



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Interkulturelle Gesprächsanalytische Untersuchungen
zur Kommunikation und Terminologie der Co-
Abhängigkeit (Deutsch – Englisch)“

Verfasserin

Judit Bedleg

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, im September 2009

Studienzahl lt. Studienblatt:

A 325 381 342

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Dolmetscherausbildung

Betreuer:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Gerhard Budin

Meinen Eltern Katharina und Rudolf Bedleg

*“You do anything long enough to escape the habit of living
until the escape becomes the habit.”*

David Ryan

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	9
2. Abhängigkeit	11
2.1 Stoffgebundene Süchte vs. nicht stoffgebundene Süchte	12
2.1.1 Stoffgebundene Süchte	12
2.1.2 Nicht-stoffgebundene Süchte oder stoffungebundene Süchte	13
2.2 Physische vs. psychische Abhängigkeit	14
2.2.1 Physische Abhängigkeit	14
2.2.2 Psychische Abhängigkeit	14
2.3 Ursachen der Abhängigkeit	15
2.4 Behandlung	21
<i>Glossar zu 2.</i>	24
3. Geschichte und Entwicklung des Begriffs Co-Abhängigkeit	71
3.1 Anonyme Alkoholiker	71
3.1.1 Geschichte der Anonymen Alkoholiker	72
3.1.2 „Die 12 Schritte der Anonymen Alkoholiker“	72
3.1.2.1 Weitere 12 Schritte Gruppen	74
3.1.2.2 „12 Schritte-Kliniken“	75
3.1.3 Grundsätze, „Die Zwölf Traditionen“	76
3.1.4 Erfolge	78
3.1.5 Kritik	78
3.2 Al-Anon und Alateen	80
3.2.1 Entstehung	80
3.2.2 Grundsätze	80
3.3 Enabler	81
3.4 Helfersyndrom	83
4. Definitionen von Co-Abhängigkeit	84
4.1 Standpunkt der WHO	84
4.2 ICD-10	86

4.3	DSM-IV	87
4.4	Kritik	88
4.5	Angehörige im Umfeld von Abhängigen	89
4.6	Als Krankheitsbild ohne Suchtkranken im Umfeld	94
4.7	Frauen und Co-Abhängigkeit	95
	<i>Glossar zu 4.</i>	98
5.	Ursachen	106
5.1	Suchtkrankheit eines Familienmitglieds	106
5.2	Vorgeschichte: Dysfunktionale Familie	107
	<i>Glossar zu 5.</i>	108
6.	Behandlung	112
	<i>Glossar zu 6.</i>	114
7.	Resümee	119
8.	Anhang	121
8.1	Verwendete Abkürzungen	121
8.2	Verzeichnis der Glossareinträge	122
8.3	Literaturverzeichnis	125
8.3.1	Fachliteratur	125
8.3.2	Nachschlagewerke	126
8.3.3	Internetquellen	126
8.3.4	Sonstige Quellen	131
8.4	Abstract	133
8.5	Lebenslauf	134

1. Einleitung

Abhängigkeitserkrankungen sind nach wie vor ein Tabuthema, wird doch die Sucht noch immer von weiten Teilen der Gesellschaft nicht als Krankheit, sondern viel eher als Ausdruck eines defizitären Charakters, als Willensschwäche und Fehlen von Disziplin betrachtet.

Die Sucht des Einzelnen beeinträchtigt das Leben nahestehender Menschen mitunter stark: Einerseits weisen die Angehörigen, die sich oftmals mit einer selbstaufgelegten Wahrung des Tabus betraut sehen, in vielen Fällen Verhaltensweisen und Symptome auf, die in ihrer Ausprägung ebenfalls als pathologisch zu werten sind, andererseits hat die große Belastung, unter der Familienmitglieder von Suchtkranken stehen, wiederum gesundheitliche Folgen – Menschen im familiären Umfeld von Abhängigen leiden überdurchschnittlich oft unter Burnout, Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und einer Vielzahl psychosomatischer Erkrankungen - nicht selten stirbt der Angehörige noch vor dem ‚eigentlich‘ Kranken in der Familie oder Beziehung, dem „Süchtigen“.

Um die erwähnten Verhaltensweisen zusammenzufassen, wurde der Begriff „Co-Abhängigkeit“ geprägt: Da sie ihre Aufmerksamkeit auf den Süchtigen richten, haben Co-Abhängige oft kein Krankheitsbewusstsein und sind trotz großem Leidensdruck nur selten zu einer Therapie zu bewegen. Obwohl in den vergangenen Jahrzehnten die Folgen der Sucht für die Angehörigen von Süchtigen allmählich in das Blickfeld der Gesellschaft rücken, erklärt dies zumindest zum Teil, warum Co-Abhängigkeit noch immer vergleichsweise wenig thematisiert wird.

Auch Fachleute tun sich schwer mit den Angehörigen. Für die Suchtbehandlung sind sie oft nur von Interesse, weil die „unbehandelte“ Familie des Abhängigen, durch ihre Unterstützung der Sucht einen Rückfall wahrscheinlicher macht. Zahllose Ratgeber thematisieren zwar Co-Abhängigkeit, die AutorInnen sind jedoch nicht selten Laien, die ihre eigenen Erfahrungen im Zusammenleben mit einem Suchtkranken niedergeschrieben haben, von einer wissenschaftlichen Behandlung des Themas kann hier also keine Rede sein – auch in den gängigen Diagnosesystemen bleibt Co-Abhängigkeit unerwähnt. So drängt sich die Frage auf, ob es sich hierbei etwa nur um eine modische Erscheinung handelt, um einen Begriff, den Selbsthilfegruppen aufgebracht haben und der zwar den Nerv der Zeit getroffen hat, der jedoch auch jeglicher wissenschaftlicher Grundlage entbehrt.

Mit dem Schwerpunkt auf den psychischen Implikationen und der gesellschaftlichen Einbettung von Abhängigkeiten, untersucht die vorliegende Diplomarbeit die historische Entwicklung von Begriffen des Bereichs Abhängigkeit / Co-Abhängigkeit und diskutiert Überschneidungen und Unterschiede verschiedener Auffassungen, die durch Gegenüberstellung der Ratgeber- und Fachliteratur verdeutlicht werden.

Da der deutschsprachige Raum in der Suchtbehandlung stark von den USA geprägt ist, wurden die für das Thema wesentlichen Begriffe, welche in den ergänzenden Glossaren zu finden sind, in den Sprachen Deutsch und Englisch erarbeitet; als Referenz wurden das ICD-10 sowie das DSM-IV gewählt, da diese beiden Klassifikationssysteme von Psychologen, Psychotherapeuten und Neurologen sowohl im deutschsprachigen als auch im angelsächsischen Raum als Standardwerke für die diagnostische Verschlüsselung psychologischer Störungen herangezogen werden.

Eine der häufigsten, wenn nicht *die* häufigste stoffgebundene Sucht in unserer Gesellschaft, ist die Alkoholabhängigkeit, deshalb konnten vor allem in diesem Bereich wichtige Erkenntnisse über das Thema Sucht sowie über ihre Implikationen gewonnen werden. Im Bereich der Abhängigkeit liegt der Fokus deshalb auf dem Alkoholismus, jedoch ist der Begriff in den meisten Fällen austauschbar und steht, wenn nicht anders erwähnt, als Synonym für Suchtkrankheiten im Allgemeinen.

Anliegen dieser Diplomarbeit ist es, einen kleinen Beitrag dazu leisten, das in den meisten Fällen für Außenstehende nicht sichtbare Leiden der Angehörigen Suchtkranker zu thematisieren und das hierzulande noch immer wenig diskutierte Thema „Co-Abhängigkeit“ in das Blickfeld der Aufmerksamkeit zu rücken; dabei stellt sie für den Übersetzer und Dolmetscher ein ebenso nützliches Hilfsmittel wie für den interessierten Laien dar, der sich einen Überblick über das Sujet Abhängigkeit verschaffen will.

2. Abhängigkeit

„Auch der abhängige Mensch lebt nicht allein und unverbunden. Ein großes Problem besteht darin, dass sich seine Erkrankung innerhalb eines Beziehungsnetzes entwickelt und da, wo sie schließlich manifest wird, durch dieses Netz auch erhalten wird.“ (Berke 1999:59)

Da nach den meisten Definitionen Co-Abhängigkeit in Wechselwirkung mit der Abhängigkeit, ob stoffgebunden oder nicht (s. 2.1.), eines nahestehenden Menschen besteht bzw. entsteht, ist die Beschäftigung mit Suchtkrankheiten zum näheren Verständnis der Co-Abhängigkeit unabdingbar.

Darüberhinaus gilt vieles, das über Abhängigkeit geschrieben oder gesagt wird, nach Ansicht mancher Fachleute ebenso für die Co-Abhängigkeit. So können gewisse Mechanismen, sowohl was Entstehung und Symptomatik als auch, was ihre Behandlung betrifft, auf diese spezielle Art der Abhängigkeit übertragen werden.

Der Begriff „Abhängigkeit“ bzw. „Abhängigkeitssyndrom“ der seit 1964 bei der WHO „Sucht“ ersetzt, ist nicht unumstritten. Kritisiert wird, dass „Abhängigkeit“ („dependence“) ein Euphemismus für „Sucht“ („addiction“) sei, der gebraucht werde, um in der Schmerztherapie abhängige Patienten von einer sozialen Stigmatisierung auszunehmen, unter der „Süchtige“ mit unkontrolliertem „Craving“ zu leiden haben.

Kritisiert wird jedoch in erster Linie die Tatsache, dass der Gebrauch beider Termini selbst bei Fachleuten zu Verwirrung führe und darüber hinaus bei Schmerzpatienten ob des sozialen Stigmas Süchtiger, Bedenken gegenüber der Schmerztherapie und in Folge der Abhängigkeit schüre, wie sie beispielsweise bei der Gabe von Morphinum entstehen kann.

(vgl. The American Journal of Psychiatry - <http://ajp.psychiatryonline.org>)

Es ist unbestreitbar, dass eine ‚unkontrollierte‘ Abhängigkeit, wie sie im klassischen Fall des ‚Drogensüchtigen‘ besteht, eine ganz andere Problematik mit sich bringt – sozialer Abstieg, Beschaffungskriminalität, Folgen der Sucht für die Angehörigen etc., um nur einige wenige Schlagworte zu nennen. Hier besteht also ein klarer Unterschied zum medizinischen, kontrollierten Gebrauch.

Wenn jedoch Abhängigkeit prinzipiell als Krankheit gesehen wird/würde, sollte bei der Wahl der Bezeichnung insofern keine bewusste Unterscheidung zwischen etwa einem Heroinabhängigen und einem Krebspatienten in Morphinumbehandlung gemacht werden, als dass der eine, positiv besetzte Begriff, für „tatsächlich kranke“ Schmerzpatienten reserviert, und der andere Begriff, der negative Assoziationen hervorruft, „Junkies“ vorbehalten bleibt.

Wie bereits im Vorwort erwähnt, ist im Folgenden häufiger von Alkohol, als von anderen Substanzen die Rede. Einerseits, weil Alkoholismus in unserer Gesellschaft eine der am weitesten verbreiteten Abhängigkeiten ist und deshalb viele Beobachtungen, die auf andere Süchte übertragbar sind, am Beispiel der Alkoholabhängigkeit gewonnen wurden. Andererseits jedoch gilt nachfolgend manches ausschließlich für Alkohol, da eben durch die Tradition ihres Konsums in unserer Gesellschaft, diese Substanz eine ‚Vorrangstellung‘ einnimmt.

2.1 Stoffgebundene Süchte vs. nicht stoffgebundene Süchte

„Der Begriff Sucht“ hat im Laufe der letzten Jahrzehnte „eine ständige Ausweitung erfahren“, so lassen sich die unterschiedlichen Arten von Abhängigkeit zunächst in stoffgebundene Süchte, also die Substanzabhängigkeit, und in nicht-stoffgebundene oder stoffungebundene Süchte, oder auch „Verhaltenssüchte“, unterteilen. (vgl. Van Treeck 2004:563)

2.1.1 Stoffgebundene Süchte

„Stoffgebundene S.“ [Süchte] „sind an die Zufuhr von Suchtmittel wie Alkohol, Medikamente oder illegale Drogen gebunden. Dieser Begriff dient auch der Abgrenzung gegenüber Suchtformen, die ohne den Konsum einer psychotropen Substanz gelebt werden“. (Stimmer 2000:565)

Die regelmäßige Einnahme einer „psychotropen“, d. h. einer das Gehirn beeinflussenden Substanz beeinflusst das Gleichgewicht der Botenstoffe im Gehirn und kann so nicht nur zur erwähnten Beeinträchtigung der Tätigkeit des Gehirns führen, sondern auch zur Gewöhnung (oder auch „Toleranzerhöhung“ - WHO): Mit Fortdauer des Konsums muss der Konsument, um eine gleichbleibend intensive Wirkung hervorzurufen, demnach die Dosis steigern.

Beim Konsum von Drogen über längere Zeit hinweg „entwickelt sich eine Art ‚Suchtgedächtnis‘. Im Zentrum der neuen neurobiologischen Theorien zur Sucht steht das ‚Belohnungssystem‘ des Gehirns“ [...] „Im Belohnungszentrum wird der Rauschzustand emotional bewertet. Dabei werden positive Erinnerungen, die mit der ersten Drogenerfahrung assoziiert sind, zu potenziellen Auslösern für die nächste Drogeneinnahme. Das Suchtgedächtnis bleibt zudem auch über längere Abstinenzphasen erhalten“. (Gross 2003:17)

Das Absetzen der Substanz kann zu einem ‚Entzugssyndrom‘ führen, das durch Nervosität, Unruhe, Störungen der Herz-Kreislauffunktionen, Krampfanfälle oder sogar Delir gekennzeichnet sein kann. (vgl. van Treeck 2004:207 f.)

Die WHO setzt das „Abhängigkeitssyndrom“ mit der stoffgebundenen Sucht gleich – dies wird deutlich, wenn man beachtet, dass das Abhängigkeitssyndrom über das ‚Einnehmen‘ von ‚Substanzen‘ definiert wird, im Gegensatz zur exzessiven Ausübung von Verhaltensweisen in etwa, wie es bei stoffungebundenen Süchten der Fall ist:

„Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.“ (ICD-10-GM, Version 2009, unter „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“, F10-F19)

„Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.“ (ebd.)

2.1.2 Nicht-stoffgebundene Süchte oder stoffungebundene Süchte

Bisher wurde die Abhängigkeit von Substanzen erläutert. Eine Sucht kann jedoch auch bestehen, wenn kein Rauschmittel konsumiert wird: „Jede Leidenschaft kann süchtig entarten.“ sagte der Psychoanalytiker Victor-Emil von Gebattel. Wovon ist dieses „süchtige Entarten“ gekennzeichnet?

„Bei der nicht stoffgebundenen Sucht, den Verhaltenssüchten, werden keine psychotropen – also anregend oder dämpfend auf die Psyche einwirkenden – Substanzen von außen zugeführt oder eingenommen: die psychotrope Wirkung stellt sich durch körpereigene biochemische Veränderungen ein, die durch bestimmte exzessive belohnende Verhaltensweisen ausgelöst werden. Gemeinsames Merkmal der Verhaltenssüchte ist dabei die exzessive Durchführung des Verhaltens, also weit über das normale Maß hinaus.“ (Allgemeine Hospitalsgesellschaft - www.ahg.de)

Zu diesen Süchten können, wenn ‚exzessiv durchgeführt‘, Tätigkeiten wie Essen, Arbeiten, Computerspiele, das Surfen im Internet, Sex und das Spielen (Glücksspiel) werden, wobei nur letztere Eingang in das ICD-10 gefunden hat.

Sonstige Verhaltenssüchte verbergen sich, wie es auch im Falle der Co-Abhängigkeit ist, also hinter einer anderweitigen Diagnose, was keineswegs bedeutet, dass sie nicht existent sind.

2.2 Physische vs. psychische Abhängigkeit

Neben der Unterteilung in stoffgebundene und stoffungebundene Süchte ist häufig von der physischen und der psychischen Abhängigkeit die Rede. Obwohl beide oft Hand in Hand gehen, kann festgestellt werden, dass eine physische Abhängigkeit vor allem bzw. nur im Falle einer stoffgebundenen Sucht, also einer Substanzabhängigkeit besteht, während bei stoffungebundenen Süchten ausschließlich die psychische Abhängigkeit zum Tragen kommt; dennoch sind die bei einer Substanzabhängigkeit ablaufenden Prozesse im Gehirn („Suchtgedächtnis“, „Belohnungszentrum“) auch bei stoffungebundenen Süchten zu beobachten.

2.2.1 Physische Abhängigkeit

Anzeichen einer physischen Abhängigkeit sind zunächst:

- die Entwicklung einer „Toleranz“, durch Gewöhnung an eine Substanz. (s. a. 2.1. „stoffgebundene Süchte“), was eine allmähliche Steigerung der Dosis nach sich zieht.
- Wird die Substanz abgesetzt, kommt es zu körperlichen Entzugssymptomen, die je nach Substanz, mehr oder minder schwer ausfallen können. Hierzu zählen Gereiztheit, Unruhe, Angstzustände ebenso wie Schüttelfrost, Krämpfe oder Delir. Ohne ärztliche Aufsicht kann ein Entzug mitunter zum Tod führen.
- Die Substanz wird konsumiert, um erwähnte Entzugssymptome zu vermeiden.

2.2.2 Psychische Abhängigkeit

Der psychische Aspekt einer Abhängigkeitserkrankungen äußert sich in verminderter Kontrolle über das eigene Suchtverhalten („Kontrollverlust“).

Kennzeichnend für die psychische Abhängigkeit sind:

- Der Drang oder das starke Verlangen nach dem Konsum eines Suchtmittels
- Konsum, zur Erlangung eines Lustgefühls bzw. Vermeidung unangenehmer Empfindungen
- Kontrollverlust: verminderte Kontrolle über Ausmaß und Häufigkeit des Konsums
- Sonstige Aktivitäten und Interessen werden vernachlässigt bzw. der Alltag wird vermehrt auf Möglichkeiten zum Konsum ausgerichtet; schwindendes soziales, familiäres und berufliches Interesse; Vernachlässigung der eigenen Person
- Fortdauer des Konsums trotz schädlicher Auswirkungen

(vgl. WHO - www.who.int; Federspiel/Lackinger Karger 1996:87 f.)

Gemeinhin wird angenommen, dass die psychische Abhängigkeit schwerer zu behandeln ist, als die physische.

2.3 Ursachen der Abhängigkeit

Wie es bei den meisten psychischen Erkrankungen der Fall ist, handelt es sich auch bei der Abhängigkeit oder „Suchtkrankheit“ um „ein multifaktoriell bedingtes Geschehen“. (Berke 1999:19)

Darüber, dass nicht ein einziger Faktor zur Entstehung des „Abhängigkeitssyndroms“ führt, sind sich die Experten einig, auch wenn bei den Fachleuten eventuell keine völlige Einigkeit darüber besteht, welcher Faktor wie schwer gewichtet werden sollte.

Die am häufigsten genannten Faktoren sollen nachfolgend erläutert werden:

- Vererbung

Die Tatsache, dass „Suchterkrankungen in manchen Familien gehäuft auftreten“ ist an sich noch kein Beweis, höchstens Indiz für eine vererbte Neigung zur Sucht, bedenkt man, dass

auch Verhaltensweisen, wie der „krankhafte“ oder krankmachende Umgang mit Substanzen, z. B. mit Alkohol, oder das Fehlen eines gesunden Umgangs mit Konflikten, Problemen etc. von Eltern an Kinder weitergegeben werden, indem letztere das Verhalten ihrer Eltern verinnerlichen.

(Karl Mann - <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,91736,00.html>)

Es kann ein Trend dahingehend festgestellt werden, dass sich der Ehrgeiz der Forscher auf das Finden einer genetischen Disposition konzentriert, und immer wieder gibt es in den Medien Meldungen, die verkünden, dass ‚das Suchtgen‘ nun gefunden wurde, wobei in Wahrheit selbst hier wiederum ein Zusammenspiel verschiedener genetischer Konstellationen angenommen wird.

Wichtige Erkenntnisse, die durch das Auswerten von „Zwillings- und Adoptionsstudien“ gewonnen wurden, sind nicht von der Hand zu weisen: Kinder „alkoholkranker Eltern“, die später in „Nichtalkoholiker-Familien“ aufwuchsen, erkrankten im Vergleich zu anderen Adoptivkindern dennoch viermal häufiger an Alkoholismus. So meint der Mannheimer Suchtforscher Karl Mann: "Mehrere Studien sind zu dem Ergebnis gekommen, dass Alkoholabhängigkeit zu etwa 50 bis 60 Prozent genetisch determiniert ist" und fügt hinzu:

„Persönlichkeit und soziale Schicht spielen aber bei der Suchtentstehung *keine* Rolle“. (ebd.) Diese Aussage -inwieweit sie als seriös zu betrachten ist, sei dahingestellt- untermauert die Uneinigkeit der Experten, deren Großteil noch immer der Ansicht ist, dass andere Faktoren als die Vererbung nicht nur eine Rolle, sondern sogar die Hauptrolle spielen.

Ein Forscher kann natürlich immer nur eine Aussage über sein Forschungsfeld und den von ihm verfolgten Ansatz machen, es mag daher auch für ihn als Einzelnen schwer abzuwägen sein, wie wichtig andere, nicht von ihm untersuchte Faktoren, die außerhalb des Bereichs seiner Disziplin liegen, nun eigentlich sind.

Fachleute aus anderen Bereichen, wie etwa dem der Psychotherapie, merken beispielsweise an: Ein „genetischer Einfluss ist zwingend anzunehmen“, wobei darauf hingewiesen wird, dass, wie bereits erwähnt, „die Suche nach *dem* Suchtgen irreführend“ ist. (Henry Vorpagel - www.psychotherapie-vorpagel.eu)

Es bleibt abzuwarten, zu welchem Schluss künftige Forschungen kommen werden.

- Kindheit/Jugend

Suchtkrankheiten treten oft in Begleitung anderer psychischer Erkrankungen auf oder können teilweise sogar als eine Folge dieser angesehen werden, wobei nicht immer ein kausaler Zusammenhang besteht und umgekehrt, Drogen o. ä. bei entsprechender Veranlagung auch psychische Erkrankungen auslösen oder zumindest verschlimmern können.

Eine posttraumatische Belastungsstörung beispielsweise, die sich aufgrund eines traumatischen Erlebnisses in der Kindheit entwickelt hat, kann den Betroffenen im Erwachsenenalter zwar anfälliger gegenüber Suchtkrankheiten machen, dies muss aber nicht der Fall sein.

Werner Gross weist auf den psychoanalytischen Ansatz hin, wonach eine „orale Gier“ bei Abhängigen vorherrschend sei. „Danach schreit - verursacht durch eine Vernachlässigung als Säugling und Kleinkind – der spätere Erwachsene nach ‚immer mehr‘ ohne dass der Süchtige wirklich etwas davon hat“. [...] „Als Zweites wird von Psychoanalytikern ein narzisstisches Defizit, entstanden in der frühkindlichen Phase, angenommen. Dieses Gefühl der inneren Leere, der Bedeutungslosigkeit und Selbstverachtung soll durch das süchtige Verhalten betäubt werden“. (Gross 2003:258)

Sylvia Berke relativiert dies, indem sie darauf aufmerksam macht, dass Fachleute bei Suchtkranken vor allem nach „Störungen in der frühkindlichen Entwicklung“ wie „Traumatisierungen, Defizite“ etc. suchten, die sie für „die wichtigste Ursache der Suchtentwicklung“ hielten. „Leider wurden die Therapeuten bei einem doch recht ansehnlichen Teil ihrer Patienten trotz allen Bemühens nicht fündig, sondern trafen auf mehr oder weniger ‚normale‘ Kindheitsgeschichten.“ (Berke 1999:20)

„Auch die Bezugsgruppe von Gleichaltrigen, deren Normen man übernimmt“, sogenannte ‚Peer-Groups‘, beeinflussen das Verhalten junger Menschen nicht zuletzt in Bezug auf Drogen stark. „Wenn in diesen Peer-Groups der süchtige Umgang mit Drogen als positiv angesehen wird bzw. süchtige Verhaltensweisen (z. B. Automaten Spiele, Peepshow-Besuche) als erstrebenswert dargestellt werden, beeinflusst das mitunter die Suchtkarriere.“ (Gross 2003:258 f.)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Kindheit bei der späteren Entstehung von Suchterkrankungen maßgeblich beteiligt ist, nicht zuletzt deshalb, weil der Umgang in der Familie beispielsweise mit Alkohol, dem Kind gewisse Wertvorstellungen vermittelt und es so bestimmte Verhaltensmuster erlernt. Dies gilt jedoch hauptsächlich für die „Volksdroge Alkohol“ und weniger für den Konsum von Opiaten o.a., schlicht und einfach, weil dem Genuss von Heroin, nicht nur seltener überhaupt, sondern vor allem seltener offen im familiären Kreis gefrönt wird und es so kaum zu einem von Kindheit an erlernten Umgang mit dieser Droge kommen kann.

- Familie

Die Familie wirkt sich auf die einzelnen Mitglieder jedoch nicht nur insofern prägend aus, als dass die Eltern beispielsweise dem Kind durch Vormachen den Genuss von Alkohol ‚beibringen‘.

„Wenn Menschen in ihrer Familie nicht lernen, unabhängig zu werden und Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen, kann das zu einer süchtigen Entwicklung führen. Vor allem lerntheoretisch orientierte Psychologen sprechen von dem ‚Einfluss der in der Familie gelernten ‚Konfliktlösemechanismen‘ für Probleme. Wenn von den Eltern mit ausweichenden suchtähnlichen Verhaltensweisen Probleme gelöst werden, gleichgültig ob es sich um Alkoholkonsum oder um Flucht ins Essen oder in Arbeit handelt, übernehmen Kinder – unabhängig vom Suchtmittel – die Suchtstrukturen durch ‚Modell-Lernen‘.“ (Gross 2003:258)

Hierbei können auch Verhaltensweisen, die nicht den Konsum gewisser Substanzen involvieren, die also komplett von einer Suchtproblematik losgelöst scheinen, wie die Flucht in Arbeit, die Unfähigkeit, Verantwortung zu übernehmen etc., eine Rolle spielen. Werner Gross nennt derartige Verhaltensweisen ‚ausweichend‘ und ‚suchtähnlich‘.

Wenn der konstruktive Umgang mit Konflikten und Problemen in der Familie nicht erlernt wurde, kann dies also später ebenfalls das Erkranken an einem Abhängigkeitssyndrom fördern:

Es „ist bedeutsam, wenn ein Kind von seinem Vater (oder von seiner Mutter) nicht gelernt hat, Probleme in der richtigen Form zu bewältigen.“ (Feuerlein/Dittmar/Soyka 1999:81)

- Gesellschaft, sonstiges Umfeld

Nicht nur die Familie, auch die Gesellschaft hat Anteil am Umgang des Individuums mit Suchtstoffen.

„Eine große Rolle als Konsumvorbilder spielen Personen, die ganz allgemein als Leitbilder und ‚Meinungsführer‘ wirken. Sie gibt es in den Massenmedien“ [...] „genauso wie in kleineren Kreisen“ [...]. „Ihr Verhalten wird von vielen Menschen bewußt oder unbewußt übernommen. Dies gilt auch für ihr Konsumverhalten hinsichtlich Alkohol und Tabak.“ (Feuerlein et al. 1999:84)

Von zahlreichen Prominenten, die auch Vorbildfunktion haben, weiß man, dass sie schon mit der Abhängigkeit zu kämpfen hatten. Einige kokettieren auch mit ihrer Sucht, wie Amy Winehouse („Rehab“) und Pete Doherty – da ist die Sucht untrennbar mit dem Image verbunden. In Österreich und „Deutschland fehlen, im Gegensatz zu anderen Ländern, im übrigen prominente Personen, die sich offen als ‚trockene Alkoholiker präsentieren‘ und über ihre Therapieerfahrungen berichten. Solche für Abhängige positiven Leitbilder sind leider ausgesprochen selten.“ (ebd.)

