

Frank Gauls

Verhaltenssüchte personenzentriert verstehen und behandeln

PERSON ZENTRIERT



 reinhardt

Personzentrierte Beratung & Therapie; Band 19



GwG

Herausgegeben von der Gesellschaft für
Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V., Köln

Frank Gauls

Verhaltenssüchte personzentriert verstehen und behandeln

Mit 8 Abbildungen

Ernst Reinhardt Verlag München

Frank Gauls ist Diplom-Sozialarbeiter und Gesprächspsychotherapeut (GWG) sowie bundesweit tätiger Referent und Ausbilder in Personenzentrierter Beratung; er ist auf die Arbeit mit Verhaltenssstörungen spezialisiert und leitet die Ambulante Suchthilfe Bethel in Bielefeld.

Hinweis: Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. — Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-497-03273-0 (Print)

ISBN 978-3-497-61939-9 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61940-5 (EPUB)

© 2024 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i. S. v. § 44b UrhG einschließlich Einspeicherung/Nutzung in KI-Systemen ausdrücklich vor.

Dieses Werk kann Hinweise/Links zu externen Websites Dritter enthalten, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Ohne konkrete Hinweise auf eine Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch entsprechende Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich entfernt.

Printed in EU

Reihenkonzeption Umschlag: Oliver Linke, Hohenschäftlarn

Covermotiv: © bittedankeschön/stock.adobe.com

Satz: Katharina Ehle, Leipzig

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München
Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	9
1 Sucht	11
1.1 Definition und diagnostische Kriterien.....	11
1.2 Krankheitsverständnis.....	13
1.3 Sucht und Migration.....	18
1.4 Sucht und Traumatisierung.....	19
1.5 Sucht und Männlichkeit.....	21
2 Personzentriertes Verständnis von Suchterkrankungen	25
2.1 Suchtdynamik.....	26
2.2 Grundsätzliches zu Komorbidität, der Beschreibung des Selbstkonzeptes und der Inkongruenzkonstellation.....	29
3 Glücksspielsucht	30
3.1 Beschreibung des Phänomens.....	30
3.2 Besondere Behandlungsaspekte.....	36
3.3 Personzentriertes Krankheitsverständnis.....	46
3.4 Personzentrierte Behandlung der Glücksspielsucht.....	49
3.5 Fallvignette Herr V.....	62
4 Internet-, Online- und Mediensucht	68
4.1 Beschreibung des Phänomens.....	68
4.2 Gaming, Streaming, Surfen.....	74

6 Inhalt

4.3	Personenzentriertes Krankheitsverständnis	79
4.4	Besondere Behandlungsaspekte.	81
4.5	Personenzentrierte Behandlung des Gamens, Surfens und Streamens .	85
4.6	Fallvignette Herr C	96
5	Sexsucht	102
5.1	Beschreibung des Phänomens	102
5.2	Personenzentriertes Krankheitsverständnis	110
5.3	Besondere Behandlungsaspekte.	111
5.4	Personenzentrierte Behandlung der Sexsucht.	112
5.5	Fallvignette Herr A	116
6	Kaufsucht	125
6.1	Beschreibung des Phänomens	125
6.2	Personenzentriertes Krankheitsverständnis	129
6.3	Besondere Behandlungsaspekte.	130
6.4	Personenzentrierte Behandlung der Kaufsucht.	131
6.5	Fallbeispiel Frau A	135
7	Gruppentherapie.	145
7.1	Personenzentrierte Gruppentherapie	147
7.2	Die unterschiedlichen Lebenswelten von Glücksspielsüchtigen und Gamer:innen.	149
	Zum Schluss	152
	Literatur	153
	Sachregister.	158

Vorwort

Als ich 1987 mit der Arbeit mit Glücksspieler:innen und deren Angehörigen begann, war das Phänomen in Deutschland noch ein neues. Erste Publikationen erschienen Anfang der 1980er Jahre und erste Selbsthilfegruppen entstanden ebenso wie spezialisierte Einrichtungen. Eine Diskussion darüber, wie dieses neue Phänomen einzuordnen sei, entbrannte. Während viele Praktiker das pathologische Glücksspiel als Sucht verstanden, versuchte die Automatenindustrie dies durch in Auftrag gegebene Gutachten von Wissenschaftler:innen zu widerlegen.

