.

44. Das Erklärssystem versagt

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

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

45. Entzugsdelir (Delirium tremens)

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

Ich bin Alkoholiker

Christian Walter

Viermal bin ich schon gestorben. Zuletzt irgendwo auf einer Skipiste. An das Sterben erinnere ich mich noch genau: Aus weißen, nassen Schneemasen tauchten vor mir fünf riesige Eisbären auf und drei dunkelhäutige Frauen in weißen Pelzmänteln, die schreiend und mit Peitschenhieben die Bestien vor sich hertrieben. Direkt auf mich zu. Flucht war unmöglich. Mit aufgerissenem Maul trampelten mich die Kolosse nieder. Wild, viehisch, böse. Sie stampften mich in den Schnee, so lange, bis es dunkel um mich wurde.

Hier musste die Hölle sein. Ein schmerzhafter Druck auf meinem rechten Oberarm drohte diesen zu zerquetschen. Leise Stimmen im Hintergrund, verschwommenes, blaugrünes Licht im Raum. Ein Piepton in der Ferne: Blutdruckmessgerät und Infusionsapparat arbeiteten. Zwei weißgekleidete Ärzte bemühten sich im Halbdunkel, mich aus dem Sterben zurückzuholen. Erwachen auf der Intensivstation. Befreiung aus einem Alptraum: alkoholisches Prädelir.

Ich bin 31 Jahre alt und alkoholkrank. Mein ehemaliger Freund Alkohol ist mir zum Todfeind geworden. Dieses Mal hatte er versucht, mich endgültig k.o. zu schlagen.

Ein Drittel meines Lebens war ich eng mit der Flasche verbunden. Zehn Jahre lang pumpte ich Alkohol in meinen Körper. Hektoliter Wein und Bier waren durch meine Kehle geflossen. Getrunken hatte ich meist allein, heimlich, überall. Auf öffentlichen Toiletten, in Badezimmern, Kellern und Treppenhäusern. Hunderte von Flaschen hatte ich in Bettkästen, Küchenschränken, Waschkörben und sogar auf Kinderspielplätzen versteckt.

Vier Entgiftungen während der vergangenen zweieinhalb Jahre folgten Trinkpausen, sechzehn Monate insgesamt, und drei grausame Rückfälle, die mich körperlich, seelisch und geistig an den

Abgrund meiner Existenz führten. Beim vierten Mal bin ich davongekommen.

Ich kann mich noch genau an den Tag erinnern, an dem alles seinen Anfang genommen hat. „Limonade ist für Kinder. Ein Mann trinkt Bier.“ Derjenige, der diesen Satz sagte, der Vater eines Mitschülers und reicher Professor, war mir sympathischer als sein Sohn. An einem heißen Tag kurz vor den Sommerferien hatte unsere Schulklasse eine Studienfahrt in die Stadt unternommen. Der Professor hatte uns zum Abschluss des Tages in seine Villa eingeladen.

Im Garten gab es ein Büfett und ein Holzfass mit Bier. Ich war 19 und mochte kein Bier. Ich hatte eine Vorliebe für Apfelsaft und eisgekühlte Zitronenlimonade. Ich saß auf einer gelb gepolsterten Hollywoodschaukel auf manikürtem Rasen, den sehe ich noch vor mir. Der Garten war groß und voller Blumen. Mitschüler standen in kleinen Gruppen herum. In T-Shirts und Jeans, mit halb gefülltem Bierglas in der Hand und Zigaretten zwischen den Fingern, wirkten sie erwachsen, locker und gebildet.

Ich beneidete sie. Sie allesamt hielten nicht besonders viel von mir. Ich war weder Musterschüler noch cooler Intellektueller. Ich hatte den Ruf eines konservativen und unsportlichen Ackergauls, galt bei Lehrern und Schülern als sensibel und introvertiert.

Einmal, nur einmal wollte ich über meinen Schatten springen, dieser Horde gleich sein. Limonade oder Bier?

Der Professor hatte ein Glas gezapft und reichte es mir. Ich trank. Kühl floss das Zeug durch meine Kehle. Das Blut rauschte wohligh durch die Adern. Alle Sinne wurden verzaubert. Das Gehirn fühlte sich an wie der vertikutierte Rasen unter mir - irgendwie durchlüftet. Völlig frei von bedrückenden Gedanken. Der Körper so leicht. Die Zunge locker. Der Garten farbenprächtiger als zuvor. Die Klassenkameraden

lebensfroh, beinahe liebenswert. Im grünen Park des Professors erwachte ich zum Leben. Neun Jahre humanistische Bildung in Klostermauern lösten sich auf in einer Leichtigkeit des Seins.

Das wollte ich noch einmal erleben.

Gleich am nächsten Tag stieg ich in den Keller meiner Eltern und nahm eine Flasche Bier aus dem Kasten. Ich leerte sie in meinem Zimmer. Alleine. Belohnung für einen anstrengenden Schultag. Niemand sollte es erfahren. Und niemand ahnte, dass ich bereits den Startknopf der Suchtmaschine gedrückt hatte.

Zu Beginn meines Studiums kauften mir meine Eltern ein Appartement in der Stadt. Dort sollte ich die nötige Ruhe fürs Lernen finden. Doch das Studieren wurde eine einsame, belastende, angstvolle Angelegenheit. Ich besaß Unmengen Bücher, über Publizistik, Politik, Rhetorik, Psychologie und Französisch. Freunde hatte ich keine.

Ich wollte vor allem eins: schnell Karriere machen. Doch da war noch etwas anderes in mir: Angst. Angst vor dem Versagen. Angst, meinen Weg nie zu finden. Bloß nicht daran denken. Keine Angst, bloß keine Angst haben.

Der Wein schmeckte mir schon nicht mehr, er war ein Werkzeug geworden. Mein Motor und Energie-lieferant, um im Leben zu funktionieren. Um arbeiten zu können, Sorgen und Ängste zu verdrängen, Freuden zu intensivieren. Ich trank und erlebte, wie mich Alkohol animierte, beruhigte, belebte, antrieb. Alkohol als Medizin.

Ich träumte von Geld und Erfolg. Ich sehnte mich nach Liebe, aber es gab sie nicht. Wo war sie nur, wer sollte sie mir schenken?

Keine Liebe, also Leistung. Mein Alkoholkonsum steigerte sich wie mein Arbeitswahn: lernen, lesen, leisten. Ora et labora, bete und arbeite, so hatten es mir die Geistlichen in der Schule beigebracht. Das Beten hatte ich verlernt. Alkohol war augenscheinlich effizienter.



Drei Gläser Sekt vor Referaten, um vor dem Auditorium zu bestehen und höchste Punktzahlen zu erreichen. Analytisches Denken schien nur mit trockenem Soave zu funktionieren. Bevor ich mit Kommilitonen loszog, um das Nachtleben der Stadt in mich aufzusaugen, trank ich - auf Vorrat. Ich trank, um mich in die euphorische Stimmung eines Draufgängers zu katapultieren.

In Gesellschaft trank ich fast nichts. Ich wollte nicht unangenehm auffallen, vor allem Mädchen nicht spüren lassen, dass Alkohol längst Bestandteil meines Alltags war. Inzwischen wusste ich, dass ich Alkohol brauchte, um mich und andere zu mögen. Doch noch immer glaubte ich, meinen Konsum irgendwann reduzieren zu können.

Das Verlangen nach noch einem Glas wurde immer stärker. Schon bald konnte ich nicht mehr - wie andere - aufhören, wenn es genug war. Ich war süchtig.

Ich begann mich zu isolieren. Ich hörte die Stille in der kleinen Wohnung. Ich schloss mich ein und versuchte mich auf den Lehrstoff zu konzentrieren. Die Flasche immer dicht neben mir. Mein Kopf bekam die Form einer Birne. Mein Körper glich einem Schwamm, der ständig getränkt werden wollte, um nicht auszutrocknen. Drei Flaschen Chardonnay täglich, gut zwei Jahre nach dem ersten Bier beim Professor.

Ich wurde einsam. Meine Eltern mussten mich nur

anschauen, um zu wissen, was mit mir los war. Anfangs schrien und schimpften sie noch. Dann nicht mehr. Es gab niemanden mehr, der mich anschreien wollte.

Meine letzten Kräfte galten dem akademischen Abschluss. Ich war kraftlos. Ich weinte. Und immer wieder Soave. Ich hasste mich.

Zwei Tage vor der ersten mündlichen Prüfung kam das Aus per Einschreiben: „Magisterarbeit nicht bestanden“. Schluss. Aus und vorbei. Keine Perspektiven mehr. Seelischer Zusammenbruch.

Damals, kurz vor meinem ersten alkoholischen Sterben, lernte ich Pia kennen. Eine hübsche junge Frau, die mich aber nicht gleich faszinierte. Sie lernte mich betrunken kennen. Ihren Charme, ihre Schönheit, ihre Freundlichkeit nahm ich dann wahr, als ich die erste Entgiftung in einem Krankenhaus überstanden hatte. Ich war trocken.