Dem Alkohol kommt, was gesellschaftliche Wertvorstellungen betrifft, wieder eine besondere Bedeutung zu, ist es doch schließlich gesellschaftlich offenkundig akzeptiert, beispielsweise ein Glas Rotwein zu trinken, das Rauchen einer Crackpfeife jedoch weniger. Ein wichtiger Aspekt ist selbstverständlich auch die Zugänglichkeit einer Substanz, hier kann als Beispiel der weit geringere durchschnittliche Konsum von Alkohol infolge des religiösen Verbots in Ländern, die vom Islam geprägt sind, genannt werden.

Die US-amerikanische Psychotherapeutin Anne Wilson Schaef bezeichnet die ‚Symptome Abhängigkeit und Co-Abhängigkeit‘ gar als verwurzelt in einer „systemischen“ Krankheit, die Sie den „Suchtprozeß“ nennt, wobei „unsere Gesellschaft“ [...] „für diese Primärerkrankung“ – offen oder versteckt – ein „idealer Nährboden“ ist. (Schaef 1986:32)

Dies geht konform mit der Annahme, dass „Co-Abhängigkeit“ [...] „verankert in unseren Institutionen“ sei, da „unsere Gesellschaft“ dazu neige, „den Menschen, statt ihnen ihr Leben zuzumuten, zu viel Verantwortung“ wegzunehmen. Demnach ist „die Co-Abhängigkeit“ [...] „in einer süchtigen und narzisstischen Gesellschaft eine zu erwartende Entwicklung.“ [...] „Die Bürger“ gingen davon aus, dass „der Staat, die Schule“ und ganz besonders „das Gesundheitswesen“ alles regle. „Die vielen HelferInnen repräsentieren das ‚Hilfe‘-System, das angeblich den Kranken sanieren kann. Dabei sorgen die Co’s als Personen und Institutionen nur dafür, dass Sucht für den Kranken und für die privaten und sozialen Systeme, in denen der lebt, weiter ihre unheilvollen Einflüsse ausüben kann.“ (Kolitzus 2000:63 f.)

Wenn es um Alkohol und damit verbundene Wertvorstellungen geht, ist die Familie, deren Einfluss schon erläutert wurde, ebenso wie der Bekanntenkreis, ein verkleinertes Abbild unserer Gesellschaft, indem sie Meinungen widerspiegelt, die mehr oder weniger ‚Allgemeingut‘ sind. Hierzu zählen Vorstellungen wie, man wäre ‚kein ganzer Kerl‘, ‚uncool‘ oder zumindest ‚langweilig‘, wenn man keinen Alkohol trinke, schließlich könne ‚ein Gläschen in Ehren niemand verwehren‘.

Ähnliches gilt für den Arbeitsplatz, da er ebenfalls eine kleinere Zelle im Gefüge der Gesellschaft darstellt. Da kann es vorkommen, dass es einfach zum ‚guten Ton gehört‘ nach der Arbeit mit den Kollegen ‚einen trinken zu gehen‘, da man sonst als unkollegial gälte oder eventuell sogar einen schlechten Eindruck beim Chef hinterlassen würde. Nicht nur bei Jugendlichen, sondern auch bei Erwachsenen im Arbeitsleben ist also der Gruppenzwang nicht zu unterschätzen.

Der Einfluss des Freundeskreises -oder bei Jugendlichen sogenannter ‚Peergroups‘- im Prozess der Suchtentstehung (siehe unter Ursache ‚Kindheit, Jugend‘) ist weithin bekannt und wird deutlich bei der Behandlung der Sucht – für Drogenabhängige ist der Bruch mit der alten Umgebung nach erfolgreichem Entzug unerlässlich, um nicht wieder rückfällig zu werden.

- Kritische Lebensereignisse

Weitere Faktoren, die die „Suchtentwicklung“, beeinflussen, können ein beruflicher Alltag sein, der gekennzeichnet ist durch chronischen Stress, Mobbing, Über- oder Unterforderung, eine „als sinnlos erlebte Tätigkeit“ sowie Krisen und einschneidende Ereignisse, wie Scheidungen, Arbeitslosigkeit oder der Tod eines nahestehenden Menschen etc.. (vgl. Federspiel et al. 1996:86)

„Je unerträglicher die Realität erscheint, desto entlastender und befriedigender wird die Wirkung der Fluchtmittel empfunden.“ (ebd.)

- „Novelty Seeking“

„Die Tendenz, ständig auf der Suche nach neuen Reizen zu sein“ spielt vor allem bei „Konsumenten, die Suchtmittel vor allem konsumieren, weil sie den ‚Kick‘ suchen und bei der Konsumentengruppe, die Drogenkonsum als Selbsterfahrung sieht“ eine Rolle. (Van Treeck 2004:449)

Der populär angenommene Zusammenhang zwischen dem Begriff der „Sucht“ und der „Suche“ ist zwar, wie dieser Stelle betont werden muss, rein volksetymologischer Natur - linguistisch-etymologisch besteht keine Verbindung (Sucht kommt von „Siechen“, also dem „Leiden an einer Krankheit“, wie in Gelbsucht, Schwindsucht, aber auch Tobsucht o.ä. - und nicht von „suchen“) – dennoch hat Sucht viel mit einer Suche gemein. Wie vorangegangen erläutert wurde, kann dies das Suchen nach einer Zuflucht im Rausch vor unangenehmen Lebensumständen oder traumatischen Erinnerungen sein, indem der Konsum einer Substanz oder das Ausüben eines Verhaltens, Gefühle der Trauer, der Frustration, des Ekels etc. betäubt und gleichzeitig ein angenehmes Rauschgefühl bietet, das einem Glücksgefühl nahekommt. Ein mangelndes Selbstwertgefühl kann in etwa kurzfristig durch Substanzen wie Alkohol oder Kokain überspielt werden.

Doch auch die Suche nach Erleuchtung und nach Erkenntnissen spielt, selbst wenn sie nicht immer in eine Abhängigkeit münden muss, beim Konsum psychotroper Substanzen eine Rolle, bei spirituellen Ritualen von Schamanen, Heilern und „Medizinmännern“ in anderen Kulturen, jedoch auch in der westlichen New Age-Bewegung (mit prominenten Vertretern und Drogenkonsumenten wie Carlos Castaneda, Timothy Leary, um nur einige wenige Namen zu nennen), die bei den Naturvölkern, was den Einsatz psychotroper Substanzen betrifft, Anleihen machte. In diesem Fall werden weniger stimmungsaufhellende als halluzinogene, „bewusstseinsweiternde“ Drogen, wie das Meskalin des Peyote-Kaktusses oder LSD gewählt.

2.4 Behandlung

Schon „gegen Ende des 19. Jahrhunderts“ gab es durch den „Schweizer Psychiater Auguste Forel“ Versuche, die Abhängigkeit, in diesem Falle den Alkoholismus, in den Griff zu bekommen. Zu diesem Zweck rief er „das erste Trinkerasyll in Eilikon bei Zürich“ ins Leben. Forel arbeitete damals bereits „mit LaienhelferInnen zusammen.“ (Federspiel et al. 1996:377 f.)

Versuche zur Betreuung von AlkoholikerInnen in Österreich und Deutschland folgten erst später, wobei diese von „privaten HelferInnen verschiedener Anti-Alkoholbewegungen“ dominiert waren. (ebd.)

„Stationäre Einrichtungen zur Behandlung“ entstanden „im deutschen Sprachraum“, nachdem der Alkoholmissbrauch „einige Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg“ massiv angestiegen war; ambulante Anlaufstellen gab es etwa ab den 1970er Jahren. (ebd.)

In dieser anfänglichen Phase der Suchttherapie geschah die Behandlung der Alkoholabhängigkeit in rigiden „Trinkerheilanstalten“, geschlossenen Institutionen, in denen Alkoholabhängige oft bis zu zwei Jahren untergebracht waren. Der Erfolg dieser Anstalten war jedoch ausgesprochen gering.

Aufgrund neuerer Erkenntnisse ging man in Österreich schließlich zu mittel- und kurzfristigen Programmen über, die hauptsächlich von PsychiaterInnen geleitet werden - in Deutschland jedoch geschieht die Behandlung „häufig noch“ immer durch langfristige Programme, die zu einem großen Teil „von konfessionellen Gruppierungen getragen“ werden. Mittlerweile wird Abhängigkeit zumeist ambulant behandelt, dies ermöglicht es dem Patienten, während der Behandlung in seinem „sozialen Umfeld zu bleiben“. (ebd.)

Die Behandlung des Abhängigkeitssyndroms beginnt allgemein mit dem Entzug (Entgiftung). Dieser erste Teil der Therapie behandelt die physische Abhängigkeit (s. 2.2.1) des Patienten. In dieser Phase ist die begleitende Gabe von Medikamenten, die die Entzugssymptome mildern, wie Neuroleptika oder Tranquilizer, anzuraten. Ob der möglichen Schwere der auftretenden Entzugserscheinungen (die sogar zum Tod führen können) geschieht die Entgiftung unter ärztlicher Aufsicht. (vgl. Peters 1999:171)

Das Ziel der Behandlung war seit jeher lebenslange Abstinenz, auch beinahe alle einschlägigen Selbsthilfegruppen verfolgen diesen Ansatz. Ein neues „Konzept, das an der Universität Heidelberg entwickelt wurde und seine Vorbilder in den USA und Großbritannien hat“ hat ein „kontrolliertes Trinken“, also einen maßvollen Konsum von Alkohol zum Ziel. (Joachim Körkel - http://medizin.suite101.de/article.cfm/kontrolliertes_trinken)

Kritiker dieses Verfahrens halten dies für unmöglich, da „gerade die Sucht dadurch gekennzeichnet“ sei, „dass die Betroffenen sich nicht mehr selbst in der Gewalt haben und sich nur noch eingeschränkt bestimmen können“ (ebd.), also die Kontrolle über sich und

ihren Alkoholkonsum verlieren. Laut Joachim Körkel, Psychologieprofessor, der Alkoholabhängige mit dem neuartigen Konzept behandelt, ist dies eine „ominöse Vorstellung“ - „das magische Wort ‚Kontrollverlust‘. Man hat ihn, dann ist man alkoholkrank oder man hat ihn nicht, dann ist man gesund – das ist eine Annahme, die ist einfach nicht haltbar. Selbst wenn es so ist, das“ (sic!) „jemand einen Großteil seiner Kontrolle eingebüßt hat und bei einem Teil der Personen kann man das ja sinnvoller Weise annehmen, heißt es ja noch lange nicht, dass man die Kontrolle nicht zurückgewinnen könnte.“ (ebd.)

Das Programm hat das Anliegen eher die Alkoholabhängigen „anzusprechen“, die zwar „zuviel trinken“, aber v. a. noch keine körperliche Abhängigkeit herausgebildet haben und so „normalerweise im deutschen Suchthilfesystem überhaupt nicht erreicht“ werden, die „95 Prozent der Alkoholabhängigen“ ausmachen. Dennoch sieht Körkel diese Form der Behandlung auch als Möglichkeit für schwere Alkoholiker, „die unzählige Versuche mit der Abstinenz hinter sich haben und gemerkt haben, sie fallen immer wieder in alte Trinkmuster zurück. Sie sind völlig entmutigt mit dem Ziel der Abstinenz, es ist für sie völlig unrealistisch. Aber in kleinen Schritten den Alkohol zu reduzieren, zum Beispiel zu einer Zeit, in der man einem Tagesjob nachgeht, das sind für diese Menschen realistische Ziele.“ (ebd.)

Um die psychische Abhängigkeit in den Griff zu bekommen, was mitunter schwieriger und langwieriger als die Behandlung der körperlichen Abhängigkeit ist, werden „im weiteren Verlauf“ der Behandlung „individuelle Psychotherapie oder Gruppenpsychotherapie angewandt, um den Erfolg zu konsolidieren“ (Peters 1999:171), der Besuch diverser Selbsthilfegruppen wird jedoch ebenfalls empfohlen.

Was die begleitende Psychotherapie betrifft, ist zu betonen, dass sich die Wahl des Verfahrens auch danach richtet, wie weit fortgeschritten die Abhängigkeit ist. So ist „im frühen Stadium“ [...] „die gesamte Bandbreite von psychotherapeutischen Verfahren indiziert, in späteren Stadien sind nonkonfrontative verhaltenstherapeutisch orientierte Motivations-Methoden anzuraten“. Langfristig ist „jede weiterführende psychotherapeutische Intervention“ [...] „nach der Basisstörung auszurichten“. (Stumm/Pritz 2007:18)

Auch die Mitbehandlung der Angehörigen ist für den Therapieerfolg von größter Wichtigkeit, da hierdurch im Umfeld des Betroffenen süchtige Strukturen und Prozesse, die sowohl Abhängigkeit als auch Co-Abhängigkeit bedingen, aufgebrochen werden. Im Rahmen einer Familientherapie kann so eine „Erhöhung der Problem- und Konfliktlösungsfähigkeiten der Familienmitglieder und Verbesserung der innerfamiliären Kommunikation“ erreicht werden, was wiederum der Genesung aller Betroffenen, des Abhängigen und der co-abhängigen

Familienmitglieder, zugute kommt. (Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften e.V. - <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/>)

Glossar zu 2.

DE	<u>kontrolliertes Trinken</u>
GR	Adj., N., n., Sg.
KON	„Unter kontrolliertem Trinken versteht man ein Trinkverhalten, das jederzeit vom Konsumenten steuerbar ist. Joachim Körkel und Mitarbeiter haben ein auf den Lerntheorien beruhendes, gestuftes Programm entwickelt, mit dem Menschen ihr Trinken in den Griff bekommen können“ [...] „Das Programm wendet sich nicht in erster Linie an Alkoholabhängige sondern an die breite Masse von Menschen, die einen schädlichen Gebrauch (ICD) betreiben.“
QUE	Van Treeck, Drogen- und Sucht-Lexikon, 2004:347
KON	„Mittlerweile gibt es auch in Deutschland Angebote zum Erlernen des kontrollierten Trinkens sowie Fachleute für die Vermittlung. In anderen Teilen der Welt (England, Kanada, Australien, USA) sind ähnliche kT-Programme bereits seit Jahrzehnten etabliert und fester Bestandteil des Suchthilfeangebots. Es liegen mittlerweile viele wissenschaftliche Erkenntnisse zum kontrollierten Trinken vor, und seit Jahrzehnten gibt es englischsprachige Programme zum Erlernen eines selbstkontrollierten Umgangs mit Alkohol.“
QUE	http://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/3/2/hintergrund/wirksamkeit.aspx

EN	<u>controlled drinking</u>
GR	Adj., N., Sg.
DEF	„Drinking that is moderated to avoid intoxication or hazardous use. The term is applied especially when there is a reason to question the ability to drink in a controlled fashion at all times, as in the case of individuals who have exhibited signs of alcohol dependence or harmful drinking. When applied to the use of other psychoactive substance, the analogous term ‚controlled drug use‘ refers to the maintenance of regular, non-compulsive substance use that does not interfere with ordinary functioning, and to methods of use that minimize untoward drug effects. <i>Compare</i> impaired control.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„Controlled drinking may be an option for young, socially stable drinkers with short, less severe drinking histories (e.g. alcohol consumption of less

	than 4 units per day with normal liver function tests). An individual's belief that controlled drinking is an achievable goal is also a good prognostic factor. Most authors agree that controlled drinking should not be recommended for people with heavy dependence or those with protracted alcohol problems.“
QUE	http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/12/1/13.pdf

DE	<u>Entgiftung</u>
GR	N., f., Sg.
SYN	Detoxikation
DEF	„Als Entgiftung (oder Entzug, auch Detoxikation) wird die Phase in der Behandlung Abhängiger bezeichnet, in der der Körper von dem Suchtmittel ‚entgiftet‘ wird. Die Entgiftung dauert ca. ein bis vier Wochen und kann – je nach körperlicher und psychischer Verfassung – ambulant und stationär durchgeführt werden. Für die stationären Entgiftungen stehen in den Landeskrankenhäusern häufig eigene Abteilungen zur Verfügung.“
QUE	Stimmer, Suchtlexikon 2000:191
KON	„Mit Entgiftung ist meist eine Entgiftungsbehandlung bzw. Entzugsbehandlung gemeint, manchmal auch das nicht therapeutisch oder medikamentös gestützte Absetzen des Suchtmittels im häuslichen Rahmen.“
QUE	Van Treeck, Drogen- und Sucht-Lexikon, 2004:205

EN	<u>detoxification</u>
GR	N., Sg.
DEF	(1) „The process by which an individual is withdrawn from the effects of a psychoactive substance.“ (2) „As a clinical procedure, the withdrawal process carried out in a safe and effective manner, such that withdrawal symptoms are minimized. The facility in which this takes place may be variously termed a detoxification centre, detox centre, or sobering-up station.“ „Typically, the individual is clinically intoxicated or already in withdrawal at the outset of detoxification. Detoxification may or may not involve the administration of medication. When it does, the medication given is usually a drug that shows cross-tolerance and cross-dependence to the substance(s) taken by the patient. The dose is calculated to relieve the withdrawal syndrome without inducing intoxication, and is gradually tapered off as the patient recovers. Detoxification as a clinical procedure implies that the individual is supervised until recovery from intoxication or from the physical withdrawal syndrome is complete. The term "self-detoxification" is sometimes used to denote unassisted recovery from a

	bout of intoxication or withdrawal symptoms.“
QUE	WHO, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„Long-term sedative/hypnotic abuse is likely to produce impairments in memory , verbal and nonverbal learning, speed, and coordination that last long after detoxification and, in some, result in a permanent amnestic disorder.“
QUE	WHO, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

DE	<u>Substanzabhängigkeit</u>
GR	N., f., Sg.
SYN	stoffgebundene Abhängigkeit, Abhängigkeitssyndrom, Drogenabhängigkeit, Abhängigkeit, Sucht, Suchterkrankung
DEF	„Bez. von DSM III/IV für den Gebrauch von Suchtstoffen (Substanz), die teilweise identisch ist mit Sucht und Drogenabhängigkeit. Wird vom bloßen Substanzmißbrauch unterschieden. Hauptmerkmale: Entwicklung von Toleranz, süchtiges (unstillbares) Verlangen, Auftreten von Entziehungserscheinungen. Keines der Merkmale ist obligat. Weitere Zeichen: (a) die Substanz wird in größerer Menge oder länger eingenommen als eigentlich beabsichtigt; (b) vergebliche Versuche, die Substanzeinnahme zu verringern oder aufzugeben; (c) der Tag wird zum großen Teil damit verbracht, die Substanz zu konsumieren und/oder sich von ihren Wirkungen zu erholen, (d) das Alltags- und Berufsleben wird wesentlich durch den Substanzgebrauch bestimmt; (e) die normalen zwischenmenschlichen Beziehungen leiden not.“
QUE	Peters, Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie 1999:544
KON	„Bei der Substanzabhängigkeit wird ein starkes Verlangen erlebt, eine bestimmte Substanz zu konsumieren. Umgangssprachlich wird häufig der Begriff ‚Sucht‘ verwendet. Es gibt verschiedene Anzeichen für eine Substanzabhängigkeit. Zum einen entwickelt der Körper eine Toleranz gegenüber der Substanz, d.h. es müssen größere Dosen konsumiert werden, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Zusätzlich wird ein Kontrollverlust über den Substanzkonsum erlebt, Betroffene sehen sich nicht in der Lage, sich gegen ihr Verlangen zur Wehr zu setzen, obgleich sie häufig den Wunsch hegen, mit dem Substanzkonsum aufzuhören. Der Kontrollverlust wird von den Betroffenen als sehr unangenehm erlebt und häufig vor sich und anderen verleugnet. Das Leben wird immer mehr der Abhängigkeit angepasst, dadurch kommt es zur Vernachlässigung sozialer Kontakte und Freizeitaktivitäten.“
QUE	http://www.poliklinik.uos.de/index.php?page=substanzabhaengigkeit
ANM	„Abhängigkeit“ wird zwar oft als Synonym verwendet, ist aber nicht per se Synonym für die Substanzabhängigkeit, je nach Kontext. Eine Abhängigkeit besteht auch bei der nicht-stoffgebundenen Abhängigkeit, mit Substanzabhängigkeit ist jedoch nur die stoffgebundene Abhängigkeit gemeint. Darüberhinaus hat der Begriff „Abhängigkeit“ außerhalb des

	Kontexts von Suchterkrankungen noch weitere Bedeutungen. Das Synonym „Sucht“ ist nicht ganz unproblematisch – die WHO hat vorgeschlagen, den Begriff durch „Abhängigkeit“ zu ersetzen (s. Anmerkung unter englisch, „substance dependence“, sowie S. 4 unter 2. „Abhängigkeit“)
--	---

EN	<u>substance dependence</u>
GR	N., Sg.
SYN	substance dependency, dependence syndrome, addiction
DEF	„One of the major substance use disorders, characterized by a maladaptive pattern of substance use leading to clinically significant impairment or distress, manifested by signs and symptoms such as tolerance“ [...] „withdrawal, frequently taking larger amounts of the substance over a longer period than intended, persistent desire or effort to cut down on the substance use, excessive time spent on activities related to the substance use and its effects, often leading to the abandonment of social, occupational, or recreational activities, and continued substance use despite knowledge of problems likely to have been caused or exacerbated by it.“
QUE	Colman, A Dictionary of Psychology 2006:737
KON	“A central descriptive characteristic of the dependence syndrome is the desire (often strong, sometimes overpowering) to take the psychoactive drugs (which may or not have been medically prescribed), alcohol, or tobacco. There may be evidence that return to substance use after a period of abstinence leads to a more rapid reappearance of other features of the syndrome than occurs with nondependent individuals.”
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/index.html
ANM	„In 1964 a WHO Expert Committee introduced the term ‘dependence’ to replace the terms ‘addiction’ and ‘habituation’. The term can be used generally with reference to the whole range of psychoactive drugs (drug dependence, chemical dependence, substance use dependence), or with specific reference to a particular drug or class of drugs (e.g. alcohol dependence, opioid dependence). While ICD-10 describes dependence in terms applicable across drug classes, there are differences in the characteristic dependence symptoms for different drugs.”
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/index.html

DE	<u>Sucht</u>
GR	N., f., Sg.
SYN	Suchterkrankung, stoffgebundene Abhängigkeit, Abhängigkeitssyndrom, Drogenabhängigkeit, Abhängigkeit, Substanzabhängigkeit
DEF	„Körperliche und psychische Abhängigkeit von Drogen, wobei sowohl die körperliche als auch die psychische Abhängigkeit stark überwiegen kann.“ [...] „Nach der Definition der WHO ist Rauschgiftsucht ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, der für das Individuum und/oder für die Gemeinschaft schädlich ist und durch den wiederholten Gebrauch von Drogen erzeugt wird. Typische Merkmale sind: übermächtiger Wunsch, das Suchtmittel zu beschaffen; Tendenz zur Dosissteigerung; Abhängigkeit, die sich im Auftreten eines Entziehungssyndroms bei Entziehung äußern kann; schädliche Wirkung auf Individuum und Gesellschaft. Teilweise wird zwischen Sucht und Gewöhnung unterschieden, was jedoch nicht mit Sicherheit möglich ist. Als Oberbegriff gilt nach Definition der WHO (1964) ‚Drogenabhängigkeit‘ (drug dependence), die von Mißbrauch (drug abuse) unterschieden wird.“
QUE	Peters, Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie 1999:545
KON	„Da eine individuelle Disposition meistens Voraussetzung ist und eine nur emotionale Abhängigkeit eventuell allein durch Gewöhnung hervorgerufen wird, kann eine für alle Fälle befriedigende Definition der Sucht nicht gegeben werden. DSM IV verwendet den Suchtbegriff nicht, sondern spricht von Substanzabhängigkeit, Substanzmißbrauch, Substanzintoxikation und Substanzentzug.“
QUE	Peters, Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie 1999:545
KON	„Wandel im Suchtverständnis. In den letzten 100 Jahren haben verschiedene Auffassungen von Sucht einander abgelöst“: „Sucht als Erbkrankheit (‚Es liegt in der Familie‘)“, „Sucht als moralisches Versagen (‚Ein willensschwacher Mensch‘)“, „Sucht als Krankheit i. S. der RVO – seit 1968 (‚Krankheitswert‘)“, „Sucht als Folge gesellschaftlicher Verhältnisse (‚Folge der Ausbeutung der Arbeiterklasse‘)“, „Sucht als Familienkrankheit (‚Eine Kommunikationsstörung des Familiensystems‘) und Sucht als Lösungsversuch (‚Sucht und Nichtsucht

	als Optionen’).“
QUE	Stimmer, Suchtlexikon 2000:90
ANM	„Im offiziellen Sprachgebrauch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) existierte der Begriff ‚Sucht‘ von 1957 - 1964. Danach wurde er durch ‚Missbrauch‘ und ‚Abhängigkeit‘ ersetzt“ [...] „In wissenschaftlichen Arbeiten wird der Begriff ‚Sucht‘ daher praktisch nicht mehr verwendet.“ Obwohl der Begriff ‚Sucht‘ demnach veraltet ist, ist er dennoch aus geschichtlicher Hinsicht interessant und nicht nur umgangssprachlich wird er weiterhin verwendet.
QUE	http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/SUCHT/

EN	<u>addiction</u>
GR	N., Sg.
SYN	substance dependence
DEF	„ A state of dependency on a chemical substance, especially on a drug such as alcohol, nicotine, or caffeine, or a narcotic such as morphine or heroin, characterized by a strong physiological and/or psychological need and a compulsive inability to resist taking the drug despite anticipation of probable adverse consequences, withdrawal if there is an abrupt deprivation of the substance, and in some cases drug tolerance“.
QUE	Colman, A Dictionary of Psychology 2006:12
KON	„Many people do not realize that addiction is a brain disease. While the path to drug addiction begins with the act of taking drugs, over time a persons ability to choose not to do so becomes compromised, and seeking and consuming the drug becomes compulsive.“
QUE	http://www.nida.nih.gov/podat/Preface.html

DE	<u>Alkoholismus</u>
GR	N., m., Sg.
SYN	Alkoholabhängigkeit, Alkoholsucht, Alkoholophilie, Dipsomanie, Trunksucht, Alkoholkrankheit, Äthylismus (veraltet)
DEF	„I. w. S. jeder über das sozial erlaubte Maß hinausgehende Genuß von alkoholischen Getränken, einmalig oder dauernd, aus Gewohnheit oder in Form einer Sucht.“
QUE	Peters, Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie 1999:20
KON	„Alkoholismus bedeutet, dass ein Mensch in Bezug auf Alkohol in eine seelische und körperliche Abhängigkeit gerät. Dabei wird die körperliche Abhängigkeit durch physische Entzugssymptome in Trinkpausen, die seelische Abhängigkeit durch das zwingende Verlangen nach weiterem Alkoholkonsum charakterisiert. Der Konsum von alkoholischen Getränken hat für die betroffene Person Vorrang gegenüber Verhaltensweisen, die zuvor einen höheren Stellenwert besessen haben, so dass es in weiterer Folge zu psychosozialen und körperlichen Schäden kommt. In diesem Fall spricht man von Alkoholkrankheit.“
QUE	http://www.netdoktor.at/krankheiten/fakta/alkoholismus.htm
ANM	Es existieren zahlreiche Synonyme für den Alkoholismus, wovon einige veraltet sind. Die Benennung „Alkoholismus“ geht auf das Jahr 1849 bzw. 1852 auf Beschreibungen von Magnus Huss zurück. Eine Abgrenzung zwischen gebräuchlichen Benennungen wie zwischen „Alkoholismus“ und „Alkoholabhängigkeit“ ist kaum möglich.