Unabhängig davon wendeten sich die Betroffenen, aus ihrem Verständnis heraus, überwiegend an Suchtberatungsstellen und in dieser Zeit lernte ich viel von den Betroffenen und wie diese ihre Erkrankung und das Glücksspiel erlebten. Diese Begegnungen waren geprägt vom Interesse mehr von der Glücksspielproblematik und dem intra-psychischen Erleben zu verstehen, unabhängig davon wie das Phänomen in den internationalen Klassifikationssystemen eingeordnet war.

Als ich den Personenzentrierten Ansatz kennenlernte, war ich besonders davon fasziniert, dass Rogers zunächst gar keine Theorie hatte, sondern durch Auswertung von Gesprächen entwickelte, was hilfreiche Haltungen für den therapeutischen Prozess sind, und dass er Diagnosen ablehnte, was eine sehr vorurteilsfreie Begegnung ermöglicht.

Diese vorurteilsfreie Begegnung hat mir sowohl beim Einstieg in die Arbeit mit Glücksspieler:innen als auch in der Arbeit mit Traumatisierten und mit Menschen mit problematischem bzw. pathologischem PC-/Internetgebrauch, die in Beratung und Behandlung kamen, geholfen. Bei diesem neuen Phänomen war, ebenso wie bei der Glücksspielsucht, zunächst unklar, wie es zu klassifizieren sei. Auch beim exzessiven und pathologischen Kaufen, der exzessiven und pathologischen Nutzung von Pornografie sowie dem hypersexuellen Verlangen – was die Betroffenen selbst als *Sexsucht* benennen – gibt es aktuell keine eindeutige Klassifikation.

Der Personenzentrierte Ansatz ist in vielseitiger Weise weiterentwickelt und für unterschiedliche Störungsbilder beschrieben worden. Auch für stoffgebundene Süchte liegen mehrere Publikationen vor. Für die stoffungebundenen Suchtformen, haben Wolfgang Bensele und ich zum Thema Glücksspielsucht publiziert und ich freue mich, nun zusätzlich etwas zum Gamen-Surfen-Streamen, zum

pathologischen Kaufen, pathologischen Pornokonsum sowie zum hypersexuellen Verlangen beizutragen.

Auch wenn die Zuordnung dieser Phänomene zur Sucht umstritten und in den Klassifikationssystemen nur teilweise erfolgt ist, so handelt es sich aus meiner Sicht um Störungen mit sehr hoher Überschneidung mit Suchterkrankungen. Die Betroffenen – die sich überwiegend selbst als süchtig beschreiben – profitieren von einem an das jeweilige Störungsbild angepassten Suchtverständnis.

Basierend auf einem personenzentrierten Suchtverständnis wird dieses auf die stoffungebundenen Süchte und suchtähnliche Phänomene übertragen. Ich habe mich entschieden, diese als Form der *Verhaltenssucht* zu verstehen, so wie dies auch in der Fachliteratur überwiegend getan wird. Über Verhaltenssüchte und was darunter alles zu fassen ist, lässt sich sicher unterschiedlicher Auffassung sein, doch geht es hier nicht um eine eindeutige diagnostische Zuordnung, sondern um die Beschreibung dieser Störungsbilder und der Ableitung eines hilfreichen Vorgehens in der Beratung und Behandlung.

Dabei fühle ich mich dem störungsspezifischen Verständnis – wie es Finke und Teusch (2001) zunächst für die Alkoholsucht und Finke (2004) für unterschiedliche Störungsbilder beschrieben haben – am nächsten, da die einzelnen Phänomene nicht nur unterschiedliche Folgen, sondern auch störungsspezifische Themen und dementsprechend unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte haben.