Monate folgten, die mein Leben prägten. Pia schenkte mir, was ich jahrelang vermisst hatte: Zärtlichkeit, Wärme, Geborgenheit. Ich lernte, zu küssen, zu empfinden, ich lernte, was das Leben an Schönem bereithält. Ich lebte im Augenblick.

Unsere Spaziergänge - Pia, wie sie meine Hand hält und lächelt. In den Souks von Marrakesch:

Pia will einen krummen Kerzenleuchter aus Schmiedeeisen kaufen. Ihre Freude, als ich dem Händler übersetze. Pia, wie sie Salat in meiner kleinen Küche wäscht.

Ich genoss ihre Gegenwart. Ich hatte den Abschluss nachgeholt und auch eine Weiterbildung durchgestanden. Ich arbeitete in einem Brotberuf: Marketing bei einer Messgesellschaft. Das Leben hatte wieder Sekunden und Minuten, die ich nie missen wollte. Wenn Pia abends neben mir einschlief, sehnte ich mich schon nach dem Morgen.

Der Rückfall geschah in Paris. Schon Wochen vorher spielte er sich in meinem Kopf ab. Da lehnte ich noch mechanisch jedes Glas Alkohol ab,

das man mir anbot. Doch längst lag mir der Satz „Ein Schluck wird schon nichts anrichten“ auf der Zunge.

Dann zwei Gläser Beaujolais bei einer Einladung zum Essen. Ganz ohne Hemmungen. Die Vernunft war ausgeschaltet.

Zwei Wochen nach den beiden Gläsern in Paris verlangte mein süchtiger Körper wieder nach gut zwei Litern, verteilt über etwa achtzehn Stunden täglich.

Mein Job erforderte in dieser Zeit Tempo und Energie. Ich war ständig auf Reisen, musste Pressekonferenzen in ganz Europa vorbereiten und vor Journalisten sprechen. Ich benutzte einen umgearbeiteten Aktenkoffer mit einer gefütterten Zwischenwand in dem großen Fach mit Reißverschluss. Da standen zwei Flaschen, die so weder umfallen noch aneinander schlagen konnten.

Ich schluckte schon, bevor ich mich auf den Weg machte. Die Flugzeugtoilette wurde meine heimliche Bar. Ständig dachte ich: Riecht mein Atem nach Alkohol? Aus dem Gedanken wurde eine Manie. Gefahr bei jeder Begegnung, als Trinker entlarvt zu werden. Ich hielt Abstand. Ich trank im Fahrstuhl auf dem Weg zur Pressekonferenz. Ich schluckte Mundwasser. Mundsprays benutzte ich so oft, dass sich meine Schleimhaut entzündete.

Mein Alltag wurde ausschließlich vom Denken an Alkohol bestimmt. Ich begann mich aufzureiben. Den Stoff besorgen, ihn in kleinere Fläschchen umfüllen, die ich überall verstecken kann, um über den Tag zu kommen. Nachschub einkaufen, bevor Pia kommt, entkorken, wieder schlucken, mehr schlucken. Die Wirkung, wo bleibt die Wirkung? Pia an der Tür, Pia in der Wohnung. Eine Ausrede, um ins Bad zu können, der Griff in den Wandschrank, meine gierigen Augen im Spiegel über dem Waschbecken, leise den Korken ziehen, Flaschenhals in den Mund, schütten, während ich die Toilettenspülung bediene, um meinen Aufenthalt an diesem Ort zu rechtfertigen, Mundwasser in den Schlund, die Flasche wieder zurück in den kleinen Schrank. Wenn Pia schläft, wieder mehrere

Schlucke. Schnell ins Bad, bevor sie erwacht. Das Zeug bereits morgens um sieben bei laufender Dusche kippen.

Pia merkte, dass etwas nicht stimmte. Sie wurde misstrauisch, ich nervöser und gereizter. Ich belog sie, schämte mich, Schuldgefühle erdrückten mich. Ich wollte ihr nicht weh tun, aber ich musste trinken, schluckte literweise heimlich. Und wollte ihr doch nur sagen, wie wichtig sie mir ist.

Eines Morgens überraschte sie mich im Bad. Riss die Tür auf, sah mich in jämmerlichem Zustand im Schlafanzug und mit der Flasche in der Hand. Entsetzen, Verzweiflung über meinen Rückfall, Weinkrämpfe. Ich werde den Anblick wohl nie los, wie sie auf mein Bett fiel, schluchzend, erschöpft, unfähig, Antworten auf meinen Wahnsinn zu finden.

Ich hatte nie ihretwegen zur Flasche gegriffen. Die tödliche Sucht hatte mich bereits fest im Griff, als Pia in meinem Leben auftauchte. Irgendwo in mir schrie eine Stimme, aber ich konnte nicht mehr gehorchen, ich konnte mich nicht mehr gegen das quälende Verlangen nach Alkohol wehren. Sucht ist stärker als Liebe.

Wir durchlebten zwei weitere Rückfälle innerhalb eines halben Jahres. Pia, wie sie mich schluchzend an der Hand in die Klinik zerrte und den Arzt auf dem langen Flur mit Neonlicht anflehte, mich zu behandeln. Aber ein Bett in der toxikologischen Abteilung war in frühestens vier Wochen frei. Ich sollte weiter trinken, so der ärztliche Rat, um einen alkoholischen Krampf zu vermeiden.

Ärzte und Schwestern des Krankenhauses kannten mich bereits. Nichts Besonderes mehr für sie, als ich auf der Pritsche schwitzte, zitterte und wimmerte. Ihre Fürsorge: siebenmal täglich Distra-
neurin, ein chemischer Alkoholarsatz. Die Qual dauerte immer vier Tage und drei Nächte.

Pia war am Ende ihrer physischen und psychischen Kräfte. Sie fühlte sich von mir mit der Flasche betrogen. Vier Wochen nach meiner letzten Entgiftung trennte sie sich von mir. Mein langjähriges Versteck- und Rollenspiel endete in der Fachklinik Bad Tönisstein.

„Ich heiße Christian, bin 31 Jahre alt und alkoholkrank.“ Ich sagte diesen Satz immer zu Beginn einer Therapiestunde. Ich sagte „alkoholkrank“ und nicht „Alkoholiker“.

Es hat ein paar Wochen gedauert, bis ich eingesehen habe: Alkoholismus ist eine Krankheit. Hier wurde ich den Hass auf mich selbst los.

Etwa in der Sandsackstunde: Ich begann, den schweren Sack zu malträtieren. Rhythmisch schlugen meine Fäuste gegen das Leder, heftiger, ich holte weiter aus, ich schlug und schlug. Die Augen geschlossen, spürte ich Schweiß und Tränen über die Lippen rinnen, ich hörte das Herz pochen, fühlte das Blut in den Adern, der Körper wie eine ferngesteuerte Maschine, die im Geist Tausende Flaschen zerschlug. All die grünen und braunen Flaschen, die mir meine Liebe genommen hatten, die mich fast umgebracht hatten. Erschöpft fiel ich auf eine blaue Matte zurück. Der Körper schwerelos, die Fäuste brennend, der schwarze Seelenklumpen weggesprengt.

Ich mochte das „Wetterkartenspiel“: Auf dem Rücken des Mitspielers werden mit den Fingern Wetterlagen gezeichnet. Eine Patientin lachte laut, als ich ihr einen Hagelsturm auf den Rücken trommelte und einen Orkan in ihr Ohr zischte.

Nach einigen Wochen war ich mir sicher und unendlich erleichtert: Ich hatte kapituliert! Kapitulierte vor dem Alkohol. Ich will ihn nie wieder herausfordern. Ich weiß, dass ich immer ein Alkoholiker bleiben werde. Nie konnte ich mir vorstellen, mit diesem Wissen frei und unbeschwert zu sein. Aber heute bin ich frei, eben weil ich es weiß und nicht mehr trinken muss. Heute spüre ich jeden Augenblick, wozu ich geboren wurde - um zu leben.

Der instinktive und der paradoxe Weg

Franz Strieder

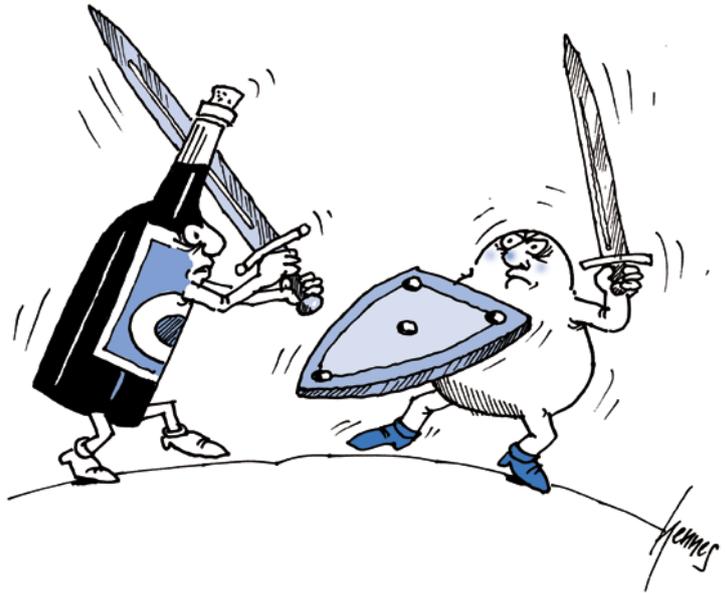
Um ein vertieftes Verständnis von Machtlosigkeit zu gewinnen, möchte ich Ihnen zunächst einige Gedanken über zwei verschiedene Wege vorlegen: Den instinktiven Weg und den paradoxen Weg.