EN	<u>alcoholism</u>
GR	N., Sg.
DEF	„A term of long-standing use and variable meaning, generally taken to refer to chronic continual drinking or periodic consumption of alcohol which is characterized by impaired control over drinking, frequent episodes of intoxication, and preoccupation with alcohol and the use of alcohol despite adverse consequences. The term alcoholism was originally coined in 1849 by Magnus Huss. Until the 1940s it referred primarily to the physical consequences of long-term heavy drinking (beta alcoholism in Jellinek's typology).“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
SYN	alcohol dependence, drunkenness (veraltet)

KON	„Bipolar disorder and alcoholism often occur together. Although a genetic link is suspected, the connection between bipolar disorder and alcoholism hasn't been clearly established.” „In some cases, bipolar disorder clearly develops before alcoholism. In turn, bipolar disorder may increase the risk of alcoholism or other forms of substance abuse. Likewise, symptoms of bipolar disorder may emerge during alcohol intoxication or withdrawal. In other cases, bipolar disorder is masked by alcoholism.”
QUE	http://www.mayoclinic.com/health/bipolar-disorder/AN00920
KON	„A form of substance dependence in which physiological dependence” [...] „on alcohol is manifested by tolerance” [...] „and withdrawal symptoms. Also called alcoholism.”
QUE	Colman, A Dictionary of Psychology 2006:22

DE	<u>Intoxikation</u>
GR	N., f., Sg.
SYN	Trunkenheit
DEF	„1. Vergiftung. Krankhafte Zustände als Folge von krankmachenden organischen und anorganischen Substanzen, die dem Körper zugeführt oder in ihm entstanden sind. bezieht sich auch auf lebensnotwendige Stoffe (z. B. Kochsalz, wasser), wenn sie durch Überdosierung krank machen. In DSM III-R: psychische Störungen, welche durch nicht näher bestimmte Substanzen verursacht werden. Als Kriterien werden aufgeführt: Störungen der Wahrnehmung, der Wachheit und Aufmerksamkeit, des Denkens, der Urteilsfähigkeit, Affektentäußerung (emotional control) und Psychomotorik. Die Bez. ist jedoch nur zu verwenden, wenn keine anderen Bez. zur Verfügung stehen.“
QUE	Peters, Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie 2007:271
KON	„Akute Intoxikation (akuter Rausch)“ „Ein Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Störungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit den akuten pharmakologischen Wirkungen der Substanz und nehmen bis zur vollständigen Wiederherstellung mit der Zeit ab, ausgenommen in den Fällen, bei denen Gewebeschäden oder andere Komplikationen aufgetreten sind. Komplikationen können ein Trauma, Aspiration von Erbrochenem, Delir, Koma, Krampfanfälle und andere medizinische Folgen sein. Die Art dieser Komplikationen hängt von den pharmakologischen Eigenschaften der Substanz und der Aufnahmeart ab.“
QUE	http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm
ANM	„Trunkenheit“ ist kein Synonym für Intoxikation im Allgemeinen, sondern für den speziellen Fall der Alkohol-Intoxikation. Weitere –umgangssprachliche- Synonyme wären: Betrunken-/High-/Stoned-/Zugedröhnt-/Sein

EN	<u>intoxication</u>
GR	N., Sg.

SYN	drunkenness, high, under the influence, inebriation
DEF	„A condition that follows the administration of a psychoactive substance and results in disturbances in the level of consciousness, cognition, perception, judgement, affect, or behaviour, or other psychophysiological functions and responses. The disturbances are related to the acute pharmacological effects of, and learned responses to, the substance and resolve with time, with complete recovery, except where tissue damage or other complications have arisen. The term is most commonly used with regard to alcohol use: its equivalent in everyday speech is "drunkenness". Alcohol intoxication is manifested by such signs as facial flushing, slurred speech, unsteady gait, euphoria, increased activity, volubility, disorderly conduct, slowed reactions, impaired judgement and motor incoordination, insensibility, or stupefaction.” „Intoxication is highly dependent on the type and dose of drug and is influenced by an individual's level of tolerance and other factors. Frequently, a drug is taken in order to achieve a desired degree of intoxication. The behavioural expression of a given level of intoxication is strongly influenced by cultural and personal expectations about the effects of the drug. Acute intoxication is the term in ICD-I0 for intoxication of clinical significance (Flx.0.) Complications may include trauma, inhalation of vomitus, delirium, coma, and convulsions, depending on the substance and method of administration.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„Habitual intoxication (habitual drunkenness), applied primarily to alcohol, refers to a regular or recurrent pattern drinking to intoxication. Such a pattern has sometimes been treated as a criminal offence, separately from the individual instances of intoxication.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
ANM	„Drunkenness“ (Trunkenheit) ist Synonym für die Intoxikation mit Alkohol.

DE	<u>Craving</u>
GR	N., n., Sg.
DEF	„1. Allgemein: heftiges bis übermächtiges Verlangen nach dem gewohnten Suchtmittel.“ 2. „In der Suchtbehandlung: plötzlich auftretendes unstillbares Verlangen nach dem früheren Suchtmittel (z. B. Alkohol) nach längerem Entzug. Dabei häufig Symptome und Beschwerden wie in der ersten Entzugsphase. Häufiger Grund für einen Rückfall. Anticravingsubstanzen versuchen, dem entgegenzuwirken.“
QUE	Peters, Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie 2007:102
KON	„Während jedoch in der ICD10 hervorgehoben wird, dass Craving ein zentrales Merkmal des Syndroms ist, findet sich im DSM-IV-TR lediglich der Hinweis, dass Abhängigkeit häufig mit Craving einhergeht.“
QUE	http://www.api.or.at/sp/texte/003/dsmiv.htm
ANM	„Craving“ ist ein Begriff, der aus dem Englischen entlehnt wurde; „Kontrollverlust“ wird oft in Verbindung mit Craving genannt, bisweilen werden beide Begriffe gar als Synonyme verwendet, obwohl dies ungenau ist.

EN	<u>craving</u>
GR	N., Sg.
DEF	„Very strong desire for a psychoactive substance or for the intoxicating effects of that substance. Craving is a term in popular use for the mechanism presumed to underlie impaired control: it is thought by some to develop, at least partly, as a result of conditioned associations that evoke conditioned withdrawal responses. Craving may also be induced by the provocation of any physiological arousal state resembling an alcohol or drug withdrawal syndrome.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„Considerable tolerance and dependence develop to nicotine. Because of its rapid metabolism, brain levels of nicotine fall rapidly and the smoker experiences craving for a further cigarette 30-40 minutes after finishing the last one.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

DE	<u>Suchtgedächtnis</u>
GR	N., n., Sg.
DEF	„Bezeichnung für die Tatsache, dass bestimmte Reize bei Süchtigen lebenslang das Verlangen nach der Einnahme von Suchtmitteln, auch Craving genannt, auslösen können. Hintergrund ist, dass alle Erfahrungen im Gehirn abgespeichert werden und zwar umso intensiver, je stärker emotional besetzt die Erfahrungen sind“ [...] „Da die meisten Drogenerfahrungen aufgrund ihres direkten Einflusses auf Neurotransmitter wie Dopamin oder GABA sehr intensiv erlebt werden, bleiben sie lange erinnerbar. Sämtliche Reize, die mit der Drogeneinnahme in Verbindung stehen, können lebenslang das Verlangen nach Einnahme der Droge auslösen.“
QUE	Van Treeck, Drogen- und Sucht-Lexikon, 2004:588 f.
KON	„Ein wesentlicher Bestandteil der Therapie besteht darin, dem Patienten ein Verständnis für sein Suchtgedächtnis zu vermitteln und ihm beizubringen, wie er mit Suchtdruck angemessen umgehen kann (Stimuluskontrolle, Selbstmanagement).“ „Je länger der Patient abstinent lebt“ [...] „desto weniger ausgeprägt werden sich normalerweise die Erinnerungen des Suchtgedächtnisses aufdrängen. Die neuen Erfahrungen und Verhaltensweisen verdrängen schrittweise die alten aus der Zeit als Abhängiger. Man bezeichnet diesen Vorgang nach Wolffgramm auch als Rückprägung. Im besten Falle ist nach Jahrzehnten das Suchtgedächtnis fast völlig gelöscht.“
QUE	Van Treeck, Drogen- und Sucht-Lexikon, 2004:589

EN	<u>addiction memory</u>
GR	N., Sg.
KON	„Distressing cravings, stereotypical using-type behaviors and euphoric recall are some of the phenomena that we refer to as ‚Addiction Memory‘.“ [...] „Addiction Memory:“ • „Involves extensive brain circuitry to recall every aspect of the addiction experience“ • „Drives a part of conscious and unconscious (covert) craving“ • „Modifies the organism’s response to the environment“ • „Modifies circuits that subtend depression, life satisfaction, planning for the future, and hope.“

QUE	Paul H. Earley, http://www.naatp.org/pdf/secad/2007/AddictionMemory2006Dec%20P%20Early.pdf
KON	„The existence of an ‚addiction memory‘ (AM) and its importance in relapse occurrence and maintenance of learned addictive behaviour will be explained with neurobiological and clinical arguments. Because the human brain is an open learning system, which reveals its own neuronal connectivity through the experience of the perceived environment with its own state, the personal AM is interpreted as an individual acquired software disturbance in relation to selectively integrating ‚feedback loops‘ and ‚comparator systems‘ of neuronal information processing.“
QUE	J. A. L. Boening, Journal of Neural Transmission 2001, http://www.metapress.com/content/uxajylpgupjlv7c6/

DE	<u>Kontrollverlust</u>
GR	N., m., Sg.
KON	„Der Begriff K. wurde zunächst von Jellinek in seiner Alkoholismustypologie (Alkoholikertypen) und seinem Phasenmodell der Alkoholabhängigkeit als zentrales Kriterium für Abhängigkeit bzw. Krankheit eingeführt. Unter K. in diesem Modell wird die Unfähigkeit verstanden, mit dem Trinken aufzuhören, wenn einmal damit begonnen wurde, d. h. daß erst ein erheblicher Rauschzustand oder äußere Einflüsse das Trinken beenden. Phasen der Abstinenz sind aber möglich.“
QUE	Stimmer, Suchtlexikon 2000:378
KON	„Inwiefern diese Art des Kontrollverlustes, die primär auf die psychische Abhängigkeit bezogen ist (Gamma-Alkoholismus), lebenslang erhalten bleibt, also eine totale Abstinenz als primäres Behandlungsziel gelten muß oder ob kontrolliertes Trinken, eventuell bei veränderten sozialen Umständen“ [...] „möglich ist, sind noch keine sicheren endgültigen Aussagen zu machen. Der Begriff des K. sollte logischerweise erweitert werden und die Unfähigkeit zur Abstinenz (Delta-Alkoholismus) als zweite Form mit einbezogen werden, bei der es ohne das notwendige tägliche Quantum Alkohol zu quälenden Entzugserscheinungen kommt. Auch hier ist die Frage, ob nach einem Entzug und einer Entwöhnung bei einer stabilisierenden sozialen Umgebung kontrolliertes Trinken möglich ist, eine Frage, zu deren Klärung es eine Reihe von Versuchen gibt, wissenschaftlichen wie Selbstversuchen, die aber noch keine klare Stellungnahme zulassen. Der aller Erfahrung nach sicherere Weg ist heute ohne Zweifel die Abstinenz. Der Begriff K. wird teilweise auch auf andere stoffgebundene und stoffungebundene Süchte übertragen.“
QUE	Stimmer, Suchtlexikon 2000:378

EN	<u>loss of control</u>
GR	N., Sg.
SYN	impaired control, inability to abstain
DEF	„An inability to modulate the amount and frequency of psycho-active substance use: the inability to cease ingesting substances such as alcohol and cocaine once their initial effect has been experienced. In recent discussions of the dependence syndrome, the term "loss of control" has been replaced by impaired control.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

KON	„Alcoholism has four symptoms namely craving, loss of control, physical dependence and tolerance. Craving is a strong urge or need to consume alcohol and loss of control is the inability to control the amount of intake of alcohol.”
QUE	http://www.about-alcoholism-information.com/Alcoholism_Facts.html
ANM	Die WHO macht einen Unterschied zwischen „loss of control“ und „impaired control“, weist aber gleichzeitig darauf hin, dass „loss of control“ immer mehr durch „impaired control“ ersetzt wird („In recent discussions of the dependence syndrome, the term "loss of control" has been replaced by impaired control.“, s. oben) Die Definitionen laut WHO: • „impaired control“: „Diminished ability of an individual to control his or her use of a psychoactive substance in terms of onset, level, or termination. "Impaired capacity to control". is a criterion for the dependence syndrome in ICD-10. Impaired control is distinguished from loss of control in that the latter implies that the phenomenon prevails at all times and in all circumstances.” • „inability to abstain A form of impaired control over the use of a substance, such that there is an inability or unwillingness to refrain from substance use. As used in Jellinek' s 1960 formulation, this is one of two forms of loss of control, the other being inability to stop once started. See also: alcoholism: Jellinek's typology”
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

DE	<u>Missbrauch</u>
GR	N., m., Sg.
DEF	„M. bezeichnet den falschen, unsachgemäßen, übertriebenen oder verbotenen Gebrauch von Dingen. In der Drogendebatte wird leicht der Konsum von illegalen Drogen prinzipiell als Mißbrauch bezeichnet, weil er nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verboten ist. Dies Klassifizierung sagt aber nichts über den jeweiligen individuellen Gebrauch einer Droge aus.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„Um eine ursprünglich stark medizinisch dominierte Auffassung von Drogenmißbrauch (andauernder oder gelegentlich übermäßiger Drogengebrauch, der mit einer akzeptablen ärztlichen Anordnung nicht übereinstimmt bzw. mit dieser nicht in Beziehung steht', WHO 1969) zu korrigieren, wurden von der WHO folgende Unterscheidungen eingeführt: Unterlauber Gebrauch, Gefährlicher Gebrauch, Dysfunktionaler Gebrauch und Schädlicher Gebrauch (WHO 1981) von Substanzen. Substanzen mit einem hohen Mißbrauchs- oder Suchtpotential sind in der Regel der Verschreibungsverordnung unterstellt, was einen gewissen Schutz vor der allgemeinen Verbreitung des Mißbrauchs dieser Substanzen bietet.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

EN	<u>abuse</u>
GR	N., Sg.
DEF	„(drug, alcohol, chemical, substance, or psychoactive substance) A group of terms in wide use but of varying meaning. In DSM-IIIR*, ,psychoactive substance abuse' is defined as ,a maladaptive pattern of use indicated by ...continued use despite knowledge of having a persistent or recurrent social, occupational, psychological or physical problem that is caused or exacerbated by the use [or by] recurrent use in situations in which it is physically hazardous'. It is a residual category, with dependence taking precedence when applicable.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„The term ,abuse' is sometimes used disapprovingly to refer to any use at all, particularly of illicit drugs. Because of its ambiguity, the term is not used in ICD-I0 (except in the case of non-dependence-producing substances- see below); harmful use and hazardous use are the equivalent

	terms In WHO usage, although they usually relate only to effects on health and not to social consequences. ,Abuse' is also discouraged by the Office of Substance Abuse Prevention (OSAP, now CSAP - Center for Substance Abuse Prevention) in the USA, although terms such as ,substance abuse' remain in wide use in North America to refer generally to problems of psychoactive substance use.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

DE	<u>stoffgebundene Sucht</u>
GR	Adj. N., f., Sg.
SYN	stoffgebundene Abhängigkeit, substanzgebundene Sucht, Substanzabhängigkeit, Drogenabhängigkeit, Drogensucht
DEF	„Stoffgebundene S.“ [Süchte] „sind an die Zufuhr von Suchtmittel wie Alkohol, Medikamente oder illegale Drogen gebunden. Dieser Begriff dient auch der Abgrenzung gegenüber Suchtformen, die ohne den Konsum einer psychotropen Substanz gelebt werden“ [...] „Bei manchen Eßsüchten sind allerdings nicht psychotrop wirkende ‚Stoffe‘ wie Diuretika und Laxantien notwendige Mittel der Wahl.“
QUE	Stimmer 2000: S. 565
KON	“Bei den stoffgebundenen Süchten besteht die Abhängigkeit von einer Substanz, bei den nichtstoffgebundenen von einem Verhalten. Man spricht von Suchtmittel und im anderen Fall von Suchtmedium. Prinzipiell haben diese zwei Suchformen große Parallelitäten, wenn es um die erwähnten klassischen Suchtkriterien geht: Dosissteigerung, Frequenzsteigerung, Kontrollverlust.”
QUE	Dr. Regina Prunnlechner, http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dsmid=83358&dspaid=659647

EN	<u>substance dependence</u>
GR	Adj., N, Sg.
SYN	substance-based addiction, substance-related addiction, substance-based dependence, substance addiction
DEF	s. oben unter „ <u>substance dependence</u> “
KON	„It seems that the criteria by which psychologists and psychiatrists formally define substance dependence can also apply to a variety of activities. People who watch a lot of television meet the criteria when they ‘strongly sense that they ought not to watch as much as they do and yet find themselves strangely unable to reduce their viewing.’ [...] „The distinction between a substance based addiction and one that is a behavioural trait is not a clear distinction. Being addicted to substances can also be explained in behavioural terms or in terms of activities such as drug seeking.“
QUE	http://www.australasian-bioethics.org.au/conferences/2002/PaperMerleSpriggs.pdf
ANM	Im Englischen ist „substance dependence“ gebräuchlicher als „substance-

	based dependence“ (was eine wörtlichere Übersetzung der „stoffgebundenen Sucht wäre) o. ä., die angegebenen Synonyme werden zwar ebenfalls gebraucht, doch ist in relevanten Publikationen zumeist von „substance dependence“ die Rede.
--	--

DE	<u>nicht-stoffgebundene Sucht</u>
GR	Adj., N., f., Sg.
SYN	Verhaltenssucht, nicht stoffgebundene Sucht, stoffungebundene Sucht, substanzungebundene Sucht, nicht-stoffliche Sucht
DEF	„Stoffungebundene S.“ [Süchte] „werden meist synonym mit nicht-substanzgebundene S. oder Neue Süchte verwendet“ [...] „Unter die Kategorie stoffungebundene S. werden heute meist gerechnet die Spielsucht, die Eßsucht, die Arbeitsucht, die Konsumsucht, die Sexsucht sowie bildschirmbezogene Formen (Fernsehen, Videofilme, Videospiele, Computer, Internet-Surfen) zum Teil aber auch Liebes- bzw. Eifersucht, Kleptomanie und die Sucht nach Extremsituationen“
QUE	Stimmer: 2000, S. 566
KON	„In den letzten Jahren hat die Diskussion über derartige „nicht stoffgebundene Süchte“ eine große Resonanz erfahren, dies nicht zuletzt durch das Anwachsen verschiedener Formen von solchen ‚Verhaltenssüchten‘.“
QUE	http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Schweriner_See/Indikationen/Abhaengigkeitserkrankungen/nicht_stoffgebundene/Verhaltenssucht_detail.html
KON	„Mehrere Formen von Sucht beziehen sich nicht direkt auf eine Substanz im engeren Sinn.“ „Gerade bei substanzungebundenen Süchten gibt es teils große Unterschiede zwischen dem Verhalten von Männern und Frauen. Ist die Internetsucht etwa gleichmäßig verteilt, sind die Männer beim Glücksspiel oder der Sexsucht in der Überzahl. Einkaufssucht tritt eher bei Frauen auf. Im Gegensatz zur Sexsucht wurde Spielsucht bereits offiziell als Krankheit anerkannt.“ „Zum Massenproblem entwickelt sich auch Arbeitssucht. Laut Schätzungen ist unter Selbstständigen und Managern jeder Dritte von der Arbeitssucht betroffen, der Anteil von Frauen und Männern hält sich die annähernd die Waage. Kennzeichen der Arbeitssucht: Die Arbeit wird zum alleinigen Lebensinhalt, nur was unter Arbeit fällt, hat Sinn.“
QUE	http://www.sucht-addiction.info/substanzungebundene_sucht
KON	„Jede Aktivität kann süchtig entgleisen, d. h., nicht nur Drogen, Alkohol, Tabletten können süchtig machen, man kann auch süchtig essen, arbeiten, spielen, fernsehen und lieben. Dabei gibt es natürlich graduelle Unterschiede, sowohl was die Intensität des Erlebens als auch was die Intensität und Geschwindigkeit der Schädigung angeht. Konkret: Bis sich

	jemand mit Arbeiten, Spielen, Fernsehen, Essen oder Kaufen körperlich und psychisch zerstört, dauert es normalerweise länger als bei Heroin, Kokain oder Alkohol – und der Grad der Schädigung ist normalerweise auch weniger massiv.“
QUE	Gross, „Sucht ohne Drogen“: 2003
ANM	Stimmer betont, dass „der Suchtbegriff in diesem Zusammenhang zum Teil umstritten ist.“ Weiters merkt er an, dass diese „Verhaltensweisen“ [...] „wie auch bei den stoffgebundenen Süchten, bezüglich ihres süchtigen Charakters den Kriterien von Sucht bzw. Abhängigkeit entsprechen“ müssen, „um nicht in eine moralisierende Stigmatisierungsfalle zu geraten und auch um einer Inflation der Verwendung des Suchtbegriffs zu begegnen.“ [...] „Dabei ist auch zu beachten, daß das soziale Entgegenkommen für manchen dieser Verhaltensweisen ausgedehnt ist, daß sie gefördert werden und daß sie gleichzeitig ökonomisch genutzt werden, wie dies bei der Konsumsucht besonders deutlich ist.“ [...] „Aufgrund der Neuropharmakologie ist bekannt, daß der menschliche Körper durch das Bewältigen besonderer Situationen (Überwindung von Angst und Schmerz, Angst-Lust) über die Ausschüttung von Endorphinen Gefühle wie Wohlbefinden, Glück und Lust erlebt. Insofern ist der Begriff stoffungebundene S. nicht ganz richtig, denn es geht ja gerade darum, die Ausschüttung eines Stoffes, wenn vielleicht meist auch nur unbewußt, immer wieder zu bewirken.“
QUE	Stimmer 2000: 566

EN	<u>behavioural addiction</u>
GR	Adj., N., Sg.
SYN	non-substance-based addiction, non-substance addiction, non-substance related addiction, substance-free addiction, substance-independent addiction
KON	„Some forms of addiction regard certain behaviours that are not related to substances. Furthermore, males and females tend towards different compulsive behaviours: Men are prone to compulsive gambling and sexual behaviour while women are addicted to shopping. Lately however, compulsive working has become a mass phenomenon for both men and women.“
QUE	http://www.sucht-addiction.info/en/nonsubstance_addiction
KON	„In non-substance-related addiction, the so-called behavioural addiction,

	no external psychotropic substances are consumed. The psychotropic effect consists of the body's own biochemical processes induced only by excessive activities. Until recently, knowledge was limited with respect to clinically relevant excessive reward-seeking behaviour, such as pathological gambling, excessive shopping and working which meet diagnostic criteria of dependent behaviour. To date, there is no consistent concept for diagnosis and treatment of excessive reward-seeking Polyclinic for Psychosomatic behaviour, and its classification is uncertain.”
QUE	http://www.egms.de/pdf/journals/psm/2007-4/psm000043.pdf

DE	<u>psychoaktiv</u>
GR	Adj.
SYN	psychotrop
DEF	„Alle Stoffe, die eine Wirkung auf das zentrale Nervensystem haben, werden als psychoaktiv bezeichnet. Dazu gehören Alkohol, Drogen und eine ganze Reihe von Medikamenten.“
QUE	Van Treeck, Drogen- und Sucht-Lexikon, 2004:489
KON	„Nicht nur illegale Drogen sind psychoaktiv . Jedweder von außen zugeführte Stoff der Veränderungen der Psyche und des Bewusstseins zur Folge hat wird als psychoaktiv bezeichnet.“
QUE	http://www.uni-protokolle.de/Lexikon/Psychoaktiv.html
ANM	Zu „psychotrop“: „Veralteter Ausdruck für psychoaktiv, d. h. für ‚auf das Gehirn und damit das Erleben, Fühlen und die Wahrnehmung wirkend‘ . Der Begriff kommt aus dem Griechischen und bedeutet soviel wie ‚auf die Seele wirkend‘ .“ (Van Treeck, Drogen- und Sucht-Lexikon, 2004:496)

EN	<u>psychoactive</u>
GR	Adj.
SYN	psychotropic
DEF	„psychoactive drug or substance - A substance that, when ingested, effects mental processes, e.g. cognition or affect. This term and its equivalent, psychotropic drug, are the most neutral and descriptive terms for the whole class of substances, licit and illicit, of interest to drug policy. ‚Psychoactive‘ does not necessarily imply dependence-producing, and in common parlance, the term is often left unstated, as in ‚drug use‘ or ‚substance abuse‘ .(See also drug.)”
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„Medications that affect people psychologically are called psychoactive drugs. They are often helpful in treating depression, anxiety, insomnia, and other psychological complications that may accompany HIV infection. Psychoactive drugs don't affect the underlying causes of these disorders, but they can provide symptomatic relief to allow people to live more normal lives. “
QUE	http://www.thebody.com/content/art4989.html
ANM	„A cultural-political debate over whether general descriptive terms would give a favourable or unfavourable cast to the experience of mind-

changing was conducted in many European and English-speaking countries in the 1960s and 1970s with regard to LSD and similar drugs. The terms ‚psychotomimetic‘ and ‚hallucinogen‘ (the latter became the accepted name for this class of drugs) conveyed an unfavourable connotation, while ‚psychedelic‘ and ‚psycholytic‘ gave a more favourable cast. ‚psychedelic‘, in particular, was also used with the same broad scope as ‚psychoactiv‘ (The Journal of psychedelic drugs eventually changed to ‚psychoactiv‘ in its title in 1981.)“
[\(http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/\)](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)

Zu „psychotropic“:

„In its most general sense, a term with the same meaning as ‚psychoactive‘, i.e. affecting the mind or mental processes. Strictly speaking, a psychotropic drug is any chemical agent whose primary or significant effects are on the central nervous system. Some writers apply the term to drugs whose primary use is in the treatment of mental disorders—anxiolytic sedatives, antidepressants, antimanic agents, and neuroleptics. Others use the term to refer to substances with a high abuse liability because of their effects on mood, consciousness, or both—stimulants, hallucinogens, opioids, sedatives/hypnotics (including alcohol), etc. In the context of international drug control, "psychotropic substances" refers to substances controlled by the 1971 Convention on Psychotropic Substances.” (ebd.)