Einleitung

Mit Ausbreitung des Glücksspielangebotes in den 1980er Jahren sowie der Einführung des Internets in den 1990er Jahren stieg die Anzahl der Menschen, die exzessiv und pathologisch am Glücksspiel teilnahmen oder sich im Internet verloren, massiv an. Nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten, sogenannte Verhaltenssüchte, wurden zu einem Massenphänomen. Insbesondere im Bereich des Glücksspiels entstanden spezialisierte Beratungseinrichtungen, die in der Regel im Suchthilfesystem angesiedelt waren und es bis heute sind. Doch die nosologische Einordnung war von Beginn an wissenschaftlich stark umstritten. Wurde zunächst die Einordnung als Zwangsstörung diskutiert, wurde das pathologische Glücksspiel letztlich 1991 in der ICD-9 als *Störung der Impulskontrolle*, neben Kleptomanie und Pyromanie klassifiziert.

Ein ähnliches Phänomen war bei der Einschätzung der neu aufgekommenen sogenannten *Internetsucht* zu beobachten. Fachleute subsumierten hierunter verschiedene Nutzungsoptionen wie das Gaming, das Kaufen, die Nutzung sexuell stimulierender Inhalte oder auch die Nutzung von Glücksspielen im Internet. Neben dem Begriff der *Internetsucht* wurden auch Begriffe wie *Mediensucht* oder *internetbezogene Störungen* verwendet. Diese Unklarheit in der Begrifflichkeit sowie dem dahinterliegenden Nutzungsverhalten besteht bis heute.

Während Glücksspielsucht, Sexsucht und auch Kaufsucht in der psychiatrischen Literatur schon früh beschrieben wurden, handelt es sich bei *internetbezogenen Störungen* um ein noch recht junges Störungsbild, über das wenig tradiertes Wissen besteht. Dies hat sowohl Auswirkungen auf den gesellschaftlichen Umgang mit dem Phänomen als auch auf Beratungs- und Behandlungsansätze. Internetbezogene Störungen wurden in der Fachwelt schnell als Suchterkrankungen verstanden. Auch in der Gesellschaft werden internetbezogene Störungen aufgrund des *Nicht-Aufhören-Könnens* und der *Unfähigkeit das Verhalten über längere Zeit einzustellen*, den Suchterkrankungen zugeordnet, was sich auch in den Begrifflichkeiten (Spielsucht, Internetsucht, Handysucht, Mediensucht, Sexsucht, Kaufsucht) widerspiegelt. Aktuell lässt sich das Nutzungsverhalten unter *Störungen der Impulskontrolle* und bei der Sexsucht unter *hypersexuellem Verlangen* diagnostizieren. Nur das pathologische Gaming und das pathologische Glücksspielen sind in der ICD-11 als Suchterkrankung klassifiziert.

Die gepflegte Teilnahme am Glücksspiel (Casinobesuch als Event, Lotto, aber auch Sportwetten und das Automatenpiel) ist in der Gesellschaft fest verankert, ebenso das Spielen von Video- und Handyspielen sowie das Serienschauen

über Netflix, Amazon Prime und Co. Wenn jedoch jemand das „Maß“ verliert und weiter konsumiert, obwohl die negativen Folgen unübersehbar sind, dann treffen Betroffene häufig auf massives Unverständnis. „Hör doch einfach auf!“, „alles nur Kopfsache“, „das Spielen im Internet ist doch nicht real“, „triff dich lieber mit realen Freunden“ sind typische Aussagen von Freund:innen und Angehörigen. Dies gilt insbesondere für Verhaltenssüchte, da hier keine Substanz, die etwas im Körper auslöst, zugeführt wird. Die Betroffenen leiden unter massiven Schuld- und Schamgefühlen und verheimlichen deshalb das Ausmaß ihres Konsum- bzw. Nutzungsverhaltens.

In den Biografien der Betroffenen finden sich häufig nicht ausreichend gute Beziehungserfahrungen zu den Eltern, die oft selbst unter Suchterkrankungen oder anderen psychischen Erkrankungen leiden. Bindungsstörungen, emotionale Vernachlässigung und andere Traumatisierungen sowie spätere Mobbing-erfahrungen führen dazu, menschlichen Beziehungen zumindest skeptisch, wenn nicht ablehnend gegenüberzustehen. Die Selbstkonzepte der Betroffenen sind davon geprägt, sich in Beziehungen in bestimmter Art und Weise verhalten zu müssen, um Anerkennung zu bekommen oder Ablehnung und Verletzung zu entgehen.