Der instinktive Weg

1. Der instinktive Weg...

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

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



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

2. Der instinktive Weg als Flucht in die Gesundheit

Jeder von Ihnen weiß, dass dieser instinktive Weg eben kein echter Ausweg ist, sondern eine Flucht nach vorne, eine Flucht in die Gesundheit. Die Entscheidung, gegen die Abhängigkeit zu kämpfen, führt zu keiner echten Nüchternheit. Sie kann zu einer oft erstaunlich langen Trockenheit führen, aber die Gefahr des Rückfalles liegt auf der Hand. Daher ist der instinktive Weg im Grunde eine äußerst gefährliche Falle. Fragen wir uns nun, warum ist dieser Kampfweg ein Irrweg?

- Dieser Weg übersieht ganz einfach, dass ein wesentliches Symptom dieser Krankheit eben der Kontrollverlust ist, d.h. die Unfähigkeit, mit dem Willen die Trinkmenge zu bestimmen. Flucht in die Gesundheit ist der aussichtslose Versuch, Freiheit in einem Bereich zu etablieren, wo eben keine Freiheit vorhanden ist.

- Der instinktive Weg übersieht, dass die Abhängigkeit den ganzen Menschen erfasst, dass es nicht nur darum geht, nicht mehr zu trinken, sondern sich zu verändern. Ohne Veränderung keine Nüchternheit (Trockenrausch).
- Der instinktive Weg ist ein Alleingang. Ich schaffe es mit meinem Willen. Der Abhängige übersieht dabei, dass er alleine nicht aus der Misere herauskommt. Der Alleingang programmiert den Rückfall (es gibt verschiedene Schattierungen des Alleinganges. Unter Umständen kann auch einer, der zu einer Selbsthilfegruppe geht, noch im Alleingang stehen, dann nämlich, wenn er im Grunde keine Hilfe annehmen will).

3. Der innere Konflikt und seine Lösung

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

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

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

Der paradoxe Weg

Ich möchte Ihnen einige Gedanken zu diesem paradoxen Weg vorlegen. Paradox nenne ich ihn deshalb, weil er unser instinktives Denken zu einem normalen gesunden Menschenverstand durchkreuzt, weil er uns in eine Richtung führt, die wir zunächst als die Gegenrichtung ansehen und die wir peinlichst meiden.

Dieser Weg führt uns genau entgegengesetzt zu dem Weg, den unser Eigenwille, nur der Instinkt will.

Der paradoxe Weg hat zwei Elemente. Diese Elemente sind in den Schritten 1, 2 und 3 enthalten. Ich möchte mich jetzt auf Schritt 1 und 3 konzentrieren. In Schritt 1 geben wir zu, dass wir machtlos dem Alkohol gegenüber sind und nicht fähig sind, unser Leben zu meistern. Das Zugeben der Machtlosigkeit ist das Kernwort.

Im 3. Schritt übergebe ich mich an eine Macht, größer als ich selbst. Die Amerikaner haben für diesen Vorgang, der sowohl in Schritt 1 als auch in Schritt 3 zum Tragen kommt, das Wort „Surrender“. Surrender beinhaltet einerseits das Zugeben von Machtlosigkeit, also die Kapitulation, das Aufgeben des Kampfes. Andererseits aber enthält diese Vorstellung auch das Wort, sich an eine andere Macht

übergeben. Das scheint mir ein Vorteil gegenüber unserem deutschen Wort „Kapitulation“ zu sein, das eigentlich nur den 1. Schritt umfasst.

1. Beginnen wir mit dem Zugeben der Niederlage, mit dem Zugeben der Machtlosigkeit. Gegenüber dem Gedanken und dem Satz „Ich muss den Alkohol besiegen, ich muss es schaffen“, steht genau das Gegenteil am Anfang des Weges, das Zugeben der Niederlage. Verstandesmäßig aber auch gefühlsmäßig muss ich zugeben, dass der Alkohol stärker ist als ich, dass der Kampf vorüber ist, dass ich absolut machtlos gegenüber dem Alkohol bin.

Die Schritte der Anonymen Alkoholiker beginnen gerade nicht mit dem Wort „Ich darf oder ich will nicht mehr trinken“ sondern schlicht einfach mit dem „Wir haben zugegeben“. Schon hierin ist eine Paradoxie deutlich. Eine Anerkennung von Machtlosigkeit, ein Zugeben der Niederlage widerspricht den Menschen zutiefst. Wir sind erzogen, uns zu behaupten und uns durchzusetzen. Schwäche zu zeigen erscheint uns als höchstverdächtig. So kämpft der Abhängige einen langen Kampf gegen die Machtlosigkeit. Sie erscheint ihm als Schwäche und die will er sich nicht zugestehen. „Ich darf nicht schwach sein“, Schwäche ist gerade für den Abhängigen etwas, was ihn geradezu panikt. Schauen wir etwas genauer hin, was dem Alkoholiker es so schwer macht, zu kapitulieren und seine Machtlosigkeit zuzugeben (Dasselbe gilt auch für einen Nichtabhängigen, er hat es genau so schwer, seine Machtlosigkeit, seine Unfähigkeit, ein glückliches Leben aus eigener Kraft zu führen. Der Nichtabhängige hat nur leichtere Fluchtwege, er kann sich um diese Erkenntnis leichter drücken, indem er sich in von der Gesellschaft mehr tolerierte Fluchthaltungen als den Alkoholismus begibt). Der amerikanische Psychiater Tiebout, der einige wichtige Artikel über das Surrender-Phänomen geschrieben hat, spricht von dem dicken Ich (Inflated Ego), das den Alkoholiker hindert, seine Machtlosigkeit zuzugeben. Dickes Ich oder King-Baby. Was ist damit gemeint? Damit ist das Allmachtsgefühl gemeint, alles unter Kontrolle haben zu müssen. Jene Haltung, die etwa sagt: „Mein Wille geschehe“. Theologisch ausgedrückt: „Der Abhängige kann

sich nicht als ein von Gott geschaffenes und damit abhängiges Wesen verstehen, sondern er will selber Gott sein. Er will selber seine höhere Macht sein. Er hat eine gewisse Unfähigkeit, die höhere Macht höhere Macht sein zu lassen und sich dieser anzuvertrauen. Dieses King-Verhalten, dieses Allmachtsgefühl ist aber absolut realitätsfremd. Die Realität sagt dem Alkoholiker: „Du kannst nicht normal trinken“. „Du hast so viele Beweise dafür, es ist immer wieder schief gegangen“. Das Allmachtsgefühl sagt: „Dieses Mal gelingt es, dieses Mal werde ich es unter Kontrolle bekommen. Es wäre doch gelacht. Ich und machtlos, ich habe so viel in meinem Leben geleistet, ich werde auch die Kontrolle des Alkohols schaffen“. Ein unheimlicher Kampf zwischen Realität und Allmachtsgefühl spielt sich im Inneren des Alkoholikers ab. Für einen Außenstehenden nicht mehr verstehbar, für einen trockenen Alkoholiker rückschauend ein Alptraum. Kein Wunder, dass ein Mensch, der in so einem verzweifelten Kampf zwischen Wirklichkeit und seinem Kontrollbedürfnis steht, diese Verzweigung auch in seinem ganzen Verhalten widerspiegelt, Aggressionen, Verspannung, Depression.

Im Surrender wird dieser Kampf zwischen Wirklichkeit und Allmachtsgefühl losgelassen.

Das dicke Ich, der Trotz, wird entmachtet und die Wirklichkeit anerkannt. Das Ende des Kampfes ist Ruhe und innerer Friede. Wird das dicke Ich nicht aufgegeben, so kann es zwar auch zur vorübergehenden Trockenheit kommen, aber der Bürgerkrieg geht weiter. Man hat diesen Zustand mit dem Wort „Trockenrausch – Drydrunk Symptom“ genannt. Der Abhängige trinkt zwar nicht, aber sein altes Verhalten, sein innerer Kampf geht weiter.

Kommen wir noch einmal auf die Paradoxie dieses Weges zurück.