DE	<u>körperliche Abhängigkeit</u>
GR	Adj., N., f., Sg.
SYN	physische Abhängigkeit
DEF	„Eine körperliche Reaktion beim Dauerkonsumenten, die zu einer körperlichen Toleranz gegenüber der Drogen-Wirkung führt und beim Absetzen der Substanz Entzugssymptome hervorruft.“
QUE	http://www.psychology48.com/deu/d/abhaengigkeit-physische-und-psychische/abhaengigkeit-physische-und-psychische.htm
KON	„Von körperlicher (physischer) Abhängigkeit“ [von Alkohol] „spricht man, wenn bei einem Menschen, der über Stunden hinweg (z. B. nachts, weil er schläft) keinen Alkohol zu sich nimmt, Entzugserscheinungen auftreten. Die Entzugserscheinungen bessern sich oder verschwinden, sobald er wieder eine entsprechende Menge Alkohol getrunken hat.“
QUE	Feuerlein et al., 1999:17

EN	<u>physical dependence</u>
GR	Adj., N., Sg.
SYN	physical dependency, physiological dependence
DEF	„Substance abuse. A physiologic state of neuro-adaptation to a specific opioid, characterized by a withdrawal syndrome if the drug is stopped“ [...] „abruptly, or if an antagonist administered; PD“ [physical dependence] „may be relieved partly or completely by readministration of the substance.“
QUE	http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Physical+dependency
KON	„The use of the term ‚dependence‘ as a euphemism for addiction originated as a well-intentioned attempt to counter negative effects of the social stigmatization of addicted patients. Unfortunately, it has resulted in creating significant confusion in discussions of pain management by clouding the important distinction between physical dependence and uncontrolled psychological craving (addiction).“
QUE	http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/163/11/2014-a
KON	„Physiological or physical dependence refers to tolerance and withdrawal symptoms.“ [...] „In biologically-oriented discussion, dependence is often used to refer only to physical dependence. Dependence or physical dependence is also used in the psychopharmacological context in a still narrower sense, referring solely to the development of withdrawal symptoms on cessation of drug use.“

QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
------------	---

DE	<u>psychische Abhängigkeit</u>
GR	Adj., N., f., Sg.
SYN	seelische Abhängigkeit
DEF	„Zustand des Suchtmittelkonsumenten, in dem dieser sich nicht in der Lage fühlt, ohne die Einnahme eines Suchtstoffes zu leben.“ [...] „Alle Stoffe, die eine positive Wirkung auf das Gehirn haben können, das heißt alle Drogen, können zu psychischer Abhängigkeit führen. Wird die Droge nicht eingenommen, so führt dies beim Konsumenten – bei Vorliegen einer psychischen Abhängigkeit – zu einer Verschlechterung der Stimmung, innerer Unruhe und dem starken Drang, sich die Droge zu besorgen und erneut einzunehmen. Im Gegensatz zur körperlichen Abhängigkeit treten bei psychischer Abhängigkeit keine körperlichen Entzugssymptome auf, wenn die Droge nicht eingenommen wird. Weltweit gültige Kriterien, wann eine Abhängigkeit vorliegt und wann (noch) nicht, sind in der ICD 10 und im DSM IV beschrieben.“
QUE	Van Treeck, Drogen- und Sucht-Lexikon, 2004:10
KON	„Bei der A.“ [Abhängigkeit] „wird schließlich zwischen der seelischen (psychischen) und körperlichen (physischen) A. unterschieden. Die psychische Abhängigkeit zeigt sich in dem starken, gelegentlich übermächtigen Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu sich zu nehmen, während sich die körperliche Abhängigkeit durch Toleranz auszeichnet (es werden immer höhere Dosen der Substanz erforderlich, um die gleiche Wirkung zu erzielen).“
QUE	Stimmer, Suchtlexikon 2000:1

EN	<u>psychological dependence</u>
GR	Adj., N., Sg.
SYN	psychological dependency, psychic dependence
KON	„Psychological or psychic dependence refers to the experience of impaired control over drinking or drug use“ [...] „while physiological or physical dependence refers to tolerance and withdrawal symptoms.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„These substances“ [antacids] „do not typically have pleasurable psychic effects, yet attempts to discourage or forbid their use are met with resistance. Despite the patient’s strong motivation to take the substance, neither the dependence syndrome nor the withdrawal syndrome

	develops. These substances do not have dependence potential in the sense of intrinsic pharmacological effects, but are capable of inducing psychological dependence.”
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

DE	<u>Entzugssyndrom</u>
GR	N., n., Sg.
SYN	Entzugserscheinungen, Entziehungserscheinungen, Abstinenzerscheinungen, Abstinenzsymptome
DEF	„Es handelt sich um eine Gruppe von Symptomen unterschiedlicher Zusammensetzung und Schwere nach absolutem oder relativem Entzug einer psychotropen Substanz, die anhaltend konsumiert worden ist. Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und abhängig von der Substanzart und der Dosis, die unmittelbar vor der Beendigung oder Reduktion des Konsums verwendet worden ist. Das Entzugssyndrom kann durch symptomatische Krampfanfälle kompliziert werden.“
QUE	ICD-10: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamt12006/fr-icd.html
KON	„Zu einem Entzugssyndrom kommt es, wenn psychotrope Substanzen, die wiederholt und über einen längeren Zeitraum und/oder in hoher Dosierung konsumiert wurden, teilweise oder völlig entzogen werden. Symptome sind z.B. Schwitzen, Herzjagen (Tachykardie), Brechreiz und Durchfälle, Krampfanfälle, ängstliche, freudlose (dysphorische), depressive Stimmung, Schreckhaftigkeit oder Halluzinationen (Prädelir bis hin zum Delir).“
QUE	http://www.bptk.de/patienten/psychische_stoerungen_von_a_z/e/entzugssyndrom.html
KON	„Entziehungserscheinungen“: „Nach chronischer Intoxikation mit Alkohol, Opiat, Medikamenten u. a. bei plötzlicher Entziehung auftretende körperliche und psychische Veränderungen. Diese können je nach Art der Intoxikation verschieden sein. Es handelt sich vor allem um Erregungszustände, Schlaflosigkeit oder Dauerschlaf, Angstzustände, Schweißausbrüche, Durchfälle u. a. Ferner sind in der Entziehung von Alkohol und insbesondere von Schlafmitteln epileptische Anfälle häufig, die sich bis zum Status epilepticus steigern können. Auch Entziehungspsychosen, insbesondere Entziehungsdelirien sind häufig.“
QUE	Peters, Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie 1999:171
ANM	Am gebräuchlichsten, vor allem in auch in der Umgangssprache, ist das Synonym „Entzugserscheinungen“. Als Eintrag wurde dennoch das

	Entzugssyndrom“ gewählt, da diese Benennung mit der WHO konform geht bzw. auch im ICD-10 zu finden ist.
--	---

EN	<u>withdrawal syndrome</u>
GR	N., Sg.
SYN	withdrawal symptoms, abstinence syndrome, withdrawal reaction, withdrawal state
DEF	„A group of symptoms of variable clustering and degree of severity which occur on cessation or reduction of use of a psychoactive substance that has been taken repeatedly, usually for a prolonged period and/ or in high doses. The syndrome may be accompanied by signs of physiological disturbance. A withdrawal syndrome is one of the indicators of a dependence syndrome. It is also the defining characteristic of the narrower psycho-pharmacological meaning of dependence.” „The onset and course of the withdrawal syndrome are time-limited and are related to the type of substance and dose being taken immediately before cessation or reduction of use. Typically, the features of a withdrawal syndrome are the opposite of those of acute intoxication“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„The alcohol withdrawal syndrome is characterized by tremor, sweating, anxiety, agitation, depression, nausea, and malaise. It occurs 6-48 hours after cessation of alcohol consumption and, when uncomplicated, abates after 2-5 days. It may be complicated by grand mal seizures and may progress to delirium (known as delirium tremens).” „Sedative withdrawal syndromes have many features in common with alcohol withdrawal, but may also include muscle aches and twitches, perceptual distortions, and distortions of body image.” „Opioid withdrawal is accompanied by rhinorrhoea (running nose), lacrimation (excessive tear formation), aching muscles, chills, gooseflesh, and, after 24-48 hours, muscle and abdominal cramps. Drug-seeking behaviour is prominent and continues after the physical symptoms have abated. Stimulant withdrawal (the "crash") is less well defined than syndromes of withdrawal from central nervous system depressant substances; depression is prominent and is accompanied by malaise, inertia, and instability.”
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

DE	<u>Substanzmissbrauch</u>
GR	N., m., Sg.
SYN	schädlicher Gebrauch (psychotroper Substanzen)
DEF	„Missbrauch von Medikamenten und anderen Stoffen (Substanz). DSM III gibt eine engere Umschreibung: Einnahme auch tagsüber; Unfähigkeit, den Gebrauch der Substanz durch Willensanspannung zu beherrschen oder gar zu beenden, auch dann, wenn als Folge bereits Körperkrankheiten aufgetreten sind; Nachlassen der beruflichen Leistungsfähigkeit oder Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit nur durch Fortsetzung der Substanzeinnahme“.
QUE	Peters, Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie 2007:538
KON	„Substanzmissbrauch kann man nur im Sinne einer gesellschaftlichen Missbilligung definieren. Es kann das Experimentieren mit normalerweise illegalen Substanzen umfassen, die in der Freizeit gebraucht werden, den straffreien oder aber illegalen Gebrauch von psychotropen Substanzen zur Linderung von Problemen oder Symptomen oder den Gebrauch legaler oder illegaler Substanzen aus den bisher genannten Gründen, aus dem jedoch später eine Abhängigkeit mit der Notwendigkeit wird, den Konsum zur Vermeidung von Entzugerscheinungen zumindest teilweise fortzusetzen. Ein Gebrauch von illegalen Substanzen wird allein aufgrund der Tatsache der Illegalität als Missbrauch betrachtet, muss aber nicht zwangsweise immer zur Abhängigkeit führen. Andererseits kann auch der Gebrauch von legalen Substanzen wie Alkohol zu Missbrauch und Abhängigkeit führen. Der Missbrauch verschreibungspflichtiger Medikamente und illegaler Substanzen tritt in allen sozioökonomischen Gruppen auf und ist auch bei Menschen mit hohem Bildungs- und Berufsstatus verbreitet.“ „Die ICD-10 versteht unter Missbrauch den Konsum psychotroper Substanzen, der zu körperlichen oder psychischen Problemen einschl. einer eingeschränkten Urteilsfähigkeit sowie eines gestörten Sozialverhaltens führt.“
QUE	MSD Manual, http://www.msd.de/htbin/msdmanual.pl?m=15-3

EN	<u>substance abuse</u>
GR	N., Sg.
DEF	„A group of terms in wide use but of varying meaning. In DSM-III-R,

	,psychoactive substance abuse' is defined as ,a maladaptive pattern of use indicated by ...continued use despite knowledge of having a persistent or recurrent social, occupational, psychological or physical problem that is caused or exacerbated by the use [or by] recurrent use in situations in which it is physically hazardous'. It is a residual category, with dependence taking precedence when applicable.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„The term ,abuse' is sometimes used disapprovingly to refer to any use at all, particularly of illicit drugs. Because of its ambiguity, the term is not used in ICD-I0 (except in the case of non-dependence-producing substances- see below); harmful use and hazardous use are the equivalent terms In WHO usage, although they usually relate only to effects on health and not to social consequences. ,Abuse' is also discouraged by the Office of Substance Abuse Prevention (OSAP, now CSAP - Center for Substance Abuse Prevention) in the USA, although terms such as ,substance abuse' remain in wide use in North America to refer generally to problems of psychoactive substance use.”
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

DE	<u>Toleranz</u>
GR	N., f., Sg.
SYN	Desensibilisierung, Adaption
KON	„Toleranz beschreibt die Notwendigkeit, die Dosis immer weiter zu erhöhen, um den gleichen Effekt zu erzielen, der anfangs mit einer kleineren Dosis erreicht wurde.“
QUE	MSD Manual, http://www.msd.de/htbin/msdmanual.pl?m=15-3
KON	„Toleranz und Abhängigkeit: Pharmakologische Gewöhnung und Dosissteigerung treten relativ rasch (nach einigen Tagen regelmäßiger Einnahme) und auch bei verhältnismäßig niedrigen Dosierungen ein. Anders als im Fall der Opiate gibt es eine obere Grenze der Toleranz und damit der Dosis, die vom Gewöhnten ohne Vergiftungserscheinungen vertragen wird. Nach einer Entwöhnung ist eventuell die Empfindlichkeit für die Substanz gesteigert, da die früher aufgebaute Toleranz rasch schwindet. Ein weiteres Merkmal der Gewöhnung an diese Substanzen ist der Umstand, dass die Toleranz nicht in gleichem Ausmaß gegenüber allen Wirkungen zur Ausprägung kommt. Im Allgemeinen besteht höhere Toleranz gegenüber dem beruhigenden als gegenüber dem erregenden Effekt.“
QUE	Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer, http://www.oeaz.at/zeitung/3aktuell/2001/25/haupt/haupt25_2001zent.html

EN	<u>tolerance</u>
GR	N., Sg.
DEF	„A decrease in response to a drug dose that occurs with continued use. Increased doses of alcohol or other drugs are required to achieve the effects originally produced by lower doses. Both physiological and psychosocial factors may contribute to the development of tolerance, which may be physical, behavioural, or psychological. With respect to physiological factors, both metabolic and/or functional tolerance may develop. By increasing the rate of metabolism of the substance, the body may be able to eliminate the substance more readily. Functional tolerance is defined as a decrease in sensitivity of the central nervous system to the substance. Behavioural tolerance is a change in the effect of a drug as a result of learning or alteration of environmental constraints.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

KON	„Acute tolerance is rapid, temporary accommodation to the effect of a substance following a single dose. Reverse tolerance, also known as sensitization, refers to a condition in which the response to a substance increases with repeated use. Tolerance is one of the criteria for the dependence syndrome.”
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

DE	<u>psychotische Störung</u>
GR	Adj., f., Sg.
SYN	hallucinogen persisting perception disorder
DEF	„Eine Gruppe psychotischer Phänomene, die während oder nach dem Substanzgebrauch auftreten, aber nicht durch eine akute Intoxikation erklärt werden können und auch nicht Teil eines Entzugssyndroms sind. Die Störung ist durch Halluzinationen (typischerweise akustische, oft aber auf mehr als einem Sinnesgebiet), Wahrnehmungsstörungen, Wahnideen (häufig paranoide Gedanken oder Verfolgungsideen), psychomotorische Störungen (Erregung oder Stupor) sowie abnorme Affekte gekennzeichnet, die von intensiver Angst bis zur Ekstase reichen können. Das Sensorium ist üblicherweise klar, jedoch kann das Bewusstsein bis zu einem gewissen Grad eingeschränkt sein, wobei jedoch keine ausgeprägte Verwirrtheit auftritt.“
QUE	ICD-10, http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f10-f19.htm
KON	„Unter einer drogeninduzierten Psychose versteht man eine psychotische Störung, • die akut nach Einnahme von Halluzinogenen, Kokain oder Cannabis aufgetreten ist oder • die nach drogenfreiem Intervall ohne erneute Substanzeinnahme auftritt oder • die nach dem Konsum von Halluzinogenen auftritt und die Symptomatik einer Schizophrenie oder eine schizophrenieähnliche Symptomatik zeigt oder • die sich durch deutlich verlängerte Rauschintervalle mit entsprechenden Symptomen auszeichnet. “
QUE	http://www.psychosezentrum.de/drogen/all.htm
ANM	Die vorliegende Definition aus dem ICD-10 für die “psychotische Störung” behandelt nur den Fall der substanzinduzierten psychotischen Störung, sie kann deshalb nicht als allgemeingültige Definition für psychotische Störungen jeglicher Art gesehen werden. Zu unterscheiden von „Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung“ (s. gleichlautenden Glossareintrag)

EN	<u>psychotic disorder</u>
GR	Adj., N., Sg.
SYN	hallucinogen persisting perception disorder
DEF	„psychotic disorder alcohol- or drug-induced - A cluster of psychotic phenomena that occur during or following substance abuse but not as a result of acute intoxication alone and not as part of a withdrawal syndrome. The disorder is characterized by hallucinations (typically auditory , but often in more than one sensory modality), perceptual distortions, delusions (often of a paranoid or persecutory nature), psychomotor disturbances (excitement or stupor), and abnormal affect (such as intense pain, psychotic depression, or ecstasy). The sensorium is usually clear although some degree of clouding of consciousness may be present. Such entities as alcoholic hallucinosis, amphetamine psychosis and persistent alcohol- or drug-induced psychotic state are included within this category.”
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„Co-morbid khat abuse can lead to the deterioration of psychotic disorders, can facilitate aggressive acts and complicates treatment. The medical and legal system of the countries where khat use reaches highest levels are not fully prepared to deal with such cases. Further research and the development of adequate prevention and treatment measures is urgently needed.”
QUE	http://psydok.sulb.uni-saarland.de/frontdoor.php?source_opus=2419&la=de
ANM	„Alcoholic psychosis’ has been used loosely in a mental hospital context to mean any mental disorder (including alcohol dependence) related to alcohol use. In ICD-I0, substance use psychotic disorders are distinguished from residual and late-onset psychotic disorders.” (http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)

DE	<u>Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung</u>
GR	„Restzustand“: N., m., Sg.; „verzögert auftretende psychotische Störung“: Adv., Adj. N., f., Sg.
SYN	hallucinogen persisting perception disorder (weitere Synonyme s. unten Definition)
DEF	„Eine Störung, bei der alkohol- oder substanzbedingte Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten, des Affektes, der Persönlichkeit oder des Verhaltens über einen Zeitraum hinaus bestehen, in dem noch eine direkte Substanzwirkung angenommen werden kann.“ „Der Beginn dieser Störung sollte in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Gebrauch der psychotropen Substanz stehen. Beginnt das Zustandsbild nach dem Substanzgebrauch, ist ein sicherer und genauer Nachweis notwendig, dass der Zustand auf Effekte der psychotropen Substanz zurückzuführen ist. Nachhallphänomene (Flashbacks) unterscheiden sich von einem psychotischen Zustandsbild durch ihr episodisches Auftreten, durch ihre meist kurze Dauer und das Wiederholen kürzlich erlebter alkohol- oder substanzbedingter Erlebnisse.“ Inkl.: „Alkoholdemenz o.n.A.“ „Chronisches hirnorganisches Syndrom bei Alkoholismus“ „Demenz und andere leichtere Formen anhaltender Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten“ „Nachhallzustände (Flashbacks)“ „Posthalluzinogene Wahrnehmungsstörung“ „Residuale affektive Störung“ „Residuale Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens“ „Verzögert auftretende psychotische Störung durch psychotrope Substanzen bedingt“
QUE	ICD-10, http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f10-f19.htm#S05F10_4
ANM	„Alkoholdemenz“, „Chronisches hirnorganisches Syndrom bei Alkoholismus“ sowie die weiteren unter obiger Definition aufgeführten Diagnosen sind ebenfalls als Synonyme zu werten.

EN	<u>psychotic disorder, residual and late-onset, alcohol- or drug-induced</u>
GR	Adj., N., Sg.
SYN	hallucinogen persisting perception disorder
DEF	„Alcohol- or drug-induced changes in cognition, affect, personality, or behaviour that persist beyond the period during which a direct drug-related effect might reasonably be assumed to be operating. The term is included in ICD-10 to cover what would more properly be called "mental and behavioural disorders, residual and late-onset, alcohol- or drug-induced." In ICD-10, this category (F1x.7) includes alcoholic dementia not otherwise specified, chronic alcoholic brain syndrome, dementia and other milder forms of persisting cognitive impairment, flashbacks, post-hallucinogen perception disorder, residual affective disorder, and residual disorder of personality and behaviour “
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

DE	<u>Delir</u>
GR	N., n., Sg.
SYN	Delirium tremens, Delirium
DEF	„Ausdruck für einen psychoseähnlichen Zustand, der vor allem im Entzug bei Alkoholikern und Konsumenten von Benzodiazepinen vorkommt. Auch bei organischen Erkrankungen und als Nebenwirkung von manchen Medikamenten kann ein Delirium auftreten. Ein Delirium ist gekennzeichnet durch Halluzinationen. Diese zeigen sich vor allem als optische Halluzinationen, die Patienten sehen Tiere, z. B. weiße Mäuse. Im Unterschied zu Psychosen, zu wahnhaften Störungen“ [...] „und zur Alkoholhalluzinose ist das Bewusstsein getrübt und es bestehen Störungen der Herz-Kreislauf-Regulation und des vegetativen Systems. Rund die Hälfte der Delirien beginnt mit einem Krampfanfall. Unbehandelt kann ein Delir zum Tod führen.“
QUE	Van Treeck, Drogen- und Sucht-Lexikon, 2004:158
KON	„Spontanverlauf: Die Letalität (Sterblichkeitsrate) des unbehandelten Delirs liegt bei 15% wobei ältere und wiederholt delirante Patienten vor allem aufgrund ihrer Multimorbidität eine schlechtere Prognose haben.“
QUE	http://www.uni-protokolle.de/Lexikon/Delirium_tremens.html
ANM	Das Delirium tremens ist eine Sonderform des Delirs. Während letztere Benennung allgemein im Kontext von Substanzabhängigkeiten gebraucht wird, bezieht sich das Delirium tremens nur auf das alkoholinduzierte Delir.

EN	<u>delirium</u>
GR	N., Sg.
SYN	delirium tremens (alcohol-induced)
DEF	„An acute organic cerebral” [sic] „syndrome characterized by concurrent disturbances of consciousness, attention, perception, orientation, thinking, memory , psychomotor behaviour, emotion, and the sleep-wake cycle. Duration is variable, from a few hours to a few weeks and the degree of severity ranges from mild to very severe. An alcohol-induced withdrawal syndrome with delirium is known as delirium tremens.”
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„Animal experiments, family studies, twin studies and adoption studies show that both environmental and genetic influences seem to play a critical role in the etiology of alcohol dependence. It also can be assumed

	that the emergence of delirium tremens (DT) during alcohol withdrawal is caused by various factors.”
QUE	http://w210.ub.uni-tuebingen.de/volltexte/2005/1729/

DE	<u>schädlicher Gebrauch</u>
GR	Adj., N., m., Sg.
DEF	„Schädlicher Gebrauch von Suchtmitteln ist nach der ICD 10 ein Konsummuster, das bereits zur“ [sic] „gesundheitlichen Schäden (z. B. Leberzirrhose) geführt hat, das aber ansonsten die Kriterien, die für die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung gefordert werden, nicht erfüllt. Rechtliche Folgen (z. B. Inhaftierung) oder andere soziale Folgen (z. B. Ablehnung des Konsums durch Partner oder Familie) reichen zur Stellung der Diagnose ‚schädlicher Gebrauch‘ nicht aus.“ „Je nach Suchtmittel ist nach ICD 10 die Ziffer F10.1 (Schädlicher Gebrauch von Alkohol), F11.1 (Schädlicher Gebrauch von Opioiden), F12.1 (Schädlicher Gebrauch von Cannabis), F13.1 (Schädlicher Gebrauch von Sedativa oder Hypnotika), F14.1 (Schädlicher Gebrauch von Sedativa oder Hypnotika), F14.1 (Schädlicher Gebrauch von Kokain), F15.1 (Schädlicher Gebrauch von Stimulanzien einschließlich Koffein), F16.1 (Schädlicher Gebrauch von Halluzinogenen), F10.1 (Schädlicher Gebrauch von Tabak), F10.1 (Schädlicher Gebrauch von Lösungsmitteln) und F19.1 (Schädlicher Gebrauch multipler oder sonstiger psychotroper Substanzen) zu verschlüsseln.“
QUE	Van Treeck, Drogen- und Sucht-Lexikon, 2004:525 f.
KON	„Das Spektrum des behandlungsbedürftigen Alkohol- und Medikamentenabusus oder des ‚schädlichen Gebrauchs‘ (ICD-10, Dilling et al., 1999) reicht vom iatrogen erzeugten Medikamentenkonsum, wenn Betroffene in Eigenregie beispielsweise ursprünglich ärztlich verordnete Analgetikakombinationspräparate steigend dosieren, über das Problem- und Erleichterungstrinken bis an die Grenze zur manifesten körperlichen Abhängigkeit.“
QUE	Petra Schuhler, http://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/9783621276368.pdf

EN	<u>harmful use</u>
GR	Adj., N., Sg.
DEF	„A pattern of psychoactive substance use that is causing damage to health. The damage may be physical (e.g. hepatitis following injection of drugs) or mental (e.g. depressive episodes secondary to heavy alcohol intake). Harmful use commonly, but not invariably, has adverse social consequences; social consequences in themselves, however, are not

	sufficient to justify a diagnosis of harmful use. The term was introduced in ICD-10 and supplanted "non-dependent use" as a diagnostic term. The closest equivalent in other diagnostic systems (e.g. DSM-III-R) is substance abuse, which usually includes social consequences. See also: hazardous use“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„Harmful use of alcohol ¹ is one of the main factors contributing to premature deaths and avoidable disease burden worldwide and has a major impact on public health. Although there are regional, national and local differences in levels, patterns and context of drinking, in 2002 the harmful use of alcohol was estimated to cause about 2.3 million premature deaths worldwide (3.7% of global mortality) and to be responsible for 4.4% of the global burden of disease, even when protective effects of low and moderate alcohol consumption on morbidity and mortality have been taken into consideration.“
QUE	http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_13-en.pdf

DE	<u>posttraumatische Belastungsstörung</u>
ABK	PTBS
GR	Adj., N., f., Sg.
SYN	traumatische Neurose
DEF	„Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.“
QUE	ICD-10, http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f40-f48.htm
KON	„Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folge­reaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse (wie z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (sogenannter sexueller Mißbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die

	eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.“
QUE	http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/051-010.htm

EN	<u>post-traumatic stress disorder</u>
ABK	PTSD
GR	Adj., N., Sg.
DEF	„An anxiety disorder arising as a delayed and protracted response after experiencing or witnessing a traumatic event involving actual or threatened death or serious injury to self or others. It is characterized by intense fear, helplessness, or horror lasting more than four weeks, the traumatic event being persistently re-experienced in the form or distressing recollections, recurrent dreams, sensations of reliving the experience, hallucinations, or flashbacks”, [...] „intense distress and physiological reactions in response to anything reminiscent of the traumatic event, evidence of persistent avoidance of stimuli associated with the trauma, a numbing of responsiveness, and heightened arousal manifested as insomnia, irritability, difficulty concentrating, hypervigilance, or exaggerated startle response. Formerly called ‚traumatic neurosis‘, and before that ‚shell shock‘.”
QUE	Colman, “A Dictionary of Psychology” 2006:589 f.
KON	„Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD, is an anxiety disorder that can develop after exposure to a terrifying event or ordeal in which grave physical harm occurred or was threatened.” „Traumatic events that may trigger PTSD include violent personal assaults, natural or human-caused disasters, accidents, or military combat.“ [...] „People with PTSD have persistent frightening thoughts and memories of their ordeal and feel emotionally numb, especially with people they were once close to. They may experience sleep problems, feel detached or numb, or be easily startled.”

QUE	http://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml
------------	---

3. Geschichte und Entwicklung des Begriffs Co-Abhängigkeit

Die Entwicklung des Begriffs „Co-Abhängigkeit“ ist eng verwoben mit der Geschichte der Behandlung von Suchtkrankheiten, insbesondere aber mit der Behandlung des Alkoholismus; was den Wandel des gesellschaftlichen Verständnisses der Sucht betrifft, weg von einer moralischen Verurteilung des Abhängigen, konnten Laienorganisationen, wie die Anonymen Alkoholiker, vorsichtige Teilerfolge verzeichnen. Auch der Begriff „Co-Abhängigkeit“ ist unter anderem auf die Anonymen Alkoholiker bzw. Al-Anon zurückzuführen.

Bei der Beschäftigung mit dem Bereich der Co-Abhängigkeit werden Parallelen zu weiteren Konzepten deutlich, die in der Ratgeberliteratur der 70er und 80er Jahre ähnliche Beobachtungen beschrieben. So verweist auch Franz Stimmer auf Robin Norwoods Buch „Wenn Frauen zu sehr lieben“, in welchem die Autorin das Konzept der ‚abhängigen Liebe‘ darlegt, sowie auf Wolfgang Schmidbauers „Hilflose Helfer“ (1975), welches den Begriff „Helfer-Syndrom“ prägte. Stimmer betont, dass es bei der Co-Abhängigkeit nahe läge, „an die sog. ‚Helfer-Persönlichkeit‘ und das sog. ‚Helfer-Syndrom‘ zu denken“ [...] und merkt an, dass „unter Helferinnen und Helfern, die sich in eine Position der Co-Abhängigkeit begeben,“ [...] „Burnout-Phänomene verbreitet“ seien (Stimmer 2000:94) - eine Diagnose, welche häufig in einem Atemzug mit der Co-Abhängigkeit genannt wird bzw. hinter welcher sich nicht selten Co-Abhängigkeit verbirgt.

Im Folgenden wird auf die Organisation der Anonymen Alkoholiker näher eingegangen, Grundsätze und Unterorganisationen werden beschrieben. Weiters sollen Überschneidungen der Begriffe „Enabling“ und „Helfersyndrom“ mit dem Phänomen „Co-Abhängigkeit“ deutlich gemacht werden.

3.1 Anonyme Alkoholiker

„Das Phänomen Co-Abhängigkeit wurde zunächst in Kreisen der Anonymen Alkoholiker erwähnt.“ (Stimmer 2000:91)

Eine wichtige Rolle bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit spielten und spielen die Anonymen Alkoholiker. Obschon die Mitglieder dieser Laienorganisation, der Name sagt es bereits, anonym bleiben, hat die Bewegung einen wesentlichen Beitrag einerseits zum Verständnis von Alkoholismus als Krankheit, andererseits zum Sichtbar-machen eben dieser geleistet.

3.1.1 Geschichte der Anonymen Alkoholiker

Die Anonymen Alkoholiker, oder kurz: „AA“, entstanden 1935 in den Vereinigten Staaten, genauer in Akron, Ohio und gehen auf eine Begegnung der beiden Gründungsmitglieder, Robert ‚Dr. Bob‘ Holbrook Smith, einem renommierten Chirurg und William ‚Bill‘ Griffith Wilson, einem New Yorker Börsenmakler, beide Alkoholiker, zurück. Die beiden Männer erkannten, dass der offene Erfahrungsaustausch ihnen beim „trocken“-bleiben half. Vier Jahre später -die Gemeinschaft zählte damals bereits hundert Mitglieder, die sich auf drei Gruppen aufteilten (Akron, New York, Cleveland)- beschloss man, die gesammelten Erfahrungen und die Grundsätze der Gemeinschaft zu Papier zu bringen. Das „Blaue Buch“ enthielt neben Lebensgeschichten von Alkoholikern die „Zwölf Schritte“ (s. 3.1.2.), den spirituellen Leitfaden der Bewegung und ist nach wie vor seine Grundlage. Der Buchtitel „Anonyme Alkoholiker“ gab der Gemeinschaft schließlich ihren Namen.