Die bedingungsfreie Akzeptanz als ein Kernmerkmal des Personenzentrierten Ansatzes stellt hier eine wesentliche Grundlage für die Betroffenen dar, sich auf eine beraterische/therapeutische Beziehung einzulassen. Gemeinsam mit dem einführenden Verstehen (Empathie) und der Echtheit (Kongruenz), bietet der Personenzentrierte Ansatz eine nahezu ideale Grundlage für die Arbeit mit den Betroffenen.

Den jeweiligen Kapiteln ist eine Einführung in die Thematik vorangestellt, bevor die Folgen, ein personenzentriertes Verständnis, die störungsspezifischen Themen sowie Behandlungsschwerpunkte dargestellt werden. Dies wird durch zahlreiche Fallbeispiele begleitet. Das Buch eignet sich nicht nur für personenzentriert arbeitende Therapeut:innen, sondern für alle, die sich ein störungsspezifisches Wissen aneignen möchten.

1 Sucht

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Begriff *Sucht* nur kurze Zeit genutzt und dann durch *Missbrauch* und *Abhängigkeit* ersetzt. Im deutschsprachigen Raum steht *Sucht* als gewachsener Begriff, der sich aus „siechen“, also an einer Krankheit leiden, ableitet. Damit verbunden ist die Kontrolle über ein Verhalten verloren zu haben und sich auf längere Zeit von diesem schädigenden Verhalten nicht distanzieren zu können. Der Begriff ist weiterhin weit verbreitet und wird synonym für *Abhängigkeit* (engl. addiction) verwendet. So sprechen wir von Suchtberatung und -behandlung, oder von Suchtberatungsstellen oder Fachstellen für Sucht oder Suchtprävention. Auch Fachorganisationen wie die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V., die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. oder die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. tragen den Suchtbegriff in ihren Bezeichnungen.

Sucht ist die umgangssprachliche Bezeichnung für die *Abhängigkeit* von einer bestimmten Substanz oder von bestimmten Verhaltensweisen und findet sich auch in der deutschen Übersetzung der ICD-11 im Begriff der *Verhaltenssüchte* wieder.

1.1 Definition und diagnostische Kriterien

In der seit 2022 gültigen Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11) der WHO wird unter Suchterkrankungen folgendes verstanden:

„Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssüchte sind psychische Störungen und Verhaltensstörungen, die sich infolge des Gebrauchs überwiegender psychoaktiver Substanzen, einschließlich Medikamenten, oder bestimmter sich wiederholender, belohnender und verstärkender Verhaltensweisen entwickeln“ (WHO, 2018).

In der ICD-11 werden somit erstmals neben den stoffgebundenen, auch stoffungebundene – sogenannte Verhaltenssüchte – in die Kategorie der Suchterkrankungen aufgenommen. Dabei sind bisher jedoch nur die Glücksspielsucht sowie das pathologische Spielen von digitalen oder Videospielen beschrieben, während in der Fachwelt auch andere suchtähnliche Verhaltensweisen zu den

Verhaltenssüchten gezählt werden, wie z.B. die „Kaufsucht“, die „Sexsucht“, aber auch die „Sportsucht“ und die „Arbeitsucht“ (Roth 2004; Grüsser/Thalemann 2006; Hill et al. 2023; Bilke-Hentsch et.al. 2014; Müller et al. 2018).

Diagnostische Kriterien

Zu den diagnostischen Kriterien einer substanzgebundenen Sucht gehören:

- der starke Wunsch oder eine Art Zwang, eine Substanz zu konsumieren,
- die verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Beginn, Beendigung und Menge des Substanzkonsums,
- ein körperliches Entzugssyndrom,
- die Toleranzentwicklung, d.h. eine Dosiserhöhung ist notwendig, um die gewünschte Wirkung zu erreichen,
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums,
- erhöhter Zeitaufwand für den Substanzkonsum oder um sich von dessen Folgen zu erholen
- sowie ein anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis schädlicher körperlicher, psychischer oder sozialer Folgen.