Wir sehen, dass gerade in der Anerkennung der Machtlosigkeit und der Schwäche die Stärke liegt. Indem ich meine Niederlage eingestehe, gewinne ich. Nicht in dem Sinn, dass ich nun den Alkohol kontrollieren kann. Das niemals mehr, aber in dem Sinn, dass ich ein zufriedenes und beglückendes

Leben führen kann, dass ich von einem Verlierer zu einem Gewinner werde. Dies aber nicht gerade durch Kampf, sondern indem ich aufgebe und kapituliere. Fritz Perls, der Begründer der Gestalttherapie, hat dies in einem anderen Zusammenhang einmal beschrieben. Er sagt in seinem Buch „Gestalttherapie in Aktion“: „Wir sind alle mit der Idee der Veränderung beschäftigt und die meisten gehen da heran, indem sie Programme machen. Sie wollen sich ändern:

„Ich sollte so sein“ usw. Was aber tatsächlich geschieht ist, dass die Idee einer vorsätzlichen Änderung niemals, nie und nimmer, funktioniert. Sobald man sagt: „Ich möchte mich ändern“, ein Programm aufstellt, wird eine Gegenkraft in einem erzeugt, die von der Veränderung abhält. Änderungen finden von selbst statt. Wenn man tiefer in sich hineingeht, in das, was man ist, wenn man annimmt, was da vorhanden ist, dann ereignet sich der Wandel von selbst. Das ist das Paradoxe des Wandens. Vielleicht kann ich das mit einem guten alten Sprichwort untermauern, das folgendes sagt: „Der Weg zur Hölle ist mit guten Vorsätzen gepflastert“ Sobald man eine Entscheidung fällt, sobald man sich ändern will, begibt man sich auf den Weg zur Hölle, weil man es nicht erreichen kann; und dann empfindet man sich als schlecht, man quält sich selbst und fängt an, das allseits bekannte Selbstquälereispielchen zu spielen, das bei den meisten Menschen unserer Zeit so beliebt ist. Sobald man ein Symptom bekämpft, wird es schlimmer, wenn man Verantwortung übernimmt, für das was man sich selber antut, dafür, wie man seine Symptome hervorbringt, wie man seine Krankheit hervorbringt, wie man sein ganzes Dasein hervorbringt, in dem Augenblick, in dem man mit sich selbst in Berührung kommt, beginnt das Wachstum, beginnt die Integration, die Sammlung“. Perls beschreibt hier genau den paradoxen Weg. Mit dem Willen, mit dem Planen, gelingt es dem Alkoholiker nicht, von seiner Abhängigkeit wegzukommen. Erst in der Annahme der Krankheit, in der Annahme meiner Abhängigkeit, kommt es zur Heilung. Indem ich kapituliere, Ja sage zu meiner

Krankheit, sie nicht mehr als einen Feind sehe, den ich bekämpfen muss, sondern als Stück meiner Persönlichkeit, werde ich zum Gewinner, zum Menschen mit neuem Leben. Lassen Sie mich das noch einmal theologisch kurz beschreiben:

Jesus sagte einmal: „Wer sein Leben hergibt, wird es gewinnen, wer aber sein Leben behalten will, wird es verlieren“. Das ist der paradoxe Weg. Wer von seinem hohen Ross herunterkommt, sein dickes Ich loslässt, der wird sich selber gewinnen. Wer aber droben bleiben will und der alte bleiben will, der wird sein Leben verlieren (vergleiche St. Martin, der von seinem Ross heruntersteigt und sich dem Bettler, das ist der Bettler in mir, zuwendet). Ein Symbol des paradoxen Weges ist das Kreuz. Hier wird der instinktive Weg durchkreuzt.

Leben kommt im Loslassen des eigenen Willens. Sie erinnern sich vielleicht an die Versuchungsgeschichte aus der Bibel, wo der Teufel Jesus auf einen Berg führt und ihn versucht. Ich habe den Eindruck, dass genau das der instinktive Weg ist. Der Teufel will Jesus zum instinktiven Weg, oder zum Weg des Eigenwillens, verführen. Jesus geht den anderen Weg - „Dein Wille geschehe“ ist der Weg des Kreuzes, aber es ist letztlich der Weg zum Leben. Ich bin immer wieder tief betroffen über die Weisheit der 12 Schritte der Anonymen Alkoholiker. Ich bin tief betroffen, wie Männer und Frauen eine Wahrheit herausgefunden haben, die offensichtlich eine Grundwahrheit des Lebens ist und praktisch in allen Religionen zum Tragen kommt. Ich persönlich habe eigentlich erst durch die Arbeit mit den Alkoholikern, besonders aber durch die Schritte verstanden, was eigentlich Kreuz bedeutet. Ich habe früher immer Kreuz als Leiden, Schmerz gesehen. Heute verstehe ich, dass Kreuz zwar auch Schmerz beinhaltet, aber nicht den Schmerz in sich, sondern dass es darum geht, von dem Eigenentwurf des Lebens, von dem falschen Lebensentwurf, von dem instinktiven Lebensentwurf, wegzukommen und dass das Ziel des Kreuzes Leben bedeutet.

2. Der paradoxe Weg spitzt sich im 3. Schritt nochmals zu. Im ersten Schritt gebe ich meine Machtlosigkeit zu, gebe ich meine Niederlage zu und im 3. Schritt entscheide ich mich, meinen Willen und mein Leben Gott, wie ich ihn verstehe, zu übergeben.

Was ist damit eigentlich gemeint?

Annahme von Hilfe

Gegenüber alten Einstellungen und Verhalten, die alle in die Richtung laufen, ich bin meine eigene höhere Macht, ich weiß auf alle Fragen die richtige Antwort muss ich mir klar werden, dass meine eigene Weisheit und Führung mich immer mehr in die Verliererposition gebracht haben, und dass es nur einen Weg daraus gibt, nämlich mich einer besseren und höheren Weisheit zu überlassen. Ich bin bereit, Hilfe von außen anzunehmen; diese Hilfe oder auch höhere Macht kann verschiedene Seiten haben:

1. Therapieprogramm
2. andere Menschen
3. transzendente Quellen

Loslassen der Kontrollhaltung

Das sich einer höheren Macht überlassen heißt zugleich Loslassen des eigenen Ich-gewollten Lebensentwurfes, Loslassen der Kontrollhaltung. Der nasse Alkoholiker lebt von der Illusion und dem Wunsch, alles zu kontrollieren, die Menschen um ihn herum, seine Gefühle, das Ergebnis seiner Handlungen. Der Alkoholiker hat zwar in einem Punkt die Kontrolle verloren, nämlich dem Alkohol gegenüber, im Übrigen ist er ein überkontrollierter Mensch. Auch den Weg zur Trockenheit möchte er kontrollieren und mit seinem Willen managen. Den paradoxen Weg einschlagen heißt, diese Kontrollhaltung loslassen. Anders ausgedrückt: Nicht nur seine Machtlosigkeit dem Alkohol gegenüber zugeben, sondern auch gegenüber Gebieten des Lebens. Die amerikanische AA umschreibt den 3. Schritt mit einem einfachen Slogan: „Let go – let god“.

Was muss ich nun im Einzelnen loslassen

Andere Menschen

Einer meiner wichtigsten Erkenntnisse als Therapeut war es, meine Machtlosigkeit anderen Menschen gegenüber zuzugeben. Ich war bitter enttäuscht, wenn einer meiner Patienten nach der Therapie rückfällig wurde. Ich sah dies als ein persönliches Versagen von meiner Seite. Heute weiß ich, ich bin machtlos über meine Patienten. Wenn diese sich entscheiden, nach der Therapie wieder zu trinken, kann ich überhaupt nichts machen. Ich werde alle meine Fähigkeiten einsetzen, um gute Therapie zu machen, aber darüber hinaus bin ich völlig machtlos. Diese Haltung macht mich ruhiger und freier. Ich komme mir nicht mehr als der große Retter vor, der die anderen heilt. Ich sehe meine Grenzen und mute dem anderen mehr zu. Loslassen der Kontrolle über den anderen heißt, dem anderen erlauben, das eigene Lied zu singen, den eigenen Weg zu gehen. Heißt auch, Vertrauen setzen in die Möglichkeiten des anderen.

Loslassen meiner Gefühle

Der nasse Alkoholiker führt einen verzweiferten Kampf, seine Gefühle zu kontrollieren. Durch Alkohol und Medikamente möchte er sich immer wieder wohl fühlen. Gerade dieser Kontrollversuch macht ihn aber zum Sklaven seiner Gefühle. Gebe ich meine Machtlosigkeit gegenüber meinen Gefühlen zu, also höre ich auf, sie zu kontrollieren, fange ich an, meine Gefühle anzunehmen, so wie sie eben in mir aufsteigen, ohne Abwehr und ohne Verdrängung, dann werden sie meine Freunde und beherrschen mich nicht mehr.