Nicht zuletzt die positiven Berichte in den Printmedien über das Blaue Buch führten zu einem großen Zulauf: Anfang der 1940er Jahre hatten sich die Anonymen Alkoholiker, oder kurz: „AA“ bereits bis über die Grenzen der Vereinigten Staaten ausgebreitet.

Um Fragen der Organisation der sich rasant vergrößernden Bewegung gerecht zu werden und zur Darlegung einheitlicher Regeln veröffentlichten die AA 1946 die „Zwölf Traditionen“. Mit der Bestätigung dieser Richtlinien auf der „Ersten Internationalen Konferenz AA in Cleveland“ im Jahre 1950 erhielten die Anonymen Alkoholiker ihre gegenwärtige Gestalt.

1996 hatten die AA 1,8 Millionen Mitglieder in 90.000 Gruppen und waren in 146 Ländern vertreten. (vgl www.anonyme-alkoholiker.de).

3.1.2 „Die 12 Schritte der Anonymen Alkoholiker“

Die 12 Schritte fassen die spirituellen Grundlagen der Anonymen Alkoholiker zusammen. Sie wurden von Al-Anon und Alateen (s. 3.2.) und in weiterer Folge, mit leicht verändertem Wortlaut auch von anderen Selbsthilfegruppen übernommen.

1. Schritt

„Wir gaben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind – und unser Leben nicht mehr meistern konnten.“

2. Schritt

„Wir kamen zu dem Glauben, dass eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.“

3. Schritt

„Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes – wie wir Ihn verstanden – anzuvertrauen.“

4. Schritt

„Wir machten eine gründliche und furchtlose Inventur in unserem Inneren.“

5. Schritt

„Wir gaben Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber unverhüllt unsere Fehler zu.“

6. Schritt

„Wir waren völlig bereit, all diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.“

7. Schritt

„Demütig baten wir Ihn, unsere Mängel von uns zu nehmen.“

8. Schritt

„Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten und wurden willig, ihn bei allen wieder gutzumachen.“

9. Schritt

„Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut – wo immer es möglich war –, es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt.“

10. Schritt

„Wir setzten die Inventur bei uns fort, und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.“

11. Schritt

„Wir suchten durch Gebet und Besinnung die bewusste Verbindung zu Gott – wie wir Ihn verstanden – zu vertiefen.“

„Wir baten Ihn nur, uns Seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen.“

12. Schritt

„Nachdem wir durch diese Schritte ein spirituelles Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an Alkoholiker weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten.“

(www.anonyme-alkoholiker.de)

3.1.2.1 Weitere 12 Schritte Gruppen

Laut WHO gibt es inzwischen mehrere hundert Selbsthilfegruppen, die auf der Grundlage des 12 Schritte-Programms der Anonymen Alkoholiker bzw. einer sinngemäßen Version selbiger aufgebaut sind. Zu ihnen zählen die NA (Narcotics Anonymous), EA (Emotional Anonymous), EKA (Erwachsene Kinder von Alkoholikern), OA (Overeaters Anonymous) und auch CoDA (Co-Dependents Anonymous).

„A mutual-help group organized around the twelve-step programme of Alcoholics Anonymous (AA) or a close adaption of that programme. AA 's programme of twelve steps involves admitting one is powerless over one' s drinking and over one' s life because of drinking, turning one' s life over to a "higher power" , making a moral inventory and amends for past wrongs, and offering to help other alcoholics. A recovering alcoholic ,on the programme' must never drink again, although this objective is accomplished one day at a time.”

„Other twelve-step groups vary in their adherence to the twelve traditions.”

„There are now some hundreds of organizations of twelve-step groups, each focused on one of a wide range of behavioural, personality, and relationship problems. Others operating in the drug field include Cocaine Anonymous, Drugs Anonymous, Narcotics Anonymous, Nicotine or Smokers Anonymous, and Pill Addicts Anonymous. For families of alcoholics or addicts, there are Al-Anon, Alateen, and CoDependents Anonymous.” (www.who.int)

Die CoDa, oder Co-Dependents Anonymous, ist eine der 12 Schritte-Gruppen, mit dem meisten Zulauf. Sie wurde Mitte der Achtziger Jahre in den USA gegründet, 1989 folgte die erste Gruppe im deutschsprachigen Raum.

CoDa definiert sich und Co-Abhängigkeit folgendermaßen:

„CoDA ist eine Gemeinschaft von Frauen und Männern, deren gemeinsames Problem die Unfähigkeit ist, gesunde Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten.“

„Co-Abhängigkeit ist eine Beziehungsstörung in dem Sinne, dass wir uns in schädlicher und ungesunder Weise von anderen Menschen abhängig machen. Wir neigen dazu, andere Menschen (Partner, Eltern, Kinder, Verwandte, Freunde, Bekannte, Kollegen usw.) als einzige Quelle unserer Identität, unseres Wertes und unseres Wohlbefindens zu benutzen.“ (CoDA - <http://www.coda-deutschland.de/tool-oea-de.htm>)

CoDa verfolgt also einen Ansatz, der auf einer weiter gefassten Definition von Co-Abhängigkeit fußt, ohne hierfür einen Süchtigen in irgendeiner Weise zu bemühen.

3.1.2.2 „12 Schritte-Kliniken“

Eine Reihe psychosomatischer Kliniken, unter anderem Einrichtungen, die auf dem Bad Herrenalber Modell basieren, arbeiten ebenfalls mit dem 12 Schritte-Programm. Kliniken nach diesem Prinzip, populär „12 Schritte-Kliniken“ genannt, behandeln zwar auch ‚Alkoholmissbrauch‘, jedoch nicht ausschließlich. Unter den Indikationen finden sich ebenso Burnout, posttraumatische Belastungsstörungen und Essstörungen, aber auch psychosomatische Beschwerden aller Art, z. B. Migräne, Schwindel und Schlafstörungen.

„Das Herrenalber Modell wurde von Dr. Walther H. Lechler entwickelt und setzt sich aus vier Bausteinen zusammen:“

- „Systemische Familientherapie“
- „Therapeutische Lehr-Lern-Gemeinschaft“
- „Bonding-Psychotherapie nach Dan Casriel“
- „12-Schritte-Programm/Selbsthilfegruppen“

(www.klinik-bad-herrenalb.com)

In der Selbstbeschreibung der Bad Herrenalber Klinik (Bad Herrenalb, im Südwesten Deutschlands), die dem Konzept ihren Namen gab, wird das Modell wie folgt erklärt:

„Es fußt auf der Einsicht, dass der Mensch in sich genug, womöglich nur verborgenes Potential trägt, um sich selbst zu heilen. Dies kann er allerdings nur in der Begegnung mit anderen Menschen. Durch den Kontakt mit der Gemeinschaft soll der Patient seine eigenen positiven Werte wieder erkennen und sein Selbstvertrauen stärken, um diese wiederentdeckten Fähigkeiten später in der alltäglichen Umgebung nicht wieder zu verlieren.“ (www.klinik-bad-herrenalb.com)

Der Einsatz der 12 Schritte-Programms wird damit begründet, dass er „dem Einzelnen“ hilft, „schicksalhafte, unveränderliche Dinge hinzunehmen und sie von den Dingen zu unterscheiden, die veränderbar sind.“ (www.klinik-bad-herrenalb.com)

Die deutsche Adula- und die Hochgrat-Klinik, welche sich als „eine Weiterentwicklung des Bad Herrenalber Modells“ begreifen, fassen das 12 Schritte-Programm als „Hilfe zur Selbsthilfe“ auf. Es wird eingeräumt, dass es „keine professionelle Methode an sich“ ist, „sondern ein spiritueller Weg, der beschritten wird. Die Anerkennung einer Höheren Kraft und die Erkenntnis, in ein größeres System eingebunden zu sein, gibt Halt und Mut.“ (www.adula-klinik.de)

3.1.3 Grundsätze, „Die Zwölf Traditionen“

„AA is organized in terms of ‚twelve traditions‘, which enjoin anonymity, an apolitical stance, and a non-hierarchical organizational structure.” (www.who.int)

Die Anonymen Alkoholiker richten sich in ihrem Tun nach den „Zwölf Traditionen“, Richtlinien, auf die sich die Organisation 1946 geeinigt hat. Weltweit agieren alle AA-Gruppen einheitlich auf Grundlage dieser Regeln. Sie „regeln sowohl das ‚Innenleben‘ der Gemeinschaft als auch ihre Beziehungen zur Umwelt.“ (www.anonyme-alkoholiker.de)

„The Twelve Traditions of Alcoholics Anonymous”

1. „Our common welfare should come first; personal recovery depends upon A.A. unity.”
2. „For our group purpose there is but one ultimate authority—a loving God as He may express Himself in our group conscience. Our leaders are but trusted servants, they do not govern.”
3. „The only requirement for A.A. membership is a desire to stop drinking.”
4. „Each group should be autonomous except in matters affecting other groups or A.A. as a whole.”
5. „Each group has but one primary purpose—to carry its message to the alcoholic who still suffers.”
6. „An A.A. group ought never endorse, finance, or lend the A.A. name to any related facility or outside enterprise, lest problems of money, property, and prestige divert us from our primary purpose.”
7. „Every A.A. group ought to be fully self-supporting, declining outside contributions.”

8. „Alcoholics Anonymous should remain forever nonprofessional, but our service centers may employ special workers.”

9. „A.A., as such, ought never be organized; but we may create service boards or committees directly responsible to those they serve.”

10. „Alcoholics Anonymous has no opinion on outside issues; hence the A.A. name ought never be drawn into public controversy.”

11. „Our public relations policy is based on attraction rather than promotion; we need always maintain personal anonymity at the level of press, radio and films.”

12. „Anonymity is the spiritual foundation of all our traditions, ever reminding us to place principles before personalities.“

(www.aa.org)

Ein Kernpunkt der Zwölf Traditionen ist die Anonymität (s. 11. und 12.). Innerhalb der AA-Gruppen wird ein offener und ehrlicher Umgang mit dem Thema Alkohol gepflegt, so können Teilnehmende frei über ihre Probleme sprechen, ohne dabei ein öffentliches ‚Outing‘ als Alkoholiker oder im weiteren Sinne, bei Al-Anon-Gruppen, als AngehörigeR eines Alkoholikers zu fürchten - eine Tatsache, die gerade beim gesellschaftlichen Tabuthema „Sucht“, die eben noch immer oft nicht als Krankheit begriffen wird, von größter Wichtigkeit ist.

Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker basiert weiters auf Neutralität und nimmt keinen politischen oder wie auch immer gearteten Standpunkt ein (s. 10. Tradition), um ausschließlich auf die Genesung der Mitglieder fokussieren zu können. Unter anderem, um diese Neutralität zu gewährleisten, finanzieren sich die Gruppen auch lediglich durch freiwillige Spenden der Mitglieder (s. 6. u. 7. Tradition)

Zwiespältig ist die propagierte Unabhängigkeit und Neutralität jedoch, wenn es um religiöse Standpunkte geht (s. 3.1.5.): Obwohl kein Standpunkt eingenommen werden soll und auch keine religiösen Ansichten verbreitet werden sollen, ist dennoch von Gott die Rede (s. 10. sowie 2., 3., 5., 6., 7., 11. und 12. Schritt der 12 Schritte)

3.1.4 Erfolge

Der Zulauf, den die AA nach wie vor haben, die Tatsache, dass ihr 12 Schritte-Programm auch in Kliniken eingesetzt wird und dass die Teilnahme an ihren Gruppen auch von Fachleuten befürwortet wird, spricht zwar für sich, dennoch ist eine wissenschaftliche Messung des Erfolgs von AA schwierig bis unmöglich, da ob der Anonymität ihrer Mitglieder keine verlässlichen Zahlen bekannt sind.

Gesellschaftlich spürbar ist die Tatsache dass „die Bewegung der AA“ [...] äußerst erfolgreich eine Entstigmatisierung des Alkoholikers eingeleitet“ hat.:

„Ausschlaggebend dafür war vor allem das konsequente Berufen auf den von ihnen vertretenen spezifischen Krankheitsbegriff, der zu einer grundlegenden Veränderung der Wahrnehmung des Alkoholikers in der Gesellschaft führte. Der kontrollverlustige Trinker wurde zunehmend als kranke Person angesehen und - dies ist mindestens so bedeutsam - als respektable Persönlichkeit, wenn es ihm gelang, fortan abstinente zu leben.“

(Wienemann 1999:99)

3.1.5 Kritik

Ein Aspekt der Kritik an den Anonymen Alkoholikern ist die Tatsache, dass „AA von weißen Männern einer gewissen sozialen Schicht (die der erfolgreichen Berufstätigen in den 1930er Jahren) geschaffen wurde, und dass dies ganz unbewusst eine maskulin-orientierte Behandlungsweise fördert“. Dadurch bedingt wird bei der Genesung auf „männliche Bedürfnisse“ fokussiert, was der Genesung weiblicher Alkoholikerinnen (im weiteren Sinne, da auch andere Selbsthilfegruppen die 12 Schritte übernommen haben, auch Co-Abhängiger Frauen etc., eben Frauen, die in Gruppen oder Kliniken, die auf dem 12 Schritte-Programm basieren, nach Heilung suchen) zuwiderlaufen kann:

„Fast jeder Schritt in den Zwölf Schritten dreht sich um Demut und Ego-Schrumpfung – oder die Wiederherstellung von Beziehungen. Dies passt wahrscheinlich, wenn der Süchtige ein alkoholabhängiger Doktor oder Geschäftsmann ist, aber dies könnte schädlich sein, wenn die Süchtige eine auf der Strasse lebende Prostituierte ist. Im ersten Fall wäre ein Ego abbauender Zugang sehr wohl angezeigt; im zweiten Fall wäre eine egoaufbauende und festigende Therapie wohl mehr angemessen.“

(John Dupuy, <http://integralrecovery.com>)

Ebenfalls kritisiert wird der christlich-spirituelle Ansatz der Anonymen Alkoholiker, der nicht zuletzt in den 12 Schritten anklingt. Durch Sätze wie „Wir kamen zu dem Glauben, dass eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann“ und „Wir suchten durch Gebet und Besinnung die bewusste Verbindung zu Gott – wie wir Ihn verstanden – zu vertiefen“ wird klar, dass Atheisten der Zugang zum Programm der AA erschwert ist. Zwar wird seitens AA eingeräumt, dass das Programm sowie die ganze Bewegung keineswegs christlich, sondern lediglich spirituell ausgerichtet sei und dass z.B. die höhere Macht, von der die Rede ist, ebenso wie „Gott“ von Atheisten umgedeutet werden können, indem sie gedanklich beispielsweise die physikalischen Naturgesetze oder die eigenen Selbstheilungskräfte hiermit gleichsetzen; dieses Zugeständnis wird deutlich durch den Zusatz „wie wir Ihn verstanden“. Dennoch ist dieser Gott-Begriff, wie auch immer er aufgefasst wird, d. h. selbst wenn er auch auf nicht-christliche Weise aufgefasst werden darf, per se keineswegs als neutral zu betrachten.

„Ich will dafür bereit sein, daß meine Charakterfehler beseitigt werden und alles tun, was ich kann, um mich darauf vorzubereiten.“ [...] „Mir fehlt jedoch die Kraft dazu. Das schafft nur meine Höhere Macht.“ (Al-Anon, in „Mut zur Veränderung“)

Demnach ist auch von Atheisten ein Zugeständnis nötig, um das Programm, die 12 Schritte, wie sie von AA intendiert sind, absolvieren zu können. In folgender Textstelle wird deutlich, dass ein Glaubensbekenntnis zumindest indirekt vorausgesetzt wird, gleich welcher Art:

„Die Prinzipien“ [...] „sind universell; jedermann kann sie anwenden, gleichgültig, welches Glaubensbekenntnis er hat.“ (ebd., S. 367)

Auch die Sprache der AA, von Al-Anon und Alateen, sowie die vertretenen Standpunkte, welche selbst innerhalb der Selbsthilfegruppenlandschaft, die ja von Laien geprägt ist, erstaunlich unwissenschaftlich bzw. unsachlich daherkommen, sind ein Kritikpunkt:

„Eher intellektuell orientierte Personen werden sich vermutlich durch die ausgeprägt antiintellektuelle Haltung („Utilize, Don't Analyze“) und die Forderung nach Demut und bedingungslosem Vertrauen in das Programm von Alcoholics Anonymous abgestoßen fühlen.“ (Daum 1990 - <http://user.cs.tu-berlin.de>)

Zusammenfassend ergibt sich ein Gesamtbild des optimalen AA-Mitglieds. Unter den „Charakteristiken die eine erfolgreiche Angliederung an A.A. wahrscheinlicher machen“ sind biologische Charakteristika, wie das männliche Geschlecht, ein „Alter über 40“, ein gewisses Trinkverhalten, z.B. schwere, v. a. auch physische Abhängigkeit, Quartaltrinken, „Trinken, daß durch Kontrollverlust gekennzeichnet ist“, aber auch Persönlichkeitstypus, wie eine „autoritäre Persönlichkeitsstruktur“, ein „starkes Angliederungsbedürfnis“, ein „Bedürfnis nach Gruppenabhängigkeit“, „Neigung zu Schuldgefühlen“, „Externer Locus der Kontrolle (Tendenz, das persönliche Schicksal eher äußeren Einflüssen als dem eigenen Handeln zuzuschreiben)“, „kognitive Unkompliziertheit, Religiosität, Existentielle Ängstlichkeit“ und konformistische Orientierung“. (ebd.)

3.2 Al-Anon und Alateen

Al-Anon und Alateen sind, wie die Anonymen Alkoholiker, Selbsthilfegruppen und gehen auf letztere zurück. Eine Mitbegründerin von Al-Anon war Lois Wilson, „Bills“ (der zusammen mit „Dr. Bob.“ die AA gründete, s. 3.1.1.) Ehefrau.

3.2.1 Entstehung

„Die Al-Anon Familiengruppen entstanden 1951 in den USA nach dem Vorbild der AA (Anonyme Alkoholiker), basierend auf der Erkenntnis, dass auch Familien von Alkoholikern die Möglichkeit zu Gesprächen und Erfahrungsaustausch brauchen, und dass das Programm der AA auch auf sie übertragbar ist.“ (www.al-anon.de)

Obwohl es vielen Alkoholikern mit Hilfe der AA gelungen war, „trocken“ zu werden, verschwanden die Probleme, die man eigentlich nur dem Alkoholismus zugeschrieben hatte, in den Familien der Alkoholiker keineswegs. So entstand Al-Anon als Gruppe für Angehörige von Alkoholikern; Alateen ist die Gruppe von Al-Anon für Kinder von Alkoholikern im Jugendalter.

3.2.2 Grundsätze

Al-Anon übernahm die 12 Schritte, wie auch die Zwölf Traditionen der AA, unverändert; hierdurch soll auch zum Ausdruck kommen, dass das Verhalten von Angehörigen, was den Krankheitswert betrifft, ein ähnliches ist, wie das des Alkoholabhängigen.

Der erste der 12 Schritte von Al-Anon und Alateen lautet demnach weiterhin „Wir haben zugegeben, dass wir Alkohol gegenüber machtlos sind und unser Leben nicht mehr meistern konnten.“

AutorInnen wie Anne Wilson Schaef kritisieren, dass im Konzept von Al-Anon Co-Abhängigkeit „nicht als eigenständiger Prozess“ verstanden und „die Familienmitglieder als abhängig vom Alkoholiker“ gesehen würden (vgl. Schaef 1986:16). Sie fordert einen allgemeineren Ansatz, der Co-Abhängigkeit nicht nur über die Sucht eine nahestehenden Menschen definiert.

Elementar für Al-Anon ist auch der ‚Gelassenheitsspruch‘, der am Ende eines Meeting zusammen gesprochen wird:

„Gott gebe mir die Gelassenheit,
Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann,
den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann,
und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“

Gott' ist, wenn es um Genesung geht, bei Al-Anon und Alateen also ein ebenso zentraler Begriff, wie bei den Anonymen Alkoholikern (s. 3.1.5).

3.3 Enabler

Auch im medizinischen Bereich konnten bei der Behandlung von ähnliche Erfahrungen wie in Selbsthilfegruppen gemacht werden: Man wurde darauf aufmerksam, dass nach erfolgreichem Entzug und anschließender Behandlung ein Rückfall wahrscheinlicher war, wenn die Familienmitglieder des Alkoholikers nicht mitbehandelt wurden.

Dies führte zu der Annahme, dass die Sucht des Einzelnen und vor allem das damit einhergehende Verhalten sich auf die ganze restliche Familie auswirke, welche wiederum die Sucht des Betroffenen ermöglicht oder sogar sein Suchtverhalten, wenn auch ungewollt, fördert (ein populärer Spruch formuliert es salopp: „Zu jedem der trinkt, gehört auch mindestens einer, der es zulässt“.)

In diesem Zusammenhang taucht der Begriff „Enabler“ auf:

“enabling is used to indicate behavior that tolerates, sometimes ignores or denies. or even promotes self-destructive patterns of behavior by another person.” (Newberger 2000 - www.elinewberger.com)

Auffällig ist, dass der Begriff -keineswegs neutral- Schuld zuweist: Ein “Enabler” ist also ein Förderer oder Helfer der Sucht. Er ermöglicht das selbstzerstörerische Verhalten, in unserem Falle die Abhängigkeit einer anderen Person.

“Denial has been much publicized in the 1990s as a defense mechanism frequently employed by people addicted to alcohol or drugs; the same literature has targeted the families and associates of addicts as ‘enablers’ because they tolerate rather than challenge evidence of addiction, maybe even protect addicts from others who would challenge them.” (ebd.)

Dies kann geschehen, indem die Sucht mitfinanziert wird, indem man sich für das Verhalten des Abhängigen entschuldigt oder hilft, es zu verschleiern. Hierdurch wird der Suchtkranke

vor den Konsequenzen seiner Krankheit geschützt. Gleichzeitig wird ihm auch die Möglichkeit der Konfrontation genommen, die nötig wäre, um sein Verhalten zu reflektieren. Das Konzept des „Enabler“ greift somit schon wichtige Kernpunkte auf, die im Kontext von Co-Abhängigkeit oft thematisiert werden: Auch in den meisten Definitionen von Co-Abhängigkeit spielt dieses „Ermöglichen“ süchtiger, oder allgemein destruktiver, Verhaltensweisen des Gegenübers eine zentrale Rolle. Schon die Benennung dieses Verhaltens verdeutlicht jedoch, dass der Enabler nur in seiner –für den Abhängigen schädlichen- Eigenschaft als Sucht-Förderer wahrgenommen wird. Aspekte wie der Leidensdruck oder sonstiger Folgen für den Enabler bleiben außen vor.

Interessant mag an dieser Stelle sein, wie im „Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie“, das das erste Mal 1974 erschien, „Alkoholismus“ definiert wird: Alkoholismus ist demnach „jeder über das sozial erlaubte Maß hinausgehende Genuß von alkoholischen Getränken“ (Peters 1999:20)

Unter dem Eintrag „Alkoholsucht“ in eben diesem Nachschlagewerk, findet sich folgende Definition:

„Von Alkoholsucht wird gesprochen, wenn ernsthafte körperliche Veränderungen [...] aufgrund der ständig genossenen Alkoholmengen entstehen und ebenfalls hierdurch die Einordnung in ein geordnetes Familienleben und in die soziale Welt nicht mehr gelingt bzw. wenn die Gesellschaft nicht mehr bereit ist, den Alkoholkonsum einer Person zu tolerieren.“ (ebd.)

Beide Zitate veranschaulichen die ältere Sichtweise, wonach Abhängigkeit sich über die Umwelt definiert. Problematisch ist einerseits, dass, wenn also der fortwährende Konsum größerer Mengen Alkohol nur „sozial erlaubt“ wäre, und andererseits, „wenn die Gesellschaft“ bereit wäre, „den Alkoholkonsum einer Person zu tolerieren“ keine Sucht gegeben wäre.

Dies würde bedeuten, dass ein oder mehrere Enabler als positiv zu bewerten sind, da durch ihr Zutun das Trinken „einer Person“ keinen Krankheitswert mehr hätte, schließlich helfen sie dem Alkoholiker dabei, die Folgen seines Trinkens nicht nur für ihn, sondern auch für die Umwelt nicht spürbar werden zu lassen, damit er nicht aus der „Einordnung“ „in die soziale Welt“ herausfällt. Wenn nun die ganze „Gesellschaft“ (dies kann natürlich auch im kleineren Rahmen aufgefasst werden, wie der Bekanntenkreis oder das berufliche Umfeld) über ein gesundes Maß tränke und so demgegenüber „tolerant“ wäre, gälte dieses Verhalten wiederum nicht als Sucht.

3.4 Helfersyndrom

In den 1970er Jahren prägte der Psychoanalytiker Wolfgang Schmidbauer durch sein Buch „Die hilflosen Helfer“ den Begriff Helfersyndrom. Schmidbauer beschreibt hier eine Reihe psychischer Probleme, die vor allem für Menschen in sozialen Berufen typisch sein sollen. Charakteristisch für dieses Syndrom ist demzufolge ein geringes Selbstwertgefühl, was sich unter anderem darin äußert, sich bis zur Selbstaufopferung um (vermeintlich) Bedürftige zu kümmern. Ihr autodestruktives Verhalten führt bei den Betroffenen nicht selten zum Burnout oder anderen Erkrankungen, physischer oder psychischer Natur.

Auch hier gibt es Überschneidungen mit den gängigen Definitionen der Co-Abhängigkeit:

Es ist von einer „Sucht“ die Rede, also einem Verhalten, dass die Betroffenen nicht kontrollieren können, das „selbstzerstörerisch“ ist, krank macht und das Wohl anderer zum Ziel der Bemühungen hat.

4. Definitionen von Co-Abhängigkeit

Um die weitreichenden Folgen für die Angehörigen von Abhängigen und deren Verstrickung in die Sucht zu beschreiben, kam der Begriff ‚Co-Abhängigkeit‘ oder auch ‚Koabhängigkeit‘ vermutlich zunächst im Bereich der Selbsthilfe auf:

„In den letzten Jahren hat sich im Sprachgebrauch Betroffener“ [...] „ein Begriff ‚eingeschlichen‘, der von manchen anderen Fachleuten als nicht ~~seriös~~ ^{seriös} angesehen wird, aber mittlerweile so etabliert ist, daß er nicht mehr veränderbar erscheint, nämlich der Begriff ‚Co-Abhängigkeit‘“. (Feuerlein et al. 1999:129)

Als Verhaltensmuster wird der Terminus Co-Abhängigkeit dementsprechend inzwischen auch von Fachleuten gebraucht, wobei zu betonen ist, dass zuerst Laien diesen zumindest mitgeprägt haben und er erst später in den Fachjargon der Psychologie eingeflossen ist:

„Das Besondere daran ist, daß er von den Betroffenen selbst geprägt wurde, d.h. von Leuten, die eingestandenermaßen selbst ‚Co-Abhängige‘ sind oder waren – also nicht von Fachleuten, die ein rein theoretisches Interesse an dieser Krankheit haben.“ (Schaef 1986:13)

Helmut Kolitzus, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, widmet in seinem Buch „Ich befreie mich von deiner Sucht“ der Frage um die Definition ein ganzes Kapitel, dessen Titel „Co-Abhängigkeit – Krankheitsbild, Modediagnose, Syndrom?“ die Problematik auf den Punkt bringt. Er merkt an: „Der Begriff ‚Co-Abhängigkeit‘ wurde von Betroffenen in den 70er-Jahren geprägt, ohne dass man den Urheber – vermutlich war es eine Frau – benennen könnte.“ (Kolitzus 2000:12)

Der Terminus ist in der Psychologie keine offiziell anerkannte Diagnose, deshalb sucht man die Bezeichnung im ICD-10 wie auch im DSM-IV vergebens. Wie im folgenden dargelegt wird (4.2, 4.3), sind aber verschiedene Auswirkungen auf die Psyche, Teilaspekte, die verschiedenen Diagnosen, hinter welchen Co-Abhängigkeit sich verbergen kann, hier zu finden, wie zum Beispiel das „Burn out Syndrom“ (nur ICD-10), die Depression oder diverse Neurosen.

4.1 Standpunkt der WHO

Die WHO fokussiert, wenn sie die Folgen für die Familie von Alkoholabhängigen erörtert, auf „social consequences“ – hier werden auch weitere negative Auswirkungen angesprochen,

wie eine erhöhte Bereitschaft zu häuslicher Gewalt oder eine höhere Wahrscheinlichkeit von Scheidungen, Trennungen etc.:

“The partners of alcohol abusers also pay a heavy price. They are at serious risk of violence, since marital violence is clearly more common with problem drinking. Although only hypothetical explanations have yet been advanced for marital violence in these circumstances, an alcohol-specific effect appears to be undeniable. Apart from the risk of marital violence, an alcohol-related problem may affect the quality of life and the health of the drinker’s partner in other ways. The family is liable to split or to break up, as several studies of the causes of divorce have shown.”

Erwähnt wird auch das widersprüchliche Verhalten von Co-Abhängigen, die in ihren Bemühungen, der Sucht Einhalt zu gebieten, diese, im Gegenteil, ungewollt fördern:

„A contrary condition, referred to as “co-dependence” and described principally in the clinical literature, takes the form of a contradictory involvement by the drinker’s partner in maintaining the drinker’s alcohol habit, through efforts to conceal and compensate for it. In either case, and as regards such couples in general, the condition of the drinker’s spouse or partner is liable to deteriorate, with consequent psychological or physical disorders.”

Ohne näher darauf einzugehen, spricht die WHO dennoch die zahlreichen psychischen und physischen Konsequenzen für co-abhängige Partner an:

„The negative effects of excessive drinking on non-drinking family members, and particularly on children, remain a cause of concern and have to be considered a pertinent public health issue. Efforts to involve spouses or other family members in the treatment of the drinking patient are promising, since they may have an impact not only on the immediate problems but also in preventing the higher risk of future addiction in the relatives of the drinking member.”(www.who.int/en/)

Und wieder wird betont, wie wichtig das Miteinbeziehen der ganzen Familie in Therapie und Behandlung ist. Jedoch nicht nur, um, wie sonst oft erwähnt wird, die Genesung des Alkoholikers zu unterstützen oder um Co-Abhängigkeit in den Griff zu bekommen, sondern auch, weil Co-Abhängige in weiterer Folge eine erhöhte Anfälligkeit haben, selbst an einem Abhängigkeitssyndrom zu erkranken, vor allem Kinder, die in einer Familie mit einem oder mehreren Alkoholikern aufgewachsen sind.

4.2 ICD-10

Beim „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ oder kurz: ICD, handelt es sich um ein Diagnosenklassifikationssystem, das von der WHO erarbeitet wird. Die „10“ gibt an, dass es sich bei der aktuellen Ausgabe um die 10. Revision handelt.

„Für die Anwendung im Kontext ärztlicher und psychotherapeutischer“ (sic!) „Leistungen hat das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums eine spezielle“ [...] „Fassung erarbeitet, in der u.a. die Kennziffern Z55-Z65 (Personen mit speziellengesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände) enthalten sind.“ (Stimmer 2000:337 f.)

Es wurde bereits erwähnt, dass im ICD-10 die Diagnose „Co-Abhängigkeit“ nicht zu finden ist. Da sich Co-Abhängigkeit jedoch in unterschiedlichsten Symptomen manifestieren kann, kann sich das Krankheitskonzept der Co-Abhängigkeit hinter verschiedenen Diagnosen verbergen, die sehr wohl im ICD-10 aufgeführt sind.

„Typische‘ Diagnosen, die im Zuge einer bestehenden Co-Abhängigkeit gemäß dem ICD-10 gestellt werden könnten, sind, ebenso wie Abhängigkeitserkrankungen im Kapitel V für „Psychische und Verhaltensstörungen“ zu finden, wobei einige Gruppen nähere Erwähnung finden sollten:

- **„Affektive Störungen“ (F30-F39)**

Es wird angemerkt, dass „der Beginn der einzelnen Episoden [...] oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen“ ist.

F32. „Depressive Episode“ bis F34.1 „Dysthymia“ - unterschiedliche Schweregrade und Ausprägungen der ‚Depression‘.

- **„Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40-F48)**

F41.1 „Generalisierte Angststörung“ („Die Angst ist generalisiert und anhaltend. Sie ist nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt, oder auch nur besonders betont in solchen Situationen, sie ist vielmehr ‚frei flottierend‘. Die wesentlichen Symptome sind variabel, Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehören zu diesem Bild. Häufig wird die Befürchtung geäußert, der Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder einen Unfall haben.“)

F41.2 „Angst und depressive Störung, gemischt“

F42.0 „Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang“:

F43.- „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ („ursächliche“ [...] „Faktoren: ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis“, [...] „eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat“. [...] „Die hier aufgeführten Störungen“ stehen „immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden. Die Störungen dieses Abschnittes können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen.“

F45 „Somatoforme Störungen“ – psychosomatische Erkrankungen: „multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome“

F48.- „Andere neurotische Störungen“

F48.0 „Neurasthenie“

- **„Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (F50-59)**

F51.- „Nichtorganische Schlafstörungen“

F54 „Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“

F55.- „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“

Innerhalb des Kapitels XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“:

- **„Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“**
„Ausgebranntsein (Burn out)“

(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information - www.dimdi.de)

4.3 DSM-IV

Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM), mit seiner letzten Version von 1994, dem DSM-IV (die Erscheinen der nächsten überarbeiteten Auflage, dem DSM-V, ist für Mai 2012 angekündigt), ist ebenfalls ein Klassifikationssystem von Diagnosen, jedoch ausschließlich für psychische bzw. psychiatrisch-neurologische Erkrankungen. Herausgeber ist die American Psychiatric Association – wie der Name des

Herausgebers schon vermuten lässt, handelt es sich hierbei um ein nationales System der USA, so wird es in erster Linie im angelsächsischen Raum, jedoch nicht ausschließlich dort, verwendet (vgl. Stimmer 2000:169); in Deutschland ist es beispielsweise ergänzend zum ICD-10 in Gebrauch. Neben dem Deutschen wurde das DSM in 21 weitere Sprachen übersetzt.

Das DSM wurde in Kooperation mit dem ICD erstellt und kann als eine Ergänzung desselbigen betrachtet werden, auch die laufenden Arbeiten an der nächsten Ausgabe, dem DSM-V, werden mit ICD-Experten koordiniert.

Die Aufteilung der Diagnosen ähnelt stark dem ICD, es unterscheidet sich jedoch durch sein „multiaxiales“ System – jede einzelne Diagnose ist durch Angaben auf fünf verschiedenen Achsen systematisiert, allerdings ist auch keine Angabe auf bestimmten Achsen möglich. (vgl. American Psychiatric Association - www.psych.org)

Durch die Ähnlichkeit mit dem ICD, gilt, was die ‚Diagnose Coabhängigkeit‘ betrifft, ebenfalls: Sie ist auch hier nicht (zumindest im DSM-IV noch nicht), ebensowenig wie beispielsweise ‚Burn out‘ aufgeführt.

Die American Psychiatric Association merkt an:

„Just because a category is not included in DSM-IV does not necessarily mean that it is not worthy of being a focus of research or treatment.“

4.4 Kritik

„Klassifikationssysteme sind nützlich für eine vergleichende Diagnostik und Prognostik, der internationalen Verständigung über Begrifflichkeiten und eine einheitliche Ausbildung.“ (Stimmer 2000:337)

Der Nutzen von Klassifikationssystemen für das Gesundheitssystem, vor allem das des DSM-IV sowie des ICD-10, den „momentan richtungsweisenden“ Systemen „für die Klassifikation psychischer Störungen“ (Myers 2008:749) ist unbestreitbar, ermöglichen Sie doch „eine praktische Kurzzusammenfassung für die Beschreibung“ von komplexen Störungen. Durch das Vereinheitlichen und Zusammenfassen der zahlreichen Diagnosen in übergeordnete Kategorien ist eine Rationalisierung der Behandlung gegeben, die insbesondere für die Leistungsträger von außerordentlichem Interesse ist. So verlangen „die meisten Krankenversicherungen Nordamerikas“ [...] „eine DSM-IV-Diagnose, bevor sie eine Therapie bezahlen. In Deutschland sind Kassenärzte verpflichtet, eine Diagnosedokumentation mit Hilfe von ICD-10-Schlüsselnummern vorzunehmen.“ (ebd.)

Durch diese Systematisierung besteht jedoch die Gefahr, „nahezu jede Verhaltensweise in den psychiatrischen Bereich zu rücken“ (Myers 2008:752). Verhaltensweisen, die nicht

unbedingt Krankheitswert haben werden mitunter in das Schema der Klassifikationssysteme gepresst, denen man „zu breit gefasste Kategorien“ vorwirft (ebd.). Dies wird durch die Tatsache illustriert, dass in dem Ausmaß, in welchem „die Anzahl der Störungskategorien von 60 im DSM von 1950 auf 400 im heutigen DSM angewachsen ist“ [...], „auch die Anzahl der Erwachsenen“ zugenommen hat, „die die Kriterien für wenigstens ein psychiatrisches Krankheitsbild“ erfüllen. Eine landesweit durchgeführte Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass dies bei etwa 30% der erwachsenen Bevölkerung der Fall sei. (ebd.)

Kritiker bemängeln nicht nur, dass die vorgenommenen Einteilungen veraltet (Schizophrenie), „willkürlich“ und „schlimmstenfalls Werturteile“ seien, die „sich als wissenschaftlich verkleiden“, sondern auch die Tatsache, dass das „diagnostische ‚Etikett‘ eine negative Stigmatisierung bewirke. Gerade der Gedanke, die Probleme der Menschen auf der Grundlage ihrer Symptome zu diagnostizieren, gehe von der Vorstellung einer psychischen Krankheit aus.“ (ebd.)

4.5 Angehörige im Umfeld von Abhängigen

„Im psychosozialen Umfeld eines jeden Suchtkranken entwickelt sich mit einigen nahestehenden Personen ein Beziehungsmuster, das wesentliche Kriterien der wechselseitigen suchartigen Abhängigkeit aufweist.“ (Stumm et al. 2007:111)

Im Einklang mit den gängigsten Definitionen entsteht co-abhängiges Verhalten mit der Sucht eines nahestehenden Abhängigen, sprich: „suchtkranken“ Menschen. Es sollte betont werden, dass der Einfachheit halber zwar zumeist von den Folgen für die Familie oder für Angehörige die Rede ist, diese Folgen müssen sich jedoch nicht auf Verwandte beschränken: Jeder, der in engem Kontakt mit einem Süchtigen steht, der ‚emotional involviert‘ ist, kann die Verhaltensmuster, die zur Erörterung stehen, aufweisen.

Viele Aspekte dieses Verhaltens sind von außen betrachtet „normal“ und scheinen schlicht eine logische Folge der Sucht des Familienmitglieds zu sein, doch können sie das Leben der Betroffenen stark beeinträchtigen und/oder extreme Ausprägungen annehmen, die, je nach Definition ihrerseits als Krankheitsbild aufgefasst werden können.

Gemäß dieser Definition (von Co-Abhängigkeit als Krankheit) sind im Krankheitsverlauf verschiedene Stadien auszumachen:

Phase 1

- „Es wird Nachsicht geübt“

- „Verständnis für vieles Trinken“
- „Zuwendung durch Aufmerksamkeit und Mitgefühl“
- „Verdrängung der Realität“
- „Ermunterung durch Selbstdisziplin“
- „Empfehlungen“

Phase 2

- „Problemsuche“
- „Trinken wird zugedeckt und verheimlicht“
- „Aufgaben und Probleme des Betroffenen werden übernommen (Einkaufen, Hausarbeit, lange Gespräche führen die zu keinem Ergebnis führen usw.)“
- „Mitleid mit den Angehörigen“

Phase 3

- „Beobachtung und Überwachung“
- „Aggressionen“
- „Isolierung und Ausgrenzung“
- „Verachtung“
- „Abwenden vom Betroffenen (Kündigung, Scheidung)“

(Thiel/Jensen/Traxler 2006:160)

„Co-Abhängigkeit entwickelt wie Sucht eine progrediente Dynamik.“ (Arbeitskreis Alkohol in der Alltagswelt e.V. - www.aida-selbsthilfe.de). Es handelt sich hierbei also um eine Krankheit mit fortschreitendem Verlauf, der gar eine Persönlichkeitsstörung zugrundeliegt (s. 5. Ursachen). Mit diesem ‚Verlauf‘ sind jedoch nicht die oben beschriebenen Phasen gemeint, die eine Entwicklung beschreiben, welche nicht ausschließlich als destruktiv zu sehen ist - schließlich sind „Aggressionen“ und das „Abwenden vom Betroffenen“ durchaus Schritte, die weg vom co-abhängigen Beziehungsmuster und hin zu einer intakten Persönlichkeit führen – nach der Auffassung vom Bestehen einer progredienten Dynamik wird im Gegenteil viel eher von einer Krankheit ausgegangen, die sich verschlimmert. Vor allem in der populären Sichtweise zahlreicher Selbsthilfegruppen ist man davon überzeugt, dass „der Co-Abhängige“ nicht selten „vor dem Abhängigen an Überforderung, an erworbenen psychosomatischen Erkrankungen, an Resignation“ stirbt; „denn auch Co-Abhängigkeit steigt in der Intensität stetig an und führt am Ende zum Tod, ebenso wie die Abhängigkeit.“ (ebd.)

Vor allem zu Beginn der Abhängigkeit des Familienmitglieds bzw. am Anfang der eigenen Co-Abhängigkeit, jedoch auch später, kommt bei den Betroffenen ein Abwehrmechanismus,

das Nicht-Wahrhaben-Wollen zu tragen, wenn die Sucht eines nahestehenden Menschen verharmlost und verschleiert wird:

“Psychological mechanisms of defense can be contributors. Faced with the prospect of unpleasant reality, the self, the ego, has astonishing capacity at times to deny what to others may be fairly obvious.” (Newberger 2000, www.elinewberger.com)

Auch an dieser Stelle wird wieder klar, dass die Mechanismen der Abhängigkeit und der Co-Abhängigkeit oft dieselben sind, bedenkt man, dass oft noch nicht einmal der Alkoholiker selbst sich seine Sucht eingesteht. Verhaltensweisen, in welchen sich der erwähnte Abwehrmechanismus manifestieren kann, sind:

- „Verdrängen (Unangenehmes ‚vergessen‘)“
- „Verleugnen“ (wird „das ins Unbewusste abgedrängte Wissen“ [...] „ins Bewusstsein“ zurückgeholt, wird der Sachverhalt abgestritten)
- „Bagatellisieren“ („Tatsachen als unwichtig hinstellen“)
- „Rationalisieren und Intellektualisieren“ (eventuelle Vorwürfe durch „scheinbar logische“ [...] „Theorien“ entwerten)
- „Projizieren“ („den eigenen Anteil am Geschehen“ [...] „in den anderen“ hineinlegen)
- „Abspalten“ (eigene unliebsame Charaktereigenschaften, die nicht ins „Selbstbild passen“, als nicht zu sich selbst zugehörig definieren)

(vgl Berke 1999:43)

Wie schon angemerkt, ist Sucht in unserer Gesellschaft als Krankheit beinahe nur im Kreis von Fachleuten anerkannt, deshalb fürchten sich Familienmitglieder vor der Stigmatisierung des Abhängigen und in weiterer Folge, als Familienmitglieder, ihrer selbst. Um dem zu entgehen, versuchen sie nicht selten die Sucht des Betroffenen nach außen zu verbergen. Typisch wäre hier das Beispiel einer Ehefrau, die den Arbeitgeber ihres betrunkenen Mannes anruft, um sein Kranksein zu entschuldigen, wobei der wahre Grund der Arbeitsunfähigkeit, der übermäßige Alkoholkonsum, natürlich verschwiegen oder etwa in eine ‚Magenverstimmung‘ etwa umformuliert wird. Gleichzeitig werden die Konsequenzen der Sucht für den Süchtigen selbst so nicht mehr erfahrbar, was eine Konfrontation mit der eigenen Krankheit schier unmöglich macht.

Gleichzeitig „entwickelt sich bei allen Familienmitgliedern“ Scham. „Der Betroffene schämt sich für seine immer wieder auftretenden kleineren oder größeren Entgleisungen, die Angehörigen schömen sich für ihn vor anderen oder wollen ihn nicht beschämen und bloßstellen“, dabei werden einerseits „die Grenzen nach außen“ [...] „dichter gemacht“, indem der Abhängige, ebenso aber auch die co-abhängigen Angehörigen „beginnen darauf zu achten, was und wie viel sie mit Außenstehenden besprechen, wieweit sie in ihr

Familienleben hineinschauen lassen. Aber auch wertvolle und tragende Außenbeziehungen werden so allmählich in ihrer Qualität ausgedünnt und auf Distanz gebracht.“ (Berke 1999:69 f.)

Alltägliche Aufgaben, die der Süchtige nicht oder nicht zuverlässig erledigen kann, werden mehr und mehr von anderen Familienmitgliedern übernommen, nicht nur durch den Lebenspartner, sondern oft auch durch Kinder, die in ihren Bestrebungen „es den Eltern in allem recht“ zu „machen“ ein Verhalten an den Tag legen, das außerordentlich unaltersgemäß ist. Dies führt dazu, dass sie „so ihre Kindheit völlig“ verlieren: „Sie übernehmen alle möglichen Aufgaben (vom Kochen über die Erziehung der Geschwister bis hin zu Regelung finanzieller Angelegenheiten), wenn einer der Elternteile nicht mehr dazu fähig ist, und ermöglichen so wiederum – zumindest für begrenzte Zeit – dessen Sucht.“ (Gross 2003:149)

Partnerinnen und Kinder von Süchtigen „lernen“, „dass ausgerechnet in den engsten Beziehungen das menschliche Grundbedürfnis nach Vertrauen, Sicherheit und Geborgenheit nicht mehr gewährleistet ist. sie können nicht mehr vertrauen“, [...] „sie müssen damit leben, dass Versprechen ständig gebrochen, Vereinbarungen nicht eingehalten und sogar selbstverständliche Erwartungen nicht erfüllt werden. Sicherheit ist dort nicht mehr möglich, wo eine Bezugsperson extrem wechselhaft und unberechenbar in ihrem Verhalten geworden ist. Geborgenheit kann da nicht erlebt werden, wo Angst und ständige Anspannung vorherrschen, wo jedes Mitglied sich mit dem Gefühl herumschlagen muss, dass die Familie am Rande eines Abgrundes entlangtanzt. Geborgenheit ist da auch nicht möglich, wo ständige Abwertungen,“ [...] „möglicherweise auch Gewalt oder gar Missbrauch drohen.“ (ebd., S. 90)

Unter anderem durch eine niedrigere Hemmschwelle, aber auch durch die fehlende ‚gesunde‘ Kommunikation, durch Verhaltensmuster, die von Angst, Restriktion, Kontrollausübung oder auch fehlender Kontrolle geprägt sind, herrscht in Familien, mit einem oder mehreren Mitgliedern, die süchtig sind, ein Klima, das sexuellen und sonstigen körperlichen Missbrauch, in erster Linie aber emotionalen Missbrauch, begünstigt. Kinder, die stark in co-abhängige Strukturen eingebunden sind, entwickeln so häufiger ein Entwicklungs-trauma. Selbst wenn die Folgen weniger drastisch sind, laufen sie zumindest in Gefahr, ihr erlerntes Verhalten im Erwachsenenalter fortzusetzen. Oft sind Co-Abhängige „in ihrer Ursprungsfamilie mit einem süchtigen Elternteil aufgewachsen“ [...]. „Den in der Kindheit gelernten Umgang mit einem süchtigen Vater oder einer süchtigen Mutter übertragen sie dann“ später „auf ihre Partnerbeziehung“. [...] „Sie mussten als Kinder erwachsener sein, als es ihnen angemessen war, deshalb müssen sie als Erwachsene ihre unerfüllten Wünsche leben.“ (ebd., S. 148)

Der Versuch der Familie, die Sucht des Betroffenen zu verbergen führt zu einem großen psychischen Druck, da eben nicht nur Aufgaben übernommen werden ‚müssen‘, sondern auch vielerlei Vorkehrungen getroffen werden, für den Fall, dass er/sie wieder betrunken ist.

Für Familienmitglieder von Süchtigen ist das ständige Sich-Sorgen, primär um den Süchtigen, jedoch auch allgemein, sowie der Wille, Kontrolle auszuüben, typisch. Der Co-Abhängige kontrolliert, wiederum vor allem den Süchtigen, jedoch auch andere Menschen, und versucht mitunter ebenso Situationen, die kontrolliert werden können, wie auch solche, die nicht im Machtbereich des Co-Abhängigen liegen, unter seine Kontrolle zu bringen („Meiner Meinung nach sind Co-Abhängige deshalb krank, weil sie versuchen, das Unkontrollierbare zu kontrollieren.“ (Schaef 1986:67)). Das vorprogrammierte „Versagen“, der misslungene Versuch beispielsweise, den Alkoholiker am Trinken zu hindern, führt zu Frustration und Schuldgefühlen.

Sein Verhalten, so selbstdestruktiv es auch sein mag, bringt dem Co-Abhängigen jedoch auch Vorteile, die er nicht gerne aufgeben möchte:

„Die misslungenen Hilfeversuche sind einerseits eine Quelle ständiger Frustration und kosten sehr viel Energie, andererseits bieten sie Beschäftigung und die Bestätigung eine ‚gute‘ Frau zu sein.“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Broschüre „Frau SUCHT Gesundheit“, S. 17)

Die Übernahme von Aufgaben, Angelegenheiten und Entscheidungen die ehemals in der Verantwortung des Abhängigen lagen, obliegen nun dem co-abhängigen Partner; das Umsorgen des Süchtigen und weitere Maßnahmen, die gleichermaßen darauf abzielen ihn und seine Sucht zu kontrollieren, haben zu einem Machtzuwachs geführt:

Durch „die Suchterkrankung des Partners“ gewinnt der bzw. die Co-abhängige „an Macht. Die Frau wird dadurch z. B. zum Finanzminister der Familie, zur alleinigen Ansprechpartner für die Kinder, Freunde und Verwandten und wird von ihnen für ihre Hilfsbereitschaft und Stärke gelobt.“ (ebd.)

Darüberhinaus lenkt das ständige emotionale und gedankliche Kreisen um den Abhängigen den Co-Abhängigen von sich selbst ab, so, dass er sich nicht mehr seinen eigenen Problemen und Defiziten stellen muss.

Die Verantwortung am Suchtprozess und seinen Folgen kann auf den Abhängigen, den „Schuldigen“ abgewälzt werden – hierdurch erspart sich der Co-Abhängige die schmerzliche Konfrontation mit der Tatsache, dass auch er eventuell „krank“ ist, zumindest aber Anteil an der Situation hat:

„Über den Umweg, Verantwortung für einen anderen zu übernehmen, wird die Verantwortung für das eigene Leben delegiert. ‚Du bist schuld daran, dass es mir schlecht geht‘.

Die vollständige Konzentration auf den Süchtigen versperrt und erspart die Auseinandersetzung mit den Problemen der eigenen Persönlichkeit.“ (ebd.)

„Wer sich um einen Suchtkranken in co-abhängiger Weise kümmert, benutzt diesen wie ein Suchtmittel. Suchtmittel haben immer die Funktion, Gefühle zu verändern und zu überdecken.“ (Aßfalg 1993:46)

Die Parallelen zur Abhängigkeit sind erkennbar: So, wie der Co-Abhängige den Abhängigen vor den Folgen seiner Sucht beschützt und ihm damit die Möglichkeit zur Einsicht nimmt, kann die Abhängigkeit des Süchtigen, auf den die ganze Aufmerksamkeit in der Familie gerichtet ist, der „schuld“ ist an der Misere, als Vorwand, d. h. als vorgeschobener Hinderungsgrund für die eigene Genesung dienen, für die die langwierige Arbeit an sich selbst unumgänglich wäre.

4.6 Als Krankheitsbild ohne Suchtkranken im Umfeld

Co-Abhängigkeit wird von einigen Fachleuten, Autoren und Selbsthilfegruppen, wie beispielsweise den Co-Dependents Anonymous, im Gegensatz zu den Anonymen Alkoholikern, losgelöst von der Abhängigkeit eines Partners betrachtet. Die Sichtweise Co-Abhängigkeit nur im Kontext einer bestehenden Abhängigkeitserkrankung im näheren Umfeld zu sehen, wird von dieser ‚Schule‘ kritisiert. Bei den Co-Dependents Anonymous wird folglich bei der Beschreibung von Co-Abhängigkeit kein „süchtiger“ Mitmensch bemüht:

„Symptome der Co-Abhängigkeit“:

- „Ich habe Schwierigkeiten zu erkennen, was ich fühle.“
- „Ich halte mich für völlig selbstlos und dem Wohl anderer verpflichtet.“
- „Ich habe Schwierigkeiten, Anerkennung, Lob und Geschenke anzunehmen.“
- „Ich verleugne meine eigenen Werte, um nicht von anderen abgelehnt zu werden.“
- „Ich verbleibe zu lange in für mich schädlichen Beziehungen und Situationen.“
- „Ich bewerte Ansichten und Gefühle anderer höher als meine eigenen aus Angst vor Ablehnung und Abwertung.“
- „Ich muss ‚gebraucht‘ werden, um dadurch meine Lebensberechtigung zu erfahren.“

(<http://www.coda-deutschland.de/>)

Auch Anne Wilson Schaef bemängelt den Ansatz, u. a. von Al-Anon:

„Die Familienmitglieder sah man als abhängig vom Alkoholiker, und somit verstand man ihre Krankheit nicht als eigenständigen Prozeß. Al-Anon (die größte Selbsthilfegruppe für Co-Abhängige) betont zwar, der Co-Abhängige müsse sich um seine eigene Krankheit kümmern, legt allerdings in der Praxis den Schwerpunkt nach wie vor darauf, wie man mit einem Alkoholiker leben kann.“

Diese Kritik mag sich einerseits auf der Sichtweise gründen, dass Co-Abhängigkeit nur angemessen behandelt werden kann, wenn das zugrundeliegende Verhalten bzw. die Krankheit nicht als abhängig von der Sucht, eines nahestehenden Menschen gesehen wird, denn „eine Behandlung, die sich nur auf den Alkoholiker und seine Bedürfnisse konzentriert, verhindert die Heilung der Co-Abhängigkeit.“ (Schaeff 1986:105)

Andererseits wird nicht nur die Auffassung vertreten, dass Co-Abhängigkeit nicht unbedingt in Beziehung zu einem Abhängigen bestehen muss, sondern auch, dass in einem größeren Kontext viele Verhaltensweisen co-abhängig sind, wie die übertriebene Sorge um bzw. Kontrolle von Mitmenschen allgemein, Aufopferung bis zur Selbstaufgabe oder die Ansicht, besser zu wissen, was für andere „gut“ ist, als die betreffenden Personen es selbst tun - wenn diese Verhaltensmuster bis zu einem selbstschädigenden Maß verfolgt werden. In Folge wird nicht nur das zur Erörterung stehende Verhalten im zwischenmenschlichen Bereich, sondern auch im Berufsleben, als co-abhängig angesehen, ja sogar Institutionen und gewisse Strukturen unserer Gesellschaft werden als co-abhängig betrachtet.

Demnach besteht Co-Abhängigkeit nicht ausschließlich im Zusammenleben mit einem Abhängigen, sie *ent*-steht aber auch nicht unbedingt in diesem Rahmen.

4.7 Frauen und Co-Abhängigkeit

„Man kann nicht über die Entwicklung des Begriffs Co-Abhängigkeit reden, ohne auf den Feminismus und die Frauenbewegung einzugehen.“ (Schaeff 1986:21)

Wie bereits erwähnt, ist Abhängigkeit, nicht zuletzt wenn es um ihre Entstehung geht, im gesellschaftlichen Kontext zu sehen. Ähnlich verhält es sich mit der Co-Abhängigkeit.