Ergebnisse meiner Handlungen

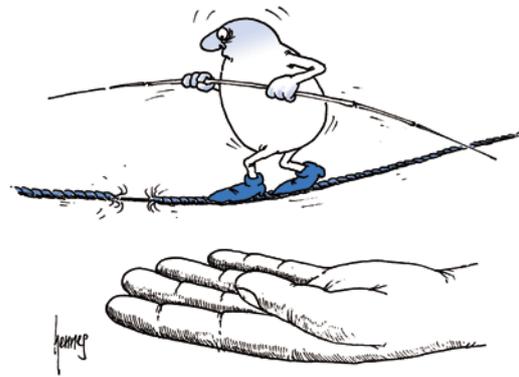
Auch gegenüber den Ergebnissen meiner Handlungen bin ich zu einem großen Teil machtlos. Ich kann mich um eine Stelle bewerben, ob ich diese dann bekomme, liegt nicht mehr in meiner Macht. Ich werde eine gute Bewerbung aufsetzen, ich werde mich selbst in einer positiven Weise darstellen und dann muss ich loslassen. Die Aufgabe der Kontrollhaltung macht es mir möglich, mich dem Leben anzuvertrauen anstatt es kontrollieren zu wollen. Im Ablegen der Kontrolle komme ich mir selbst, den anderen Menschen und auch Gott nahe. Ich lasse sie heran. Auf diese Weise werde ich fähig, mich dem Fluss des Lebens zu überlassen. Tiebout spricht vom „Surrender to life“. Das ist dann genau das Gegenteil vom instinktiven Weg. Bei diesem wird versucht, durch Kontrolle meiner Gefühle und der Menschen den Alkohol schließlich zu besiegen, zu kontrollieren. Im paradoxen Weg höre ich auf zu kontrollieren und werde daher fähig, ohne Alkohol zu leben. Die Aufgabe der Kontrolle macht die Kräfte frei, die sonst in einem hoffnungslosen Kampf gebunden sind. Zuletzt scheint es mir noch wichtig zu sagen, dass dieser Weg nicht nur ein Weg in ein Leben ohne Alkohol und Tabletten ist, sondern in ein zufriedenes, gelassenes und glückliches Leben. Tiebout beschreibt einen Menschen der surrendert, d.h. also der den paradoxen Weg geht mit folgenden Worten: „Er hat sein verkrampftes, aggressives und forderndes Ich, das sich isoliert und im Kampf mit der Umwelt fühlt, losgelassen und ist weit geöffnet gegenüber der Wirklichkeit des Lebens. Er kann zuhören und lernen, ohne gleich zurückzuschlagen. Er entwickelt ein Gefühl von Zugehörigkeit, das die Quelle eines inneren Friedens und einer inneren Gelassenheit ist. Wer surrendert, der kämpft nicht mehr länger gegen das Leben, sondern er nimmt es liebevoll an.“



Literatur

Winning by Losing / The Decision,
Hazelden 1975.

Harry M. Tiebout, *The ego factors in surrender in alcoholism*, Hazelden.



Loslassen – Gedanken zum Leben mit einem Abhängigen

Franz Strieder

Wer mit einem Alkohol- oder Tablettenabhängigen zusammenlebt oder mit ihm befreundet ist weiß, dass die Krankheit der Abhängigkeit die ganze Familie befällt. Es entsteht eine Wechselwirkung zwischen der Abhängigkeit des Abhängigen und den Angehörigen. Im Laufe unserer Überlegungen werden wir immer deutlicher erkennen, dass die Symptome des Abhängigen denen der übrigen Familie ziemlich ähnlich sind, z.B. Verleugnung. Der Abhängige verleugnet, dass er Alkoholiker ist, die Familie verleugnet dies ebenfalls. „Er trinkt eben etwas viel, aber Alkoholiker ist er doch nicht.“ Der Abhängige versucht, seinen Alkoholkonsum zu kontrollieren, die Familie versucht, den Abhängigen und sein Trinkverhalten zu kontrollieren.

Beide tun es ohne langfristigen Erfolg. Der Abhängige fühlt sich mies, schuldig und reagiert häufig aggressiv. Die Familie des Abhängigen fühlt sich genauso mies und schuldig, weil sie die Schuld bei sich sucht. Die Symptome sind fast austauschbar. Es ist eine Krankheit, welche die ganze Familie erfasst: Abhängigkeit.

Wenn wir im Folgenden von Abhängigkeit sprechen, meinen wir Alkohol-, Tabletten- und Drogenabhängigkeit. Es handelt sich hier um die gleiche Krankheit, nur die jeweils benutzte chemische Substanz ändert sich. Bei dem einen heißt sie Alkohol, bei dem anderen Tabletten oder harte Drogen. Unter Angehörigen verstehen wir alle Personen, die im engen Kontakt mit dem Abhängigen sind und an seinem Leben teilnehmen. Das kann die Familie im engeren Sinn sein, können aber auch Freunde, Verwandte oder Arbeitskollegen sein.

Die folgenden Überlegungen sind herausgewachsen aus der Arbeit mit Angehörigen in der Fachklinik Bad Tönisstein und in der Fachklinik Hazelden in Minnesota/ USA. Sie wollen dem Angehörigen

ein Stück Hoffnung vermitteln, Hoffnung, dass es einen Weg aus dem Teufelskreis heraus gibt, dass die Familie wieder gesunden kann und dass diese Gesundung nicht nur von der Tatsache abhängt, ob der Angehörige nicht mehr trinkt, sondern von der neuen Einstellung der Familie.

Der Holzweg

Bei den Angehörigenseminaren in Bad Tönisstein stellen wir den Teilnehmern öfters folgende Frage: „Auf welche Weise habe ich versucht, meinen abhängigen Angehörigen vom Trinken wegzubringen? Wie habe ich mich dabei gefühlt, wie erfolgreich bin ich bei meinen Aktionen gewesen?“ Darf ich Sie bitten, hier eine kleine Pause einzulegen, bevor Sie weiter lesen und diese Fragen für sich in aller Ruhe zu beantworten - Danke!

Wird ein Mitglied der Familie abhängig, so bemühen sich die anderen Mitglieder mit viel Anstrengung und Mühe, den Alkohol- und Tablettenkonsum des Abhängigen unter Kontrolle zu bringen. Dabei werden die verschiedensten Möglichkeiten gebraucht. Z. B. ausschütten des Alkohols, die Tabletten wegwerfen, verstecken des Alkohols, aufsuchen und aufspüren der verschiedenen Verstecke, mittrinken, bitten, versprechen, fordern, schimpfen, beschuldigen, drohen. Diese Versuche der Familie, den Alkoholismus eines Mitgliedes der Familie in den Griff zu bekommen, bestimmen immer mehr das gesamte Denken, Fühlen und Handeln der Familie. Immer neue Versuche werden unternommen, immer neue Hoffnungen geweckt, immer neue Enttäuschungen werden dabei erfahren. Der Abhängige wird mehr und mehr zur Mitte des Familienlebens. Die Gefühle, welche die Familienmitglieder bei diesen Versuchen erfassen, sind denen des Abhängigen sehr ähnlich.

Die Familie fühlt sich hilflos, schuldig, wertlos und frustriert. Hinzu kommt oft ein massiver Ärger und Wut. Der Erfolg bei all diesen Bemühungen ist auf die Dauer gesehen gleich Null.

Vielleicht gelingt es durch massive Drohungen oder andere Manipulationen, den Abhängigen für kurze Zeit zu einer Änderung seines Trinkverhaltens zu bewegen, aber nach kurzer Zeit ist alles wieder beim Alten. Damit beginnt das Spiel von Neuem: Kontrollversuche auf Seiten der Familie, Misserfolg und Gefühl von Traurigkeit, Enttäuschung, Ärger und Schuld. Bei diesen dauernden Misserfolgen ergibt sich nun die Frage: „Wieso versucht die Familie eigentlich immer wieder, den Abhängigen zu kontrollieren obwohl sie immer wieder Misserfolge erfährt? Warum gibt sie nicht einfach auf?“ Hier läuft ein ähnlicher Mechanismus ab wie beim Abhängigen. Der Abhängige macht seinerseits die Erfahrung, dass er unfähig ist, kontrolliert zu trinken. Diese Erfahrung macht er immer wieder. Auf der anderen Seite ist er so gefangen in seinem Abwehrdenken und Fühlen, dass er die Illusionäre Hoffnung hat, dass das nächste Mal seine Versuche, kontrolliert trinken zu können, gelingen. Natürlich gelingen sie nicht. Was ihn aber nicht zum Aufgeben seines illusionären Denkens und Fühlens führt, sondern zu einem neuen Versuch. Etwas Ähnliches geschieht bei den Angehörigen. Sie haben immer wieder die Erfahrung gemacht, dass sie ihrem Abhängigen durch ihre verschiedenartigen Versuche nicht helfen konnten. Verstandesmäßig ist ihnen auch klar, dass sie ihm nicht helfen können. Aber bei ihnen ist ein ähnliches Abwehrsystem wie beim Abhängigen vorhanden. Dieses Abwehrsystem lässt die Erkenntnis ihrer Machtlosigkeit nicht aufkommen. Auch sie bleiben in dem illusionären Hoffen hängen: „Das nächste Mal werden unsere Bemühungen Erfolg haben.“ „Wir müssen nur klüger oder sensibler vorgehen oder zu einem besseren Zeitpunkt mit dem Abhängigen sprechen.“ Natürlich geht es auch mit dem nächsten Mal schief, und die Angehörigen fühlen sich immer hilfloser und enttäuschter. Dies führt aber nicht zur Aufgabe ihrer Bemühungen, sondern zu einem neuen Versuch. Damit wird die Familie in ihrem Denken, Fühlen und Handeln immer mehr