Nicht wenige Verhaltensmuster, die als ‚typisch co-abhängig‘ gelten, sind auch in der gesellschaftlichen Geschlechterrolle von Frauen verankert.

Die AutorInnen der populärsten Ratgeber und Selbsthilfebücher sind Frauen, wie Melody Beattie, Anne Wilson Schaeff und Pia Mellody; Al-Anon, die Angehörigengruppe der Anonymen Alkoholiker, wurde von den Ehefrauen der beiden AA-Gründungsmitglieder gegründet.

Es ist zu beobachten, dass in der einschlägigen Literatur öfter von der „co-abhängigen Partnerin“ und *dem* Alkoholiker und ungleich seltener von einer Alkoholikerin die Rede ist. Dies mag einfach darauf zurückzuführen sein, dass viele AutorInnen nun mal Frauen sind, und die, wenn sie über Co-Abhängigkeit schreiben, von der Warte der Partnerin schreiben, also sich schlichtweg bei diesem Thema mit dem Co-Abhängigen Part mehr identifizieren, eventuell weil sie das Geschriebene auch teilweise erlebt haben (viele populären Ratgeber zu diesem Thema kommen weniger aus dem Bereich der Wissenschaft, als aus dem Kreis der Selbsthilfe/Selbsthilfegruppen; dies könnte erklären, dass die Autorinnen persönlich involviert sind/waren und deshalb eher über die Partnerin schreiben, weil sie die Dinge, eben vielleicht auch Erlebtes, aus ihrer Sicht schildern).

Anne Wilson Schaef beispielsweise benennt Verhaltensweisen, die ihrer Ansicht nach „typisch für die ‚nichtbefreite Frau‘ sind,“ und die „auch bei Co-Abhängigen beiderlei Geschlechts auftreten: Mangel an Selbstwertgefühl, Passivität, Vernachlässigung der eigenen Person (sowohl physisch, emotional, spirituell als auch psychisch), Widersprüchlichkeit, Verleugnen der eigenen inneren Moral, Perfektionismus etc.“ (Schaef 1986:22)

Laut Schaef ähneln „die Merkmale der nicht befreiten Frau“ [...] „zum Verwechseln denen des Co-Abhängigen“. [...] „Sie bezieht Ihre Identität von außen, sie hat keine Selbstachtung, kein Selbstwertgefühl.“ [...] „Aus diesem Grund muß sie ständig andere kontrollieren.“ (ebd., S. 47) Es gibt jedoch auch männliche Autoren, wie Helmut Kolitzus, die darauf hinweisen, dass Co-Abhängigkeit tendenziell ein eher frauenspezifisches Problem sein könnte. Er beschreibt „die typische Männer-Frauen-Relation unserer Gesellschaft“ wie folgt: „Männer dominieren im Suchtbereich, ihre Probleme stehen im Vordergrund. In der Sucht kommt hinzu, dass ca. 90 Prozent der Frauen ihre Männer bis zuletzt durch die Suchtkrankheit begleiten, umgekehrt dagegen aber nur 10 Prozent der Männer eine weibliche ‚Schnapsdrossel‘.“ (Kolitzus 2000:13)

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., welche sich mit ihrer Broschüre für Co-Abhängige „Frau SUCHT Gesundheit“ ausschließlich an Frauen wendet, hält Co-Abhängigkeit ebenfalls für ein „typisch weibliches“ Phänomen: „Ganz eindeutig“ seien „es vor allem Frauen, die ihren Männern zu helfen versuchen und sich in Beziehungen aufreiben.“ Weiters wird noch einmal festgestellt, dass „süchtige Frauen“ [...] „von ihren Männern schneller verlassen“ würden „als süchtige Männer von ihren Frauen. dabei werden die Frauen umso schneller verlassen, je weniger ihr süchtiges Verhalten zum traditionellen Frauenbild passt.“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Christa Merfert-Diete, Petra Mader)

Das Thema „Frauen und Co-Abhängigkeit“ hat jedoch auch eine andere Dimension, außer der eben erläuterten, wonach Frauen durch gesellschaftliche Vorprägung hin zu einem passiven, aufopfernden Verhalten eher zu Co-Abhängigkeit neigen: Traditionelle

Geschlechterrollen bzw. Partnerschaften mit der Aufteilung Mann-berufstätiger Ernährer, Frau – nicht berufstätig, involvieren vor allem auch die wirtschaftliche Abhängigkeit der Frau. Die Tatsache, „daß es ganz überwiegend Frauen sind, die wegen Alkoholproblemen von Drittpersonen in Beratungsstellen erscheinen“ kann auch dadurch erklärt werden, dass „insbesondere existentielle finanzielle Abhängigkeiten eine entscheidende Rolle“ spielen. „Infolgedessen ist das Bemühen, den abhängigen Partner zu stabilisieren, nicht mehr ausschließlich altruistisch durch Liebe oder ‚Co-Abhängigkeit‘ erklärbar. Handfeste ökonomische Notwendigkeiten, die durchaus als Eigeninteresse interpretierbar sind, werfen einen Schatten auf das Konzept von Co-Abhängigkeit.“ (Schaub: 2002)

Glossar zu 4.

DE	<u>Co-Abhängigkeit</u>
GR	N., f., Sg.
SYN	Coabhängigkeit, Koabhängigkeit
DEF	„Co-Abhängigkeit bezeichnet Haltungen und Verhaltensweisen von Personen, Gruppen und Institutionen, die durch Tun und Unterlassen dazu beitragen, daß der süchtige oder suchtgefährdete Mensch süchtig oder suchtgefährdet bleiben kann.“ [...] „Wird Abhängigkeit eines Menschen offenbar, finden sich in seiner Umgebung (fast) immer Menschen, die ihm helfen möchten und dabei entmutigende Erfahrungen machen. Mit freundlichen Bitten, Versprechungen und Enttäuschungen fängt es an. Ängste, Appelle, Drohungen, Streitereien folgen. Schließlich sind die Angehörigen kaum weniger hilflos als die Abhängigen selbst: ihre Gedanken kreisen um sein Verhalten, und ihr Leben ist massiv eingeschränkt – sie sind co-abhängig“. „So wurde Co-Abhängigkeit zunächst als zwanghafte Reaktion auf dauernde Anspannung, die das Leben mit einem süchtigen Familienmitglied mit sich bringt (angesehen). ‚Diagnostiziert‘ wurde sie, wenn emotionale Taubheit oder emotionaler Schmerz vorlagen, wenn die Betroffenen in ihrer familiären Rolle extrem rigide und ‚festgefahren‘ waren, und wenn die Beziehung zu einem suchtkranken Menschen einen wichtigen Platz in ihrem Leben einnahm.“
QUE	Stimmer, Suchtlexikon 2000:91
KON	„Erst als die familiäre Interaktion genauer untersucht wurde, konnte der Gedanke der Co-Abhängigkeit, also der gemeinsamen Abhängigkeit mehrerer Beteiligter formuliert werden. Heute gehört diese Auffassung zum Grundwissen der Helferinnen und Helfer, die im Suchtbereich arbeiten.“ [...] „Mancher Angehörige verhält sich aus Angst co-abhängig, mancher, um der Familie ein Minimum an Lebensstandard und sozialem Ansehen zu erhalten. Scham und Stolz verhindern oft eine sachliche und notwendigenfalls auch öffentliche Auseinandersetzung mit der Sucht im eigenen Lebenskreis. Co-Abhängigkeit ist also Irrtum, Versäumnis und Verstrickung.“ Sie ist in ähnlicher Weise behandlungsbedürftig wie die Abhängigkeit des Süchtigen. Sie hat in vielen Fällen Krankheitscharakter.“

QUE	Stimmer, Suchtlexikon 2000:90 f.
------------	----------------------------------

EN	<u>co-dependence</u>
GR	N., Sg.
SYN	codependence, co-dependency
DEF	„A relationship or partnership in which two or more people support or encourage each other’s unhealthy habits, especially substance dependencies.“
QUE	Colman, A Dictionary of Psychology 2006:143
KON	„With the shift in terminology from alcoholism to alcohol dependence, codependent and codependence came into use, also referring to relatives of those dependent on other drugs. Use of the term implies an attributed need for treatment or help, and some have proposed classifying codependence as a psychiatric disorder. The term is also now used figuratively to refer to the community or society acting as an enabler of alcohol or drug dependence.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

DE	<u>Burnout-Syndrom</u>
GR	N., n., Sg.
ABK	BS
SYN	Burnout, Burn-out-Syndrom
DEF	„Lebens-, vor allem Berufskrise nach dem Bilde einer Rakete, welcher nach steilem Aufstieg der Brennstoff ausgeht und die dann leergebrannt (,burnout‘) vom Himmel fällt. Bez. für eine Lebensphase, nicht für eine Krankheit. Verlauf in 3 Phasen. 1. Phase (,Irritation‘) mit Gefühlen von fehlender Kraft, mangelhaftem Antrieb, körperlichem Unbehagen und schließlich Angst. 2. Phase (,Frustration‘) Man ist unzufrieden mit dem Beruf, dem Arbeitsplatz, mit sich selbst, missgestimmt, mürrisch, wird leicht unwirsch. Entlastung wird durch Alkohol, Medikamente (Angstlöser) u. a. gesucht. Man entschließt sich etwa zum Berufswechsel, zur Berufsaufgabe oder zum Partnerwechsel. 3. Phase (,Verzweiflung‘) mit Gefühlen von Ohnmacht, Befürchtungen um Lebensstandard, Einkapselung, zunehmender sozialer Isolierung, Apathie und Zynismus. – Bei Eintreten günstiger Lebensereignisse kann die Krise jederzeit beendet werden. Selbsthilfegruppen, Stress- und Burnout-Workshops, Coaching können hilfreich sein. Betroffen sind vor allem helfende Berufe und Lehrer. Oft wird unter der (unzutreffenden) Diagnose Depression Berentung oder Pensionierung gesucht. Zählt zu den psychischen Umweltsyndromen.“
QUE	Peters, Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie 2007:89
KON	„Das Burnout-Syndrom tritt in den verschiedensten Berufssparten auf, wobei Berufe mit hoher sozialer und emotionaler Beanspruchung, mit Kundenkontakten und/oder großer Verantwortung besonders betroffen sind.“
QUE	http://www.arbeitsinspektion.gv.at/AI/Gesundheit/Belastungen/020_burnout.htm

EN	<u>burnout syndrome</u>
GR	N., Sg.
SYN	burnout
DEF	„An acute stress disorder or reaction characterized by exhaustion resulting from overwork, with anxiety, fatigue, insomnia, depression, and impairment in work performance.“

QUE	Colman, A Dictionary of Psychology 2006:108
KON	„The construct of burnout syndrome appeared for the first time around the early 1970s, aimed at explaining the process of physical and mental deterioration in professionals working in areas such as teaching, health care, social work or emergency legal services” [...].„Subsequently, burnout syndrome was defined as a sustained response to chronic work stress comprising three dimensions: the experience of being emotionally exhausted (emotional exhaustion), negative attitudes and feelings toward the recipients of the service (depersonalization), and feelings of low accomplishment and professional failure (lack of personal accomplishment).”
QUE	http://www.psychologyinspain.com/content/full/2003/full.asp?id=7006

DE	<u>Depression</u>
GR	N., f., Sg.
SYN	depressive Episode, depressive Störung, Depressionen (umgs.)
DEF	„Unter Depression versteht man eine Gruppe von Krankheitsbildern, die durch eine gedrückte Stimmungslage, Interessenlosigkeit, negative Gedanken, Antriebsminderung und Schlafstörungen gekennzeichnet ist. Appetitsteigerung und Appetitverlust sowie verringertes sexuelles Interesse können zusätzlich auftreten. Eine Depression oder eine mildere depressive Verstimmung können Folge, aber auch Ursache“ [...] „von Alkohol- oder Drogenkonsum sein. Depressionen treten bei Menschen, die regelmäßig Drogen konsumieren, häufig auf. Fast alle Drogen können – vor allem im Entzug – zu Depressionen führen.“ „Die Therapie der Depression besteht in einer Behandlung mit Psychotherapie. In mittelschweren Fällen sollte die Psychotherapie, in schweren Fällen muss sie mit der Gabe von (ausreichend hoch dosierten) Antidepressiva kombiniert werden. Auch bei zusätzlich zur Depression vorliegenden Abhängigkeitserkrankungen können Antidepressiva, die kein Abhängigkeitspotenzial haben, gegeben werden.“
QUE	Van Treeck, Drogen- und Sucht-Lexikon, 2004:161 f.
KON	„Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.“
QUE	ICD-10, http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f30-f39.htm
ANM	Im ICD-10 wird die „Depression“ unter den Einträgen „depressive Episode“ und „Rezidivierende depressive Störung“ behandelt.

EN	<u>depression</u>
GR	N., Sg.
DEF	„A mood“ [...] „state of sadness, gloom, and pessimistic ideation, with loss of interest or pleasure in normally enjoyable activities, accompanied in severe cases by anorexia and consequent weight loss, insomnia

	(especially middle or terminal insomnia) or hypersomnia, asthenia, feelings of worthlessness or guilt, diminished ability to think or concentrate, or recurrent thoughts of death or suicide. It appears as a symptom of many mental disorders.“
QUE	Colman, A Dictionary of Psychology 2006:202
KON	„Depression becomes an illness, or clinical depression, when the feelings described above are severe, last for several weeks, and begin to interfere with one's work and social life. Depressive illness can change the way a person thinks and behaves, and how his/her body functions.“
QUE	Canadian Mental Health Association, http://www.cmha.ca/BINS/content_page.asp?cid=3-86-87

DE	<u>Abwehrmechanismus</u>
GR	N., m., Sg.
DEF	„Besondere Verhaltensweisen, die Triebregungen, die von der Zensur nicht gebilligt werden, in andere Formen psychischer Energie überführen. Die Motive sind insbesondere Triebangst (wenn das Ich den Trieb für gefährlich hält), Schuldgefühle (wenn den Erfordernissen des Über-Ich Genüge getan wird), Ekelgefühle und Schamgefühle. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Abwehrmechanismen ist groß, aber individuell begrenzt. Hierzu zählen: Verdrängung, Sublimierung, Kompensation, Identifikation, Regression, Isolierung, Introjektion, Projektion, Verschiebung, Askese, Interlektualisierung, Verneinung, Verleugnen, Vermeidung, Reaktionsbildung, Rationalisierung, Ungeschehenmachen, Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil, Konversion, altruistische Abtrennung, Identifikation mit dem Angreifer“ [...]. „Für Hysterie ist Verdrängung, für Zwangsneurose sind Reaktionsbildung, Isolierung und Ungeschehenmachen, für Paranoia ist Projektion spezifisch.“
QUE	Peters, Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie 2007:4
KON	„Spaltung ist ein sehr komplexer Abwehrmechanismus. Verleugnung, Omnipotenz- und Ohnmachtgefühle und Agieren hängen ursächlich mit der Spaltung zusammen. Um diesen vielschichtigen Abwehrmechanismus exakter beobachten zu können, ist es notwendig, einen leicht beobachtbaren Teilaspekt in das Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken.“
QUE	http://www.inter-uni.net/forschung/downloads/psychosozial/p_2006_Klug_-college-_verwaehrloste_Familien.pdf

EN	<u>defence mechanism</u>
GR	N., Sg.
SYN	ego defense mechanisms, defense strategies
DEF	„A term used originally in psychoanalysis and later more widely in psychology and psychiatry to refer to a process whereby the ego protects itself against demands of the id. More generally, it is a pattern of feeling, thought, or behavior arising in response to a perception of psychic danger, enabling a person to avoid conscious awareness of conflicts or anxiety-“

	arousing ideas or wishes.“
QUE	Colman, A Dictionary of Psychology 2006:194
KON	„The ego has some tools it can use in its job as the mediator, tools that help defend the ego. These are called Ego Defense Mechanisms or Defenses.“
QUE	allpsych.com/psychology101/defenses.html

5. Ursachen

„Grundlage“ des co-abhängigen „Beziehungsmusters ist eine Persönlichkeitsstörung bei der co-abhängigen Person, deren Merkmale Selbstwertprobleme des Helfers, die bewußt nicht eingestanden werden, sind. Der Selbstwert wird eng und dauerhaft verknüpft mit Bemühungen, eigene Gefühle und Verhaltensweisen und die der anderen Person zu kontrollieren; Defizite in der Entwicklung stabiler Ich-Grenzen, die sich in Störungen“ [...] „bei Abgrenzung und Trennung zeigen“. (Stumm et al. 2007:112)

5.1 Suchtkrankheit eines Familienmitglieds

Der deutsche Bundesverband der Betriebskrankenkassen sieht Co-Abhängigkeit ebenfalls als „Krankheitsbild, das sich als Beziehungsstörung ausdrückt.“ Als Entstehungsfaktoren werden in erster Linie „frühkindliche Entwicklungen - einschließlich entsprechender life events - sowie ggf. genetisch bedingter Faktoren“ genannt. Auch hier wird betont, dass „Co-Abhängigkeit“ [...] „unabhängig von der stoffgebundenen Abhängigkeit eines anderen Menschen“ existiert. Jedoch „wird diese eigenständige Störung“ sehr häufig „erst im Zusammenleben mit einem suchtkranken Menschen deutlicher sichtbar, denn das Miterleben einer akuten Suchterkrankung und das Mitleiden kann für Angehörige von Suchtkranken außerordentlich belastend sein.“ (Broschüre „Co-Abhängigkeit erkennen - Angehörige von Suchtkranken im Blickpunkt ärztlich-therapeutischen Handelns“ der Bundesverbände der Betriebskrankenkassen und der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe (Deutschland), S. 4).

Anne Wilson Schaef sieht Co-Abhängigkeit als eine Krankheit, die sie als eine Erkrankung verstanden wissen möchte, die der Abhängige keineswegs auslöst, sondern die durch das Zusammenleben mit ihm bestenfalls „ausbricht“. Dieser Sicht liegt die Annahme zugrunde, dass wir es mit einer „Primärerkrankung“ zu tun haben, den sie den „Suchtprozeß“ (s. a. 2.3) nennt, der „eine schwere“, „widernatürliche“ und „systemische“ „Erkrankung“ ist. [...] „Die damit verbundenen Einstellungen, Überzeugungen, Verhaltensweisen sowie ihr Mangel an Spiritualität verneinen das Leben und führen unausweichlich zum Tod.“ [...] Die „Symptome“ dieser „Primärerkrankung“ seien „u. a. Co-Abhängigkeit und Alkoholismus“.n (vgl. Schaef 1986:32 f.). Schaef ist der Ansicht, dass diese „tiefere Krankheit“ – gesellschaftlich bedingt- schon „latent vorhanden ist, allgegenwärtig im System und im Einzelnen“ (ebd., S. 41). Ohne Therapie läuft der „Förderer“ (Enabler), selbst wenn es ihm gelingt, sich aus „der ihn zerstörenden Beziehung zum Alkoholiker zu lösen,“ [...] „jedoch

unweigerlich in Gefahr sich mit seinen Kindern, Freunden oder einem neuen Partner in die gleiche Abhängigkeit zu stürzen.“ (ebd., S. 35 f.)

5.2 Vorgeschichte: Dysfunktionale Familie

Einige Experten sehen das Entstehen von Co-Abhängigkeit in „dysfunktionalen Familien“ begründet:

„Co-Abhängigkeit ist ein Gefühls- und Verhaltensmuster, das im betroffenen Individuum angelegt ist und das sich in einer dysfunktionalen Familienstruktur entwickeln kann.“

(Broschüre „Co-Abhängigkeit erkennen - Angehörige von Suchtkranken im Blickpunkt ärztlich-therapeutischen Handelns“ der Bundesverbände der Betriebskrankenkassen und der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe (Deutschland), S. 7)

Andere gebrauchen die „dysfunktionale Familie“ als Synonym und finden den Begriff „Co-Abhängigkeit“ unglücklich gewählt. An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass eine Familie mit Suchtstruktur, also mit einem abhängigen Mitglied, höchstwahrscheinlich „dysfunktionale“ Charakteristika aufweist. Beide Modelle bestehen jedoch auch nebeneinander: Der Begriff co-abhängig hat das Verhalten einzelner Personen zum Gegenstand, bei der „dysfunktionalen Familie“ wird das System Familie als Ganzes betrachtet.

Glossar zu 5.

DE	<u>Persönlichkeitsstörung</u>
GR	N., f., Sg.
DEF	„Relativ überdauernde Verhaltens- und Denkstile eines Menschen, die nach allgemeiner Lebenserfahrung seinem Charakter, seiner persönlichen Individualität oder seiner Persönlichkeit zugerechnet werden. Das Suffix –störung wird dem Hauptwort lediglich aus Systemtreue (Störung) angehängt, ohne dass eine eigene Bedeutung damit verbunden ist. Aus der unendlichen Vielzahl der Möglichkeiten des Menschen wurde in DSM III (1980) eine kleine Zahl von Kategorien gebildet. Diese folgen größtenteils den davor bekannten Charaktertypen, Psychopathentypen und Charakterneurosen und ersetzen diese im Sprachgebrauch. Dadurch dass in DSM III/IV und ICD-10 Neurosen nicht vorkommen, werden diese bei Systemzwang teils als Persönlichkeitsstörungen identifiziert. Die Zahl der Kategorien ist uneinheitlich“.
QUE	Peters, Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie 2007:396
KON	„Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.“
QUE	ICD-10, http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f60-f69.htm

EN	<u>personality disorder</u>
GR	N., Sg.
DEF	„A category of mental disorders, with onset no later than early childhood, characterized by pervasive, inflexible, and enduring patterns of cognition,

	affect, interpersonal behavior, or impulse control that deviate markedly from culturally shared expectations and lead to significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. See antisocial personality disorder, borderline personality disorder, histrionic personality disorder, narcissistic personality disorder, obsessive-compulsive personality disorder, obsessive-compulsive personality disorder, paranoid personality disorder, passive-aggressive personality disorder, psychopathy, schizoid personality disorder, schizotypal personality disorder, self-defeating personality disorder.“
QUE	Colman, A Dictionary of Psychology 2006:564
KON	„Those who struggle with a personality disorder have great difficulty dealing with other people. They tend to be inflexible, rigid, and unable to respond to the changes and demands of life. Although they feel that their behavior patterns are “normal” or “right,” people with personality disorders tend to have a narrow view of the world and find it difficult to participate in social activities.“
QUE	Mental Health Association, http://www.mentalhealthamerica.net/go/information/get-info/personality-disorders

DE	<u>Selbstwertgefühl</u>
GR	N., n., Sg.
SYN	Selbstkonzept, Selbstvertrauen
DEF	„1. Das Bewusstwerden des eigenen Selbst als eines positiv erlebten Wertes von bestimmtem Stellenwert. Individuell verschieden; kann im Vergleich zu der Werteinschätzung durch andere verringert (,schwaches Selbstwertgefühl') oder gesteigert (,Selbstüberschätzung') sein. Kann als positives (Kraft, Überlegenheitsgefühl, Stolz) oder als negatives Selbstwertgefühl (Schuldgefühl, Beschämung) erlebt werden. 2. Im Plural (K. Schneider, 1935) Empfindungen, durch welche der Wert, den ein Mensch sich selbst zuschreibt bejaht (Kraft, Stolz, Eitelkeit, Überlegenheit, Triumphgefühl, Trotz) oder verneint (Beschämtheit, Schuldgefühl, Reue, Verlegenheit) wird.“
QUE	Peters, Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie 2007:505
KON	„Die Langzeitstudie“ [...] unterteilte Jugendliche in der Ausprägung ihres Selbstwertgefühls in insgesamt vier Gruppen, von denen sich zwei über den Beobachtungszeitraum signifikant veränderten. Gleichzeitig wurden Beziehungen zum Alkoholmissbrauch hergestellt. Jugendliche mit niedrigem Selbstwertgefühl wiesen den größten, Schüler mit hohem Selbstwertgefühl den kleinsten Missbrauchslevel zu jedem Testzeitpunkt auf.“
QUE	Heyne, Schülerzentrierte drogenspezifische Primärprävention an bayerischen Hauptschulen: Wirkungen auf Wissenserwerb, Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit 2008:15
ANM	Ein umgangssprachliches Synonym ist „Selbstbewusstsein“.

EN	<u>self-esteem</u>
GR	N., Sg.
SYN	self-conceit, self-evaluation
DEF	„One's attitude towards oneself or one's opinion or evaluation of oneself, which may be positive (favourable or high), neutral, or negative (unfavourable or low).“
QUE	Colman, A Dictionary of Psychology 2006:679
KON	„While some researchers have been particularly concerned with understanding the nuances of the self-esteem construct, others have focussed on the adaptive and self-protective functions of self-esteem.“

QUE	Nancy Adler, Judith Stewart, http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/selfesteem.html#Measurement
------------	---

6. Behandlung

„Irgendwann kommt ein Suchtkranker an den Punkt, wo er die Erfahrung macht, dass er sein Suchtverhalten nicht kontrollieren kann; er muss zuerst kapitulieren (wie die Anonymen Alkoholiker sagen), und erst dann ändert sich etwas. In ähnlicher Weise erleben auch Co-Abhängige ihre Kapitulation.“ (Aßfalg 1993:46)

Ähnlich den Suchtkrankheiten, kann auch Co-Abhängigkeit nur dann behandelt werden, wenn der Betroffene es will – so muss zu Beginn immer erst das Eingeständnis stehen, so wie bisher nicht mehr weiter zu können bzw. zu wollen.

Dies geschieht zumeist erst, wenn der Leidensdruck unerträglich wird, da der Co-Abhängige vornehmlich auf das Befinden seiner Mitmenschen fokussiert, dabei verleugnet er seine eigenen Bedürfnisse; er glaubt, einzig und allein die Heilung des Abhängigen, um den er sich ständig sorgt, könne etwas an seiner Situation ändern. Ein niedriges Selbstwertgefühl kann mittlerweile zu der Auffassung geführt haben, es „dürfe“ ihm gar nicht gut gehen.

„Jemand, der sich co-abhängig verhält, investiert viel Energie. Die Spielregeln des Systems verlangen von ihm, dass er alles tut, damit es dem anderen gut geht. Nichts soll sich ändern. Fängt er aber an, für sich selbst zu sorgen, gerät das System in eine Krise. Diese Krise kann eine ‚Heilkrise‘ sein; d. h. zum Wendepunkt werden.“ (ebd., S. 49)

Wenn der Co-Abhängige im süchtigen Familiensystem wieder langsam auf seine eigenen Bedürfnisse achtet, wenn er allmählich aufhört den Süchtigen zu kontrollieren und ihm nicht mehr die Verantwortung für sein Tun abnimmt, wenn er den Abhängigen „loslässt“, wie es zumeist in Selbsthilfegruppen genannt wird, gerät das ganze System ins Wanken:

„Sie leben in einem Familiennetz, in dem der eine drogenbedingt nicht mehr bei sich ist und nur noch in schädlicher Weise für sich sorgt und in dem alle anderen vor Sorge um diesen ersten ebenfalls nicht bei sich sind und nicht mehr in konstruktiver Weise für sich sorgen. Deshalb kann es für diesen ganzen Familienverband nur dann Heilung geben, wenn irgendeiner mit der Sorge für sich selbst und mit dem Wieder-zu-sich-Kommen anfängt.“ (Berke 1999:105)

Für die Behandlung von Co-Abhängigkeit wird immer wieder auf populäre Selbsthilfegruppen verwiesen, wie CoDa und Al-Anon, die auch bei der Entwicklung des Begriffs eine Vorreiterrolle gespielt haben.

Des weiteren ist ein weites Spektrum psychotherapeutischer Verfahren angezeigt.

„Wer aus seiner Kindheit ein gewisses Maß gesunden Selbstwertgefühls mitbringt, hat ein wirksames Mittel sowohl gegen die Abhängigkeitserkrankung als auch gegen Co-Abhängigkeit.“ [...] „Psychotherapeutische Arbeit kann hier einiges nachholen.“ (Aßfalg 1993:47)

Der Fokus der Behandlung darf durchaus auf Symptomen und Ausprägungen der Co-Abhängigkeit liegen, wie beispielsweise auf Depressionen, Zwangsneurosen oder somatoformen bzw. psychosomatischen Erkrankungen, welche eventuell in Folge entstanden sind. Die Behandlung dieser Symptome muss nicht grundsätzlich anders verlaufen, „nur weil“ eine übergeordnete Co-Abhängigkeit besteht, jedoch sollte, um den Erfolg der Therapie zu gewährleisten, nicht nur auf Einzelsymptome fokussiert, sondern ganzheitlich, d. h. unter Miteinbeziehung weiterer Implikationen der Co-Abhängigkeit, vorgegangen werden.