von dem Abhängigen abhängig. Der Abhängige ist abhängig vom Alkohol bzw. von den Tabletten. Die Familie ist abhängig von dem Alkoholiker. Der Hauptgrund für diese Abhängigkeit der Familie liegt in dem dauernden Bemühen, den Abhängigen in seinem Trinkverhalten zu verändern. Die Familie will die Verantwortung für den Abhängigen übernehmen. Die Familie verhält sich so, als ob sie für den Abhängigen und sein Tun verantwortlich wäre. Sie behandelt den Abhängigen als ein kleines Kind, das für sich nicht mehr Verantwortung tragen kann. Das stimmt natürlich auf der einen Seite. Der Abhängige benimmt sich weitgehend unverantwortlich und wie ein Kind und lädt damit die Familie ein, für ihn die Verantwortung zu übernehmen. Auf der anderen Seite unterstützt die Familie durch die Übernahme der Verantwortung das Trinkverhalten des Abhängigen. Er hat keinen Grund aufzuhören, da die negativen Folgen seines Verhaltens weitgehend von der Familie ausgebügelt werden. z.B. die Ehefrau ruft am Montag im Geschäft an, dass der Ehemann Grippe hat, obwohl er an den Folgen seines Trinkens am Wochenende erkrankt ist und unfähig ist, zur Arbeit zu gehen. So paradox und ernüchternd es klingt, die Familie verlängert ungewollt das Trinken des Abhängigen durch ihre Tendenz, Verantwortung für den Abhängigen zu übernehmen. Das ist für viele Angehörige eine bestürzende und schmerzhaftes Erkenntnis, dass all ihr Einsatz und ihre Mühe das Gegenteil von dem bewirkt haben, was sie eigentlich wollten. Damit wären wir bei der Frage nach einer Lösung. Gibt es eine Lösung aus diesem Teufelskreis? In welcher Richtung könnte diese Lösung liegen?

Wege nach vorne

Wir sind bei unseren Überlegungen im ersten Teil häufig auf Parallelen im Verhalten und Fühlen von Abhängigen und Angehörigen gestoßen. Damit ist schon eine Richtung hin zur Lösung angezeigt. Anders ausgedrückt:

Nicht nur das Problem zeigt Parallelen, sondern auch die Lösung des Problems.

Zugeben der Machtlosigkeit

Am Beginn jeder Therapie für Alkoholiker liegt die Krankheitseinsicht. Dem Abhängigen wird zusehends klar, dass er alkoholkrank ist, d.h. dass er unfähig ist, zu bestimmen, wann und wie viel er trinkt.

Er ist machtlos gegenüber dem Alkohol. Dieses Eingeständnis der Niederlage ist die unverzichtbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Mit diesem Zugeben der Machtlosigkeit begibt sich der Abhängige aus dem Abwehrsystem der Verleugnung heraus und stellt sich der Wirklichkeit. Die illusionäre Hoffnung, nächstes Mal werde ich den Alkohol kontrollieren, bricht zusammen. Die Überzeugung bricht auf: „Ich werde niemals mehr kontrolliert trinken können.“

Versuchen Sie, diese Einsichten auf die Angehörigen zu übertragen. Auch Sie müssen zugeben, dass sie machtlos sind. Machtlos gegenüber dem Alkoholiker bzw. dem Tablettenabhängigen. Auch bei Ihnen ist es notwendig, dass Sie sich zu ihrer Niederlage bekennen, zu der Tatsache, dass alle Kontrollversuche fehlgeschlagen sind und immer fehlschlagen werden. Gegen dieses Zugeben der Niederlage und der Machtlosigkeit sträubt sich alles in uns. Wir wollen es nicht wahrhaben. Hierin gleicht der Angehörige dem Abhängigen sehr stark. Zugeben der Niederlage ist demütigend. Dennoch führt an dieser Einsicht kein Weg zur Gesundung der Familie vorbei.

Hier begegnet uns eine merkwürdige Paradoxie. So lange wir gegen die Abhängigkeit unseres Angehörigen kämpfen, bleiben wir in der Verliererposition. Wenn wir unsere Machtlosigkeit eingestehen, führt ein Weg aus der Verliererposition heraus. „Gewinnen durch Verlieren.“ So heißt ein kleines Buch über die Therapie von Alkoholikern in Hazelnden/USA. Genau dasselbe Motto können wir über die Therapie der Familie schreiben: „Gewinnen durch Verlieren.“ Auch wenn der Abhängige weiter trinkt, kann die Familie ihren Frieden gewinnen. Schauen wir das noch etwas genauer an.

Abschied von der Beschützerrolle

Bei der Therapie des Abhängigen genügt die Krankheitseinsicht alleine noch nicht. Er wird Entscheidungen fällen müssen, Entscheidungen zur Nüchternheit, Entscheidungen zur Veränderung, Entscheidung zur Aufgabe der Kontrollhaltung. Das Gleiche gilt auch für die Angehörigen. Einsicht in die Machtlosigkeit und Vergeblichkeit ihrer redlichen Bemühungen allein genügen nicht. Dies könnte auch zu Resignation und Verzweiflung führen. War das bisherige Verhalten der Angehörigen gezeichnet von Festhalten und Kontrolle, so ist das neue Ziel Loslassen, dem Abhängigen seine Verantwortung nicht mehr abnehmen, sondern sie ihm zumuten. Fangen wir also mit dem Loslassen der Beschützerrolle an.

Zunächst möchten wir sehr klar sagen, dass wir den Angehörigen in keiner Weise einen Vorwurf machen wollen, dass sie diese Beschützerrolle übernommen haben. Sie waren im guten Glauben, ihren Angehörigen zu helfen, sie haben viel Kraft, Zeit und Schmerz in diese Rolle investiert. Wichtig ist, dass Sie heute bereit sind, Abschied von dieser Beschützerrolle zu nehmen, dass Sie ihren Abhängigen loslassen und aufhören, für ihn die Verantwortung zu übernehmen.

Loslassen

Wahrscheinlich steigt jetzt eine Menge Widerstand in Ihnen hoch. Fragen wie etwa folgende: „Was wird aus dem Abhängigen, wenn ich mich nicht mehr um ihn kümmere?“ Vielleicht ist es auch die andere Frage: „Wenn ich loslasse, muss ich mich nicht dann von meinem Mann oder von meiner Frau trennen?“ Die letztere Frage macht deutlich, dass viele Angehörige hier nur ein Entweder-Oder sehen. Entweder sie spielen die Beschützerrolle, oder sie lassen sich scheiden. Das ist aber eine einseitige Sicht des Problems. Es gibt noch eine Menge Alternativen. Ich nenne eine: Ich gebe meine Beschützerrolle auf und behandle meinen Partner als selbstverantwortlichen Menschen. Dieser Weg kommt aus der Erkenntnis, dass ich andere Leute nicht ändern kann und dass meine Beschützerrolle zu keinem

bleibenden Erfolg geführt hat. Gerade nach Beendigung einer Therapie ist die Frage nach Trennung oder Scheidung verfrüht. Erst sollte der Versuch gemacht werden, bei dem jeder als selbstverantwortlicher Mensch lebt und nicht Verantwortung für den anderen übernimmt. Sollte dies auf die Dauer dann nicht möglich sein, kann dann immer noch eine Trennung oder Scheidung ins Auge gefasst werden. Viel wahrscheinlicher aber ist es, dass die Ehe auf die Basis der Selbständigkeit und Selbstverantwortung gestellt, besser gelingt als vorher. Natürlich ist das ein langer und oft mühsamer Weg, wie ja überhaupt Loslassen ein mühseliges Geschäft ist.

Die andere Frage war: „Was wird aus dem Abhängigen, wenn ich nicht mehr die Beschützerrolle spiele?“ Fragen wir uns aber zuerst, was ist aus ihm geworden, so lange wir diese Rolle gespielt haben - Nichts Gutes! Ist für den Abhängigen kein Beschützer mehr da, besteht gute Aussicht, dass er selbst diese Rolle übernimmt. Er fängt an, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen, da die anderen müde sind, es für ihn zu tun.

Der eigene Wachstumsprozess

Hat der Angehörige angefangen, seinen abhängigen Partner loszulassen, wird er fähig, für sich selbst etwas zu tun. Jahrelang, ja oft jahrzehntelang waren die Gedanken und Gefühle des Angehörigen besetzt mit der ängstlichen Sorge um den trinkenden Partner. Für sich selbst und seine eigene Reifung und sein eigenes emotionales Wachstum blieb wenig Zeit und Kraft. Will der Angehörige auf die Dauer gesund bleiben, muss er anfangen, für sich und sein Wachstum etwas zu tun. Ein guter Teil der Kraft, die in die Helferrolle geflossen ist, kann nun dem Wachstum der eigenen Persönlichkeit zugute kommen.

Konkret heißt das zunächst, dass der Angehörige aus seiner Isolation herauskommt und sich Freunde sucht. Alte Freundschaften, die durch den Alkoholismus des Partners eingefroren wurden, können erneuert werden, neue Freundschaften angeknüpft werden. Eine besondere Rolle spielt hier eine Sup-

port-Gruppe. Der Angehörige braucht neben einem Bekanntenkreis auch einen Kreis von Menschen, die unter dem gleichen Problem leiden wie er selbst. Eine solche Selbsthilfegruppe wäre etwa die Al-Anon Gruppe, eine Parallelgruppe zu den Anonymen Alkoholikern. Diese Gruppe ist ausschließlich für die Angehörigen von Alkoholikern gedacht. Diese können hier offen über ihre Probleme, ihre Gefühle und Frustrationen sprechen und an ihrem eigenen emotionalen Wachstum arbeiten. Daneben gibt es die örtlichen Selbsthilfegruppen des Blauen Kreuzes, der Guttempler und der Freundeskreise. Auch gehen die örtlichen Beratungsstellen häufig dazu über, eigene Gruppen für Angehörige einzurichten.

Der Angehörige hat lange Zeit seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse zurückgestellt. In diesem Stadium sollte er sich die Frage stellen: „Was möchte ich für mich tun?“ Die Antwort darauf mag für den einen der Besuch eines Konzertes oder eines Theaters bedeuten, für den anderen ein Abendkurs in Englisch, für den dritten die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit und vieles andere. Emotionales Wachstum kann in die Richtung einer tieferen Annahme seiner selbst gehen oder in Richtung eines besseren Umgangs mit Ärger und Frustration, oder in einer tieferen Erfahrung von Intimität und Partnerschaft. Noch einmal sei es gesagt, dieses Wachstum und diese Veränderung ist unabhängig von der Trockenheit des Partners. Auch, wenn der Alkoholiker sich entscheidet, wieder oder weiter zu trinken, kann der Angehörige aus dem Kreis der Abhängigkeit aussteigen, sich verändern und sich auf seine eigenen Füße stellen. Häufig wird die neue Einstellung und Haltung des Angehörigen aber auch eine Hilfe für den Alkoholiker sein, sich seinerseits auf seine eigenen Füße zu stellen und gemeinsam mit seinem Partner den Weg in die Nüchternheit, Zufriedenheit und Reife zu gehen.



Literatur

Free to Care von T Williams, Hazelden 1975

Hausordnung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir heißen Sie in unserem Hause herzlich willkommen.

Um das Zusammenleben aller Patienten möglichst angenehm zu gestalten und Sie in Ihrer Therapie zu unterstützen, bitten wir Sie, sich die folgenden Hausordnungsregeln sorgfältig durchzulesen und diese während Ihres Aufenthaltes in unserem Hause zu beachten.

Sie werden dabei allgemeine Regelungen finden, die sich auf das Zusammenleben und den Aufenthalt in unserem Gebäude beziehen; darüber hinaus werden Sie aber spezielle Regeln finden, die unser Therapieangebot der Entwöhnungsbehandlung inhaltlich unterstützen.

Alle Regeln sind Teil der für die Zusammenarbeit grundlegenden Therapievereinbarung.

Grundsätzliches

Alkohol, Medikamente, Drogen

Der Besitz, die Einnahme und die Weitergabe von Alkohol (auch von „alkoholfreiem“ Bier, Wein, Sekt etc.), Drogen sowie Medikamenten jeglicher Art sind nicht gestattet. Zu den Medikamenten gehören nach unserem Verständnis auch freiverkäufliche Arzneimittel. Die Einnahme von Medikamenten, die von Ärzten der Fachklinik verordnet werden, fällt grundsätzlich nicht unter diese Regelung.

Kontrolluntersuchungen können jederzeit durchgeführt werden. Routinekontrollen werden am Wochenende jeweils per Aushang bekannt gegeben und beinhalten die Verpflichtung auf Patientenseite, sich selbständig über entsprechende Termine zu informieren.

Wir erwarten, dass die beobachtete Einnahme oder Weitergabe von Suchtmitteln und Medikamenten unter Mitpatienten der Klinik gegenüber offen gelegt wird. Über solche Vorfälle sind die therapeutischen Mitarbeiter bzw. das Pflegepersonal zu unterrichten.

Aufnahmegruppe

Sie befinden sich zu Beginn Ihres Aufenthaltes ca. eine Woche in der Aufnahmegruppe. Für diese Zeit gelten besondere Regeln (Stationsordnung), die Ihnen dort mitgeteilt werden.

Beurlaubung

Eine Beurlaubung ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

Körperliche Gewalt

Die Androhung oder Anwendung körperlicher Gewalt wird nicht geduldet.

Finanzielle Probleme

Das Verleihen von Geld unter Mitpatienten ist nicht zulässig. Bei finanziellen Problemen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter der therapiebegleitenden Sozialarbeit.

Notfall

Bitte benachrichtigen Sie in Notfällen sofort die Aufnahmestation (Tel. 130). Beachten Sie bitte, dass sich in jedem Patientenzimmer und dessen Nasszelle ein Notfallknopf befindet, der die Aufnahmestation auf einen Notfall in Ihrem Zimmer aufmerksam macht. Beachten Sie darüber hinaus die entsprechenden Hinweise in Ihrem Zimmer.

Feuer

Offenes Feuer ist in allen Räumen strikt untersagt. Hierunter fällt auch Kerzenlicht. Im Fall eines Feueralarms ist das Gebäude zu verlassen und der Sammelpunkt an der Einfahrt zum Klinikgelände aufzusuchen.

Verschwiegenheit

Mit Antritt der Therapie verpflichten Sie sich, Informationen über Mitpatienten nicht an Dritte weiterzugeben.

Therapeutische Vorgaben

Anwesenheits-, Ausgangs- und Besuchszeiten

Aufnahmegruppe

Während der Aufnahmephase ist es nicht gestattet, das Klinikgelände zu verlassen. Auch besteht in der Aufnahmephase keine Möglichkeit, Besuch zu empfangen.

Stammgruppe

Anwesenheitspflicht besteht von 21:00 - 09:00 Uhr, während der Essensausgabezeiten (12:00 - 13:00 und 18:00 - 19:00 Uhr, am Wochenende 17:00 - 18:00 Uhr) sowie bei allen therapeutischen Veranstaltungen.

Unter Berücksichtigung der Anwesenheitszeiten können Sie zwischen 09:00 und 21:00 Uhr ohne Abmeldung das Klinikgelände verlassen. Bis einschließlich des ersten Wochenendes in der Stammgruppenphase ist der Ausgang außerhalb des Klinikgeländes nur in Begleitung von mindestens einem Mitpatienten, der seit mindestens einer Woche der eigenen Stammgruppe angehört, gestattet.

Die Erweiterung der Ausgangsregelung bzw. Befreiung von der Anwesenheitspflicht bedarf einer therapeutisch begründeten Ausnahmeregelung. Gemeinsame Essensbefreiungen im Rahmen gemeinsamer Aktivitäten der eigenen Stammgruppe sind aus Gründen der Förderung des Gruppenzusammenhaltes in Abstimmung mit dem zuständigen Gruppentherapeuten prinzipiell möglich.

Besucher können Sie in der Klinik ab dem zweiten Wochenende in der Stammgruppenphase an Samstagen von 10:00 - 21:00 Uhr und an Sonntagen von 09:00 - 17:00 Uhr empfangen. An Feiertagen gelten gesonderte Regelungen.

PKW, Motorräder u.ä.

Die Benutzung eigener PKW, Motorräder u.ä. Fahrzeuge ist während der Therapie nur an Samstagen, Sonn- und Feiertagen und freitags ab 15:00 Uhr sowie während Ihres Angehörigenseminars gestattet.

Nachtruhe

Die Nachtruhe (Aufenthalt auf dem Zimmer) beginnt um 22.30 Uhr und endet um 7.00 Uhr. Der Aufenthalt im Raucherbereich ist während der Nachtruhe ausdrücklich nicht gestattet; ebenso die Benutzung der Aufzüge.

Rauchen

Das Rauchen innerhalb der Gebäude, auf den Balkonen, auf dem Klinikgelände sowie auf dem Bürgersteig vor der Klinik ist nicht erlaubt; ausgenommen hiervon ist ein ausgewiesener Bereich. Für E-Zigaretten gelten dieselben Regeln; während der Nachtruhe sind E-Zigaretten auf der Aufnahmestation abzugeben.

Selbsthilfegruppen

Sie haben die Möglichkeit, zweimal in der Woche Veranstaltungen von Selbsthilfegruppen in unserem Haus zu besuchen. Die Teilnahme an vier dieser Veranstaltungen ist für Sie Pflicht.

Sexuelle Kontakte

Für die Dauer Ihres Aufenthaltes sind sexuelle Kontakte mit anderen Patienten wegen ihrer störenden Auswirkungen auf den Therapieprozess nicht erlaubt.

Smartphones

Während der Aufnahmephase ist Ihnen das Telefonieren nur in Ausnahmefällen nach Rücksprache mit den Therapeuten erlaubt. Im gesamten Behandlungszeitraum ist die Benutzung von Smartphones während aller therapeutischen Veranstaltungen und Mahlzeiten untersagt.

Therapie

Die Teilnahme an allen psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen, sporttherapeutischen und medizinischen Maßnahmen und Verordnungen ist verpflichtend. Eine Freistellung ist nur aus medizinischen oder therapeutischen Gründen möglich und muss vom zuständigen Arzt bzw. Gruppentherapeuten schriftlich genehmigt werden und dem therapeutischen Leiter der Maßnahme vorgelegt werden. Therapeutische und ärztliche Anweisungen sind verpflichtend.