Da die Untersuchung von Co-Abhängigkeit bisher vor allem im Bereich der Alkoholabhängigkeit geschehen ist, wird es Aufgabe der weiteren Forschung sein, „Spezifika der Co-Abhängigkeit in den unterschiedlichen Suchtkontexten zu benennen und differentielle Formen von Beratung, Behandlung und Selbsthilfe zu entwickeln.“ (Stimmer 2000:95)

Glossar zu 6.

DE	<u>somatoforme Störungen</u>
GR	Adj., N., f., Pl.
DEF	„Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.“
QUE	ICD-10, http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f40-f48.htm
KON	„Alle möglichen Körperbeschwerden können als "somatoform" bezeichnet werden, wenn sie nach ausführlicher medizinischer Durchuntersuchung keine ausreichende organische Grundlage aufweisen. Es handelt sich vor allem um vegetative Störungen und Schmerzzustände, z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Schmerzen in den Armen und/oder Beinen, Brustschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schluckbeschwerden ("Kloßgefühl"), Druckgefühl im Bauch, Völlegefühle, Durchfall, häufiger Stuhlgang, häufiges Wasserlassen, Druckgefühl in der Herzgegend, Herzklopfen oder Herzrasen, Schweißausbrüche, Hitzewallungen oder Erröten, Atemnot, Hyperventilation, rasche Ermüdung bei nur leichter Anstrengung.“
QUE	Dr. Hans Morschitzky, http://www.astrid-krueger-medicin.de/schwerpunkte/texte/somatoform-interview.htm

EN	<u>somatoform disorders</u>
GR	Adj., N., Pl.
DEF	„A category of mental disorders characterized by somatic symptoms suggestive of a general medical condition, but without independent evidence of any diagnosable general medical condition, but without independent evidence of any diagnosable general medical condition, and not produced intentionally, but causing clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other areas of functioning.“

QUE	Colman, A Dictionary of Psychology 2006:711
KON	„Somatoform disorder refers to what many people used to call a psychosomatic disorder. In somatoform disorders, the physical symptoms cannot be fully explained by any underlying physical disorder. People with a somatoform disorder are not faking. They sincerely believe that they have a serious physical problem. The somatoform disorders include body dysmorphic disorder, conversion disorder, hypochondriasis, somatization disorder, and pain disorder (see Pain: Psychogenic Pain). Treatment varies according to which somatoform disorder a person has.“
QUE	The Merck Manuals Online Medical Library, http://www.merck.com/mmhe/sec07/ch099/ch099a.html

DE	<u>Selbsthilfegruppe</u>
GR	N., f., Sg.
DEF	“Obwohl Selbsthilfegruppen sehr unterschiedliche Strukturen und verschiedene Zielsetzungen haben, arbeiten sie nach einheitlichen Grundsätzen. Meist finden sich sechs bis zwölf Personen zusammen, um ihre Erfahrungen, Ängste und Wünsche auszutauschen und gemeinsam neue Wege zu finden, damit fertig zu werden. Sie leiden alle unter den gleichen Problemen oder sind mit-leidende Angehörige. Die Gruppe hat das Ziel, sich von professioneller Hilfe möglichst unabhängig zu machen.“
QUE	Federspiel et al., Kursbuch Seele, 1996:201
KON	„Die Selbsthilfebewegung entstand als Antwort auf Lücken im bürokratisierten Gesundheitswesen.“ [...] „Die Urform der modernen Selbsthilfegruppen riefen 1935 die Anonymen Alkoholiker“ [...] „ins Leben.“ [...] „Dadurch, daß alle selbst betroffen sind, sie in eigenem Interesse handeln und sich in kleinem Rahmen regelmäßig treffen, kommt ein Gruppenprozeß in Gang“ [...] . „Jede Gruppe, die entsprechend einem solchen ‚Arbeitsbündnis‘ organisiert ist, erzielt therapeutische Wirkungen, auch wenn sie vordergründig andere Ziele anstrebt. Studien haben gezeigt, daß die Arbeit in Selbsthilfegruppen ebenso erfolgreich sein kann wie professionelle Gruppentherapie.“ [...] „Manchmal planen professionelle PsychotherapeutInnen oder SozialhelferInnen Selbsthilfegruppen und begleiten sie in der ersten Phase.“ [...] „Selbsthilfegruppen entlasten die Gemeinschaft, indem sie die Eigenverantwortung fördern und professionelle Hilfen und damit auch Kosten einsparen helfen.“ „Selbsthilfegruppen holen Betroffene aus der Isolation heraus. sie aktivieren ihre Mitglieder und erleichtern es ihnen, trotz ihre Handikaps ihr Leben in die eigene Hand zu nehmen und selbst zu gestalten.“ [...] „Selbsthilfegruppen nehmen einfluß auf das professionelle Versorgungssystem. Durch Kritik und Forderungen erreichen sie oft, daß die öffentlichen Dienstleistungen verbessert und ausgeweitet werden.“
QUE	Federspiel et al., Kursbuch Seele, 1996:201f.

EN	<u>mutual-help group</u>
GR	N., Sg.

SYN	self-help group, mutual support group
DEF	„A group in which participants support each other in recovering or maintaining recovery from alcohol or other drug dependence or problems, or from the effects of another's dependence, without professional therapy or guidance. Prominent groups in the alcohol and other drug field include Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous, and Al-Anon (for members of alcoholics' families), which are among a wide range of twelve-step groups based on a non-denominational, spiritual approach. Mutual-help groups in the alcohol field date back to the American Washingtonians of the 1840s, and include such Europe-based groups as Blue Cross, Gold Cross, Hudolin groups, and Links. The approach of some of these groups allows for professional or semiprofessional guidance. Some recovery homes or halfway houses in the alcohol field and therapeutic communities for those dependent on other drugs might be seen as residential mutual-help groups.”
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
KON	„Sixty-one women who sought treatment for unresolved grief reactions 4 months to 3 years after the death of their husbands were randomly assigned to either brief dynamic psychotherapy with experienced clinicians or mutual-help group treatment led by nonclinicians. Women in both groups experienced a reduction in stress-specific and general symptoms as well as improvement in social and work functioning.“
QUE	http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/145/2/203
ANM	Obwohl „Self-help group“ gebräuchlicher ist, befürwortet die WHO „mutual-help group“ („Self-help group‘ is a more common term, but ‚mutual-help group‘ more exactly expresses the emphasis on mutual aid and support.“)
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

DE	<u>Psychotherapie</u>
GR	N., f., Sg.
DEF	„Die Behandlung von psychischen Erkrankungen durch nichtmedikamentöse Verfahren – meist durch Gespräche. Es gibt eine Reihe von unterschiedlichen Psychotherapierichtungen wie z.B. Psychoanalyse, Gesprächstherapie, Psychodrama und Verhaltenstherapie. Letztere hat sich bei der Behandlung vieler Krankheiten, u. a. der Sucht, als am erfolgreichsten erwiesen.“
QUE	Van Treeck, Drogen- und Sucht-Lexikon 2004:496
KON	„Mit dem Begriff Psychotherapie sind hier alle therapeutischen Interventionen gemeint, die zielorientiert und systematisch mit Methoden der verbalen und nonverbalen Kommunikation durchgeführt werden. In Abgrenzung zu soziotherapeutischen Maßnahmen steht die Beeinflussung des Betroffenen selbst im Vordergrund, nicht die strukturelle Veränderung seines sozialen Umfeldes. Der Begriff psychosoziale Intervention umfaßt als Oberbegriff auch soziotherapeutische Maßnahmen. Zwischen psychosozialer Beratung und Psychotherapie gibt es keine klare inhaltliche und methodische Abgrenzung. Formal setzt Psychotherapie eine Störung mit Krankheitswert voraus sowie die Durchführung durch entsprechend ausgebildete Psychotherapeuten. Psychotherapie läßt sich beschreiben durch Ziele, den psychotherapeutischen Methoden (bestehend aus einzelnen Strategien und Interventionen) und den Störungen, die damit behandelt werden sollten.“
QUE	Stimmer, Suchtlexikon 2000:478

EN	<u>psychotherapy</u>
GR	N., Sg.
DEF	„The treatment of mental disorders and allied problems by psychological methods.“
QUE	Colman, A Dictionary of Psychology 2006:621
KON	„Hallucinogens have been used for insight therapy in psychotherapy but this has been restricted or even banned by legislation.“
QUE	http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

7. Resümee

Die Erfahrungen, die seit dem Beginn der Suchtbehandlung gemacht wurden, haben die Experten zu der Annahme verleitet, dass es sich bei der Sucht um eine Familienkrankheit handle. Geschah eine Behandlung der Familie des Süchtigen anfangs nur, um die Behandlung des Abhängigen, dem die alleinige Aufmerksamkeit galt, effizienter zu gestalten, wurde man -zu Beginn vor allem seitens einschlägiger Selbsthilfegruppen- im Laufe der Jahrzehnte allmählich der speziellen Situation der zugehörigen Familien gewahr.

In dem Maße, in dem in den darauffolgenden Jahrzehnten auch vermehrt Fachleute den Blick auf die bis dato unbeachtet gelassenen Angehörigen richteten, wurde man sich dem ungeheuren Ausmaß der Problematik von „Suchtfamilien“ bewusst.

Um die mannigfaltigen, selbstzerstörerischen Verhaltensweisen und Krankheitsbilder dieser Angehörigen zusammenzufassen, kamen, von den USA ausgehend, in der Ratgeberliteratur und Selbsthilfebewegung der 1970er und 80er Jahre Begriffe wie „Co-Abhängigkeit“, „Enabling“ und weitere Konzepte auf, die ‚dem Kind einen Namen geben sollten‘.

Aufgabe der vorliegenden Arbeit war es zu untersuchen, inwiefern Co-Abhängigkeit als wissenschaftlicher Terminus zu betrachten ist.

Anhand ausgewählter Begriffe wurde die Entwicklung des Konstrukts „Co-Abhängigkeit“ dargelegt, gängige Auffassungen, Sichtweisen von Laienorganisationen und Definitionen relevanter Diagnosesysteme, wie dem DSM-IV und dem ICD-10, wurden einander gegenübergestellt, wobei besonderes Augenmerk auf Überschneidungen und Unterschieden zwischen Sach- und Fachliteratur lag bzw. darauf, inwieweit Begriffe und Termini eher dem einen oder anderen Bereich zuzuordnen sind.

Die abschließende Antwort ist keine eindeutige. Obwohl der Begriff ‚Co-Abhängigkeit‘ mittlerweile auch von Psychologen und Psychotherapeuten gebraucht wird, herrscht kein absoluter Konsens, was die Anerkennung des Konzeptes betrifft. Zwar verwendet sogar die WHO inzwischen den Begriff, als Diagnose ist er in relevanten Klassifikationssystemen jedoch nicht zu finden.

So unterscheiden sich auch die verschiedenen Definitionen stark voneinander: Während die Mehrzahl der Fachleute für die Definition von Co-Abhängigkeit einen Abhängigen im Umfeld bemüht, möchten andere Experten das Phänomen in größerem Rahmen verstanden wissen. Gemäß dieser Auffassung entsteht Co-Abhängigkeit zumeist in dysfunktionalen Familien, hier ist nicht immer ein süchtiges Familienmitglied vonnöten. Einer anderen

Sichtweise zufolge, die Co-Abhängigkeit noch weiter fasst, sind selbst gewisse Gefüge und Normen von Gruppen, Institutionen, ja die ganzen Gesellschaft als co-abhängig anzusehen.

Der relativ junge Begriff „Co-Abhängigkeit“ hat seit seinem Aufkommen in den 70er Jahren, nachdem er, ausgehend von den Vereinigten Staaten, auf den deutschsprachigen Raum übergeschwappt ist, jedoch an Popularität eingebüßt – einerseits wurde die Diskussion um Co-Abhängigkeit hierzulande nie derart öffentlich entfacht -der Bevölkerung ist der Begriff noch immer weitgehend unbekannt– andererseits scheint die Entwicklung der Debatte aber auch eingeschlafen zu sein.

Es bleibt abzuwarten, ob durch gesellschaftliche Entwicklungen die Auseinandersetzung mit dem Thema in Zukunft wieder an Interesse gewinnen wird, durch die sich im Kreise der Experten schließlich eine einheitliche Auffassung herausbilden könnte.

8. Anhang

8.1 Verwendete Abkürzungen

ABK	Abkürzung
Adj.	Adjektiv
Adv.	Adverb
ANM	Anmerkung
DE	Deutsch
DEF	Definition
EN	Englisch
f.	femininum
GR	Grammatik
KON	Kontext
m.	maskulinum
N.	Nomen
n.	neutrum
Pl.	Plural
QUE	Quelle
Sg.	Singular
SYN	Synonym

8.2 Verzeichnis der Glossareinträge

Im Folgenden sind alle Glossareinträge anhand des deutschen Eintrags mit den jeweiligen Seitenzahlen aufgeführt, die englischen Entsprechungen stehen im Text immer nach dem deutschen Eintrag.

A

Abwehrmechanismus	104
Alkoholismus	32

B

Burnout-Syndrom	100
-----------------	-----

C

Co-Abhängigkeit	98
Craving	36

D

Delir	64
Depression	102

E

Entgiftung	26
Entzugssyndrom	54

I

Intoxikation	34
--------------	----

<i>K</i>	
kontrolliertes Trinken	24
Kontrollverlust	39
körperliche Abhängigkeit	50
<i>M</i>	
Missbrauch	41
<i>N</i>	
nicht-stoffgebundene Sucht	45
<i>P</i>	
Persönlichkeitsstörung	108
posttraumatische Belastungsstörung	68
psychische Abhängigkeit	52
psychoaktiv	48
Psychotherapie	118
psychotische Störung	60
<i>R</i>	
Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	62
<i>S</i>	
schädlicher Gebrauch	66
Selbsthilfegruppe	116
Selbstwertgefühl	110
somatoforme Störungen	114
stoffgebundene Sucht	43
Substanzabhängigkeit	28
Substanzmissbrauch	56
Sucht	30
Suchtgedächtnis	37

T

Toleranz

58

8.3 Literaturverzeichnis

8.3.1 Fachliteratur

Abfal, Reinhold. 1993. *Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit*. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft

Berke, Sylvia. 1999. *Wenn Alkohol zur Sucht wird : wie Angehörige helfen können*. Zürich: Kreuz-Verlag

Colman, Andrew M.. 2006. *A Dictionary of Psychology*. New York: Oxford University Press

Federspiel, Krista/Lackinger Karger, Ingeborg. 1996. *Kursbuch Seele*. Köln: Kiepenheuer & Witsch

Feuerlein, Wilhelm/Dittmar, Franz/Soyka, Michael: *Wenn Alkohol zum Problem wird: Hilfreiche Informationen für Angehörige und Betroffene*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Gross, Werner. 2003. *Sucht ohne Drogen*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Kolitzus, Helmut. 2000. *Ich befreie mich von deiner Sucht*. München: Kösel-Verlag

Myers, David G.. 2008. *Psychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Norwood, Robin. 1987. *Die heimliche Sucht, gebraucht zu werden*. Hamburg: Rowohlt

Peters, Uwe Henrik. 1999. *Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie*. Wien: Urban und Schwarzenberg

Peters, Uwe Henrik. 2007. *Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie*. München: Urban & Fischer bei Elsevier

Schaef, Anne Wilson. 1986. *Co-Abhängigkeit Die Sucht hinter der Sucht*. München: Wilhelm Heyne Verlag

Schmidbauer, Wolfgang. 1984. *Die hilflosen Helfer*. Hamburg: Rowohlt

Stimmer, Franz. 2000. *Suchtlexikon*. München, Wien: Oldenbourg

Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred. 2007. *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer-Verlag

Thiel, Holger/Jensen, Markus/ Traxler, Siegfried. 2006. *Psychiatrie für Pflegeberufe*. München: Urban & Fischer bei Elsevier

Van Treeck, Bernhard. 2004. *Drogen- und Sucht-Lexikon*. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf

8.3.2 Nachschlagewerke

Görner, Herbert/Kempcke, Günter. 2003. *Wörterbuch Synonyme*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Textor, A. M..2001. *Sag es treffender*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Wahrig, Gerhard/Wahrig-Burfeind, Renate. 2000. *Deutsches Wörterbuch*. Gütersloh: Bertelsmann LexikonVerlag

8.3.3 Internetquellen

Die verwendeten Internetquellen sind gefolgt vom Datum ihres Zugriffs angeführt.

- Adler, Nancy/Stewart, Judit:
<http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/selfesteem.html#Measurement>
(26.06.09)
- Adula-Klinik Oberstdorf:
<http://www.adula-klinik.de/klinik/therapiekonzept-12-schritte.php>
(12.06.2009)
- Al-Anon:
<http://www.al-anon.de/grund/allgemein/geschichte.htm>
(11.06.2009)
- Allgemeine Hospitalsgesellschaft, Klinik Berus:

http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Berus/Indikationen/Psychosomatik/Impulskontrollstoerungen/Impulskontrollstoerungen_detail.html

(9.05.2009)

http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Schweriner_See/Indikationen/Abhaengigkeitserkrankungen/nicht_stoffgebundene/Verhaltenssucht_detail.html

(26.07.09)

- Albrecht, Ulrike/Kirschner, Nina Ellen/Grüsser, Sabine M.; German Medical Science:
<http://www.egms.de/pdf/journals/psm/2007-4/psm000043.pdf>

(17.05.09)

- AllPsych Online:

<http://allpsych.com/psychology101/defenses.html>

(28.06.09)

- The American Journal of Psychiatry;

Fainsinger, Robin L. et al.:

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/163/11/2014-a>

(09.05.2009)

Marmar et al.:

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/145/2/203>

(23.07.2009)

- American Psychiatric Association:

http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/History_1.aspx

(11.07.09)

<http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/FAQs/WhatdoesitmeanifadiagnosisisnotincludedintheDSM.aspx>

(03.06.09)

- Anonyme Alkoholiker:

<http://www.anonyme-alkoholiker.de/download/01schri.pdf>

(07.05.2009)

http://www.aa.org/pdf/products/p-28_thetweltradofaa.pdf

(08.05.2009)

- Anton-Proksch-Institut:

<http://www.api.or.at/sp/texte/003/dsmiv.htm>

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften:

<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-002.htm>

(14.05.09)

Arbeitsinspektion:

http://www.arbeitsinspektion.gv.at/AI/Gesundheit/Belastungen/020_burnout.htm

(28.05.09)

- Bailey, Jennifer:
http://www.about-alcoholism-information.com/Alcoholism_Facts.html
(13.06.09)
- Blanch Plana, Angel/Aluja Fabregat, Anton/Biscarri Gassio, Joan; Psychology in Spain:
<http://www.psychologyinspain.com/content/full/2003/full.asp?id=7006>
(13.05.09)
- Boening, J. A. L.; Journal of Neural Transmission:
<http://www.metapress.com/content/uxajylpgupjlv7c6/>
(26.06.09)
- Bundestherapeutenkammer:
<http://www.egms.de/pdf/journals/psm/2007-4/psm000043.pdf>
(26.05.09)
- Canadian Mental Health Association:
http://www.cmha.ca/BINS/content_page.asp?cid=3-86-87
(13.05.09)
- Daum, Peter:
http://user.cs.tu-berlin.de/~gator/aa/aa_9.html
(02.05.09)
- Dupuy, John/Morelli, Marco:
[http://integralrecovery.com/wp-content/uploads/2007/11/john_dupuy -
integrale_suchtgenesung.pdf](http://integralrecovery.com/wp-content/uploads/2007/11/john_dupuy_-_integrale_suchtgenesung.pdf)
(11.06.09)
- Hall-Flavin, Daniel K.; Mayo Clinic:
<http://www.mayoclinic.com/health/bipolar-disorder/AN00920>
(18.08.09)
- Heyne, Thomas; Dissertation 2008:
[http://deposit.d-nb.de/cgi-
bin/dokserv?idn=991059115&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=991059115.pdf](http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=991059115&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=991059115.pdf)
(13.05.09)
- Klinik Bad Herrenalb:
http://www.klinik-bad-herrenalb.com/ge/content.php?Cont=therapie_konzept&Navi=therapie
(12.06.09)
- Körkel, Joachim:
[http://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-
trinken/de/3/2/hintergrund/wirksamkeit.aspx](http://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/3/2/hintergrund/wirksamkeit.aspx)
(17.04.2009)
- Luty, Jason:

Advances in Psychiatric Treatment - <http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/12/1/13.pdf>
(18.04.09)

- Lutz, Ulrich Clemens:
<http://w210.ub.uni-tuebingen.de/volltexte/2005/1729/>
(03.08.09)

- Mann, Karl:
<http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,91736,00.html>
(13.05.2009)

- Mayer-Fally, Erich:
<http://www.netdoktor.at/krankheiten/fakta/alkoholismus.htm>
(04.06.09)

- Medical Dictionary:
<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Physical+dependency>

- Medizinische Universität Wien:
http://www.sucht-addiction.info/substanzungebundene_sucht
(13.05.09)
http://www.sucht-addiction.info/en/nonsubstance_addiction
(13.05.09)

- Mental Health America:
<http://www.mentalhealthamerica.net/go/information/get-info/personality-disorders>
(29.05.09)

- Merck Manual:
http://www.msd.de/msdmanual/home.html?request_url=/htbin/msdmanual.pl%3fm=15-3
(28.06.09)
<http://www.merck.com/mmhe/sec07/ch099/ch099a.html>
(13.05.09)

- Morschitzky Hans:
<http://www.astrid-krueger-medizin.de/schwerpunkte/texte/somatoform-interview.htm>
(13.05.09)

- National Association of Addiction Treatment Providers:
<http://www.naatp.org/pdf/secad/2007/AddictionMemory2006Dec%20P%20Early.pdf>
(28.04.09)

- National Institute of Mental Health:
<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
(16.05.09)

- National Institute on Drug Abuse:
<http://www.nida.nih.gov/podat/Preface.html>
(03.06.09)

- Odenwald, Michael/Lingenfelder, Birke/Peschel, Wolfgang:
<http://kops.ub.uni-konstanz.de/volltexte/2009/7408/>
(13.04.09)
- Poliklinische Psychotherapieambulanz, Universität Osnabrück:
<http://www.poliklinik.uos.de/index.php?page=substanzabhaengigkeit>
(17.03.09)
- Prunnlechner, Regina, Medical Tribune:
<http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dsmid=83358&dspaid=659647>
(28.04.09)
- Psychology48:
<http://www.psychology48.com/deu/d/abhaengigkeit-physische-und-psychische/abhaengigkeit-physische-und-psychische.htm>
19.06.09
- Psychosezentrum Ruhrgebiet:
<http://www.psychosezentrum.de/drogen/all.htm>
(31.05.09)
- Schuhler, Petra:
<http://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/9783621276368.pdf>
(26.05.09)
- Spriggs, Merle; Australasian Bioethics Association:
<http://www.australasian-bioethics.org.au/conferences/2002/PaperMerleSpriggs.pdf>
(13.04.09)
- Springer, Alfred:
http://www.oeaz.at/zeitung/3aktuell/2001/25/haupt/haupt25_2001zent.html
(28.05.09)
- Stangl-Taller, Werner:
<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/SUCHT/>
(02.06.09)
- Schaub, Christoph/Quensel, Stephan:
http://www.bisdre.uni-bremen.de/diplom_schaub.htm
(13.06.09)
- The HIV Drug Book:
<http://www.thebody.com/content/art4989.html>
(27.04.09)
- Uni-Protokolle:
http://www.uni-protokolle.de/Lexikon/Delirium_tremens.html
(26.05.09)
<http://www.uni-protokolle.de/Lexikon/Psychoaktiv.html>

(13.05.09)

- Vorpagel, Henry:

www.psychotherapie-vorpagel.eu/ich_will_etwas_was_du_nicht_willst.pdf

(28.04.2009)

- WHO:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_13-en.pdf

(26.05.09)

<http://www.euro.who.int/document/E76235.pdf>

(03.07.2009)

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html

(02.06.2009)

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/index.html

(03.06.2009)

- WHO, ICD-10; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information:

http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f10-f19.htm#S05F10_4

(13.05.09)

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamt12006/fr-icd.htm>

(18.06.09)

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f40-f48.htm>

(27.07.09)

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f30-f39.htm>

(06.06.09)

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f60-f69.htm>

(07.06.09)

- Wienemann, Elisabeth; Dissertation 1999:

http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=957827334&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=957827334.pdf

(13.05.09)

8.3.4 Sonstige Quellen

Al-Anon. 1996. *Mut zur Veränderung*. Herausgeber: Al-Anon Familiengruppen

Bundesverband der Betriebskrankenkasse (BKK). *Co-Abhängigkeit erkennen. Angehörige von Suchtkranken im Blickpunkt ärztlich-therapeutischen Handelns*. Herausgeber: Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Bundesverband e. V.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.. *Frau SUCHT Gesundheit* (Broschüre)

8.4 Abstract

Die vorliegende Diplomarbeit hat die Terminologie des Begriffsfelds Abhängigkeit und Co-Abhängigkeit zum Gegenstand, wobei der Schwerpunkt auf Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen Sach- und Fachliteratur liegt.

Die Einleitung macht den Leser mit dem Thema und der Zielsetzung der Arbeit vertraut und vermittelt Schwerpunkte, die bei der Untersuchung des Sujets gesetzt wurden.

Dem besseren Verständnis des Themas Co-Abhängigkeit dient zunächst ein Überblick über den Bereich der Abhängigkeitserkrankung in Kapitel zwei. Mit dem Fokus auf dem psychischen und soziologischen Kontext von Abhängigkeiten werden hier wesentliche Teilaspekte vermittelt und mögliche Ursachen sowie die Behandlung des Abhängigkeitssyndroms erörtert, wobei aufgrund ihrer Verbreitung und gesellschaftlichen ‚Stellung‘ besonderes Augenmerk der Alkoholabhängigkeit gilt.

Kapitel drei und vier widmen sich der Herleitung des Begriffs „Co-Abhängigkeit“, es wird auf Auffassungen historisch wesentlicher Organisationen eingegangen, die schon vor dem Aufkommen des Begriffs das Verständnis des Phänomens Co-Abhängigkeit mitprägten; Begriffe, die in der Vergangenheit ähnliche Beobachtungen beschrieben, werden ebenso erörtert und verglichen, wie unterschiedliche Definitionen des Begriffs.

Im fünften Kapitel werden mögliche Ursachen für die Entstehung von Co-Abhängigkeit diskutiert, Kapitel sechs gibt einen kurzen Ausblick auf die Behandlung.

Das siebte Kapitel schließt die Diplomarbeit ab, indem Ergebnisse und Beobachtungen der angestellten Untersuchungen zusammenfassend dargelegt werden.

8.5 Lebenslauf

Judit Bedleg

Geburtsdatum: 06. Mai 1981
Geburtsort: Pforzheim, Deutschland

Wohnsitz: seit 2002 in Wien, Österreich
Währingerstr. 107/27, 1180 Wien

Staatsbürgerschaft: deutsch
Familienstand: ledig

1987 – 1991	Besuch der Karl-Friedrich-Schule in Pforzheim, Deutschland
1991 – 2000	Besuch des humanistischen Reuchlin-Gymnasiums in Pforzheim, Sprachen: Latein (ab Klasse 5), Englisch (ab Klasse 7), Französisch (ab Klasse 9) privater Ungarisch-Unterricht ab Klasse 5 Erwerb des Großen Latinums
2000	Abitur mit den Leistungsfächern Französisch und Bildende Kunst
Nov. – Dez. 2001	Hungarian Language School – Auslandsaufenthalt in Budapest, um meine Ungarischkenntnisse zu vertiefen, zusätzl. Privatstunden
Feb. 2002	Studium am Zentrum für Translationswissenschaft der Universität Wien, Studienzweig Dolmetschen Muttersprache: Deutsch 1. Fremdsprache: Ungarisch 2. Fremdsprache: Englisch