Das Tragen von Sportkleidung, Trainingsanzügen etc. ist nur während der Sporttherapie erwünscht.

Organisatorische Vorgaben

Elektrische Geräte

Von Patienten dürfen außer Radio, Notebook, Fön, Rasierapparat und den hauseigenen Geräten keine elektrischen Geräte (z.B. Kaffeemaschine, Tauchsieder) benutzt werden. Die Benutzung eines hauseigenen Fernsehers ist gegen die Entrichtung einer Miete möglich.

Haftung

Für mitgebrachte Gegenstände übernimmt die Fachklinik keine Haftung. Sie können Geldbeträge und Wertgegenstände in Ihrem Zimmer im Tresor deponieren. Gegen Hinterlegung einer Kautions erhalten Sie Zimmer- und Tresorschlüssel.

Inventar

Alle Einrichtungen der Fachklinik sind pfleglich und sorgfältig zu behandeln. Bitte beachten Sie dabei auch die entsprechenden Regelungen für Schwimmbad, Gymnastikräume, Fitnessräume, Solarien etc.

Patientenzimmer

Die Patientenzimmer werden unsererseits regelmäßig gesäubert. Darüber hinaus ist jeder Patient für Sauberkeit und Ordnung in seinem Zimmer verantwortlich. Das Aufbewahren von Lebensmitteln, hauseigenem Geschirr und Besteck ist in Patientenzimmern nicht gestattet.

Die Zimmereinrichtungen dürfen nicht verändert, Zimmerwände und Türen nicht beklebt, beschriftet oder bemalt werden.

Während der Nachtruhe sind gegenseitige Besuche in den Zimmern nicht erlaubt.

Mahlzeiten

Das Mitbringen von Lebensmitteln in den Speisesaal und das Heraustragen von Lebensmitteln aus dem Speisesaal ist nicht gestattet.

Schwarzes Brett

Beachten Sie bitte die Mitteilungen am Schwarzen Brett. Hier finden Sie wichtige organisatorische Informationen sowie Sonderregelungen. Aushänge „von Patienten für Patienten“ sind möglich, müssen jedoch vom zuständigen Therapeuten gegengezeichnet sein.

Schwimmbad, Solarium, Sporträume, Kegelhahn

Diese Räumlichkeiten dürfen Sie, wenn therapeutische oder medizinische Gründe nicht dagegen sprechen, benutzen, sobald Sie in Ihrer Stammgruppe sind. Für die jeweiligen Räume gelten besondere Nutzungsregelungen je nach Aushang (z. B. Schwimmbad nur zu dritt).

Wäsche

Für Ihre Wäsche stehen Waschmaschinen und Trockengeräte zu bestimmten Zeiten zur Verfügung. Bitte hängen Sie keine Kleidungsstücke oder Wäsche auf dem Balkon auf.



Wir wünschen Ihnen einen guten Aufenthalt in unserem Haus und viel Erfolg für Ihre Therapie.

Literaturhinweise

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Borowiak, S.

Alk. Fast ein medizinisches Sachbuch

Eichborn-Verlag Frankfurt

Burmester, J.

**Schlucken und ducken · Medikamenten-
missbrauch bei Frauen und Kindern**

Neuland-Verlag Hamburg

Feuerlein, W./Dittmar, F.

Wenn Alkohol zum Problem wird

Trias-Verlag Stuttgart

Glaeske, G. u.a.

Nebenwirkung: Sucht

Medikamente, die abhängig machen

Kunstmann Antje-Verlag

Heckel, J.

Sich das Leben nehmen

Alkoholismus aus der Sicht eines Alkoholikers

A1-Verlag München

Lindenmeyer, J.

Lieber schlau als blau

**Informationen zur Entstehung und Behandlung
von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit**

Beltz-Verlag Weinheim

Küfner, H.

Die Zeit danach

**Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten für
Betroffene**

Nach Entwöhnungsbehandlungen und SHG

Röttger/Schneider-Verlag Hohengehren

Körkel, J.

Rückfall muss keine Katastrophe sein

Blaukreuz-Verlag Wuppertal

Poser, W. u.a.

**Ratgeber für Medikamentenabhängige und ihre
Angehörigen**

Lambertus-Verlag Freiburg

Schneider, R.

Die Suchtfibel

Röttger-Schneider-Verlag Hohengehren

Familie und Abhängigkeit

Kolitzus, H.

Die Liebe und der Suff...

Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie

Kösel-Verlag Kempten

Lambrou, Ursula

Familienkrankheit Alkoholismus

Im Sog der Abhängigkeit

Rowohlt-Verlag Hamburg

Kinder

Homeier, Schirin & Schrappe, Andreas

**Flaschenpost nach irgendwo: Ein Kinderfachbuch
für Kinder suchtkranker Eltern**

Mabuse Verlag

Zobel, M.

Wenn Eltern zu viel trinken

Psychiatrie-Verlag

Partnerschaft

Bach, G./ Wyden, P.

Streiten verbindet

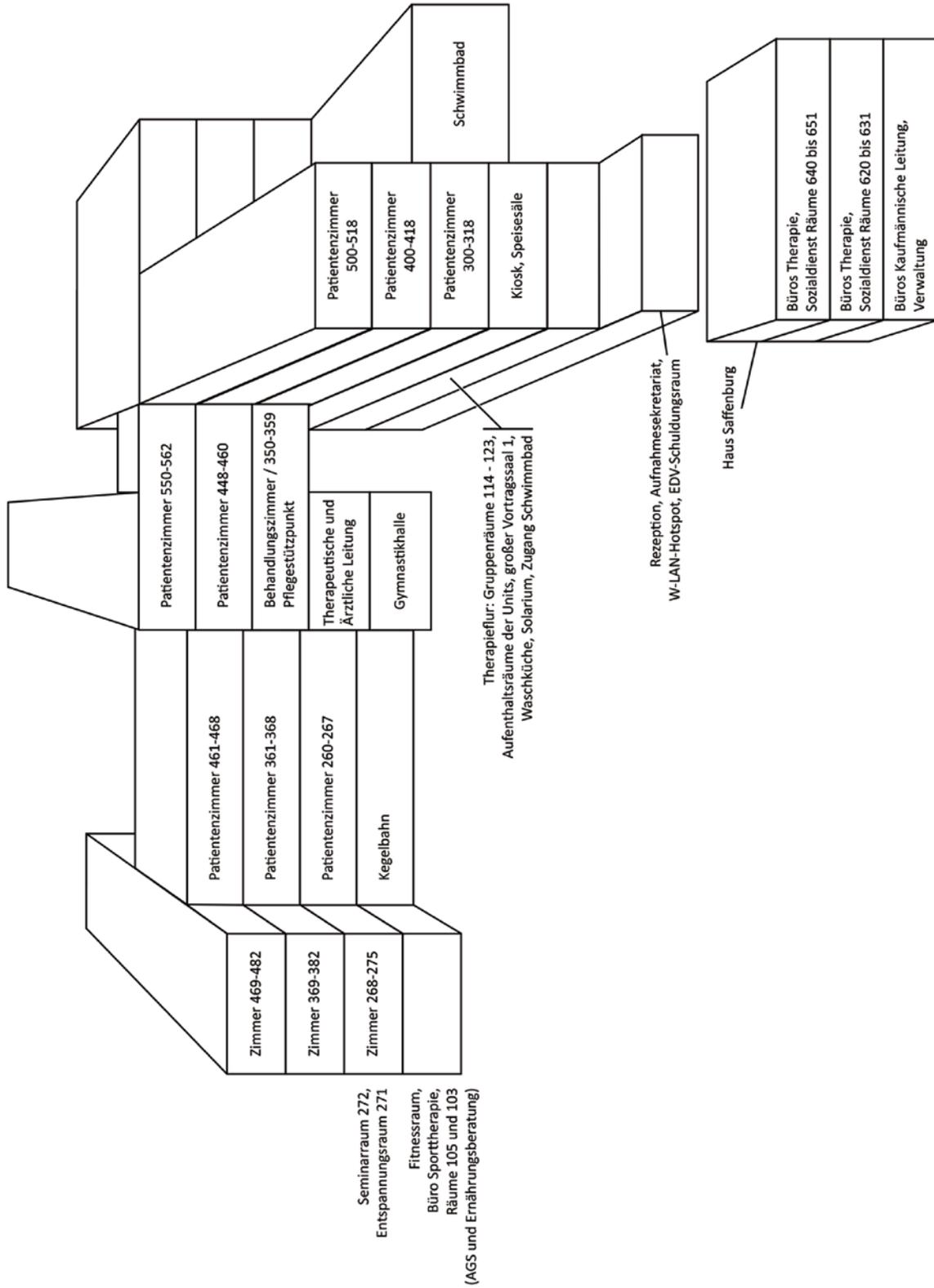
Fischer Taschenbuchverlag Frankfurt

Gordon, T.

Familienkonferenz

Heyne-Verlag München

MEDIAN Klinik Tönisstein



MEDIAN Klinik Tönisstein
Hochstraße 25
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Telefon +49 (0)2641 914-0
Telefax +49 (0)2641 914-201
toenisstein-kontakt@median-kliniken.de

www.median-kliniken.de