Dabei müssen mindestens drei Kriterien über den Zeitraum von einem Jahr erfüllt sein.

Ähnliche Kriterien finden sich bei der Glücksspielsucht sowie dem pathologischen Spielen (Kap. 3 bzw. 4). Überschneidungen bestehen bei der Beeinträchtigung der Kontrolle, der zunehmenden Priorisierung auf das süchtige Verhalten sowie der Fortführung des Verhaltens trotz negativer Folgen. Auch wenn das pathologische Kaufen sowie das hypersexuelle Verlangen in der ICD-11 nicht als Sucht klassifiziert wurden, so lassen sich doch nahezu dieselben Verhaltensmuster und Folgen für die Betroffenen beschreiben (Kap. 5, Kap. 6).

Ich beziehe mich auf die Suchtdefinition von Wanke (1985), der Sucht als ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand beschreibt, dem die Kräfte des Verstandes untergeordnet werden. Dies führt nicht nur zur Beeinträchtigung der freien Entfaltung einer Persönlichkeit, sondern es zerstört auch die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen des Betroffenen (Warnke 1985). Diesem Verlangen liegt ein ausweichendes Verhalten zugrunde, mit dem die Betroffenen unangenehm und scheinbar nicht lösbar oder

auch unerträglichen Konflikten, Situationen sowie Personen aus dem Weg gehen (Tölle 1985; Harten 1988).

Harten definiert Drogen im engeren Sinne, womit eine Substanz gemeint ist, die auf den Organismus einwirkt und diesen beeinflusst (berauscht) und im weiteren Sinne, als jedes personale und apersonale Mittel, mit dem „Verhaltens-, Gemüts- und/oder körperliche Veränderungen erzielt werden können“, die als positiv oder auch berauschend empfunden werden (Harten 1988, 18).

Diesen Definitionen folgend, lassen sich auch das hypersexuelle Verlangen, der exzessive Pornokonsum sowie das pathologische Kaufen und weitere Verhaltensmuster als Sucht oder zumindest suchtähnliche Verhaltensweisen verstehen. Dies bestätigt auch folgende Definition von Sucht der Amerikanischen Gesellschaft für Suchtmedizin:

„Sucht ist eine grundlegende und dauerhafte Erkrankung des Gehirns, insbesondere der Belohnungs-, Motivations- und Erinnerungszentren und benachbarter Kreisläufe. Sucht beeinflusst die Neurotransmitter und spezielle Vorgänge im Gehirn, vor allem der Belohnungsstrukturen dergestalt, dass die Erinnerung an vorangegangene Belohnungen zu überstarken körperlichen und psychischen Reaktionen [führt], wie Suchtverlangen oder den unabweislichen Drang, ein bestimmtes Verhalten – auch angesichts negativer Auswirkungen – auszuführen.“ (Gerlach 2018, 66, Originaltext: <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>, 20.04.2024).

1.2 Krankheitsverständnis

Das Suchtdreieck nach Kielholz und Ladewig

Zur Erklärung von Suchterkrankungen wird ein biopsychosoziales Krankheitsmodell herangezogen, das auch als Suchtdreieck bekannt ist, ursprünglich von Kielholz und Ladewig (1972) entwickelt wurde und aus den drei Ms **M**ensch, **M**ilieu und **M**ittel besteht. Es wurde später von Feuerlein modifiziert, der statt der drei Ms die Begriffe Persönlichkeit, Umwelt und Droge verwendete (Feuerlein 1986; Böning 2017).

Grundannahme ist, dass süchtiges Verhalten multifaktoriell und multiperspektivisch verstanden werden muss. Im Zusammenspiel der biologischen, psychologischen oder sozialen Faktoren entsteht süchtiges Verhalten bzw. wird dadurch aufrechterhalten. Zur Persönlichkeit gehören z.B. Alter, Geschlecht, persönliche Konstitution, frühkindliche Entwicklung, Stressbewältigungs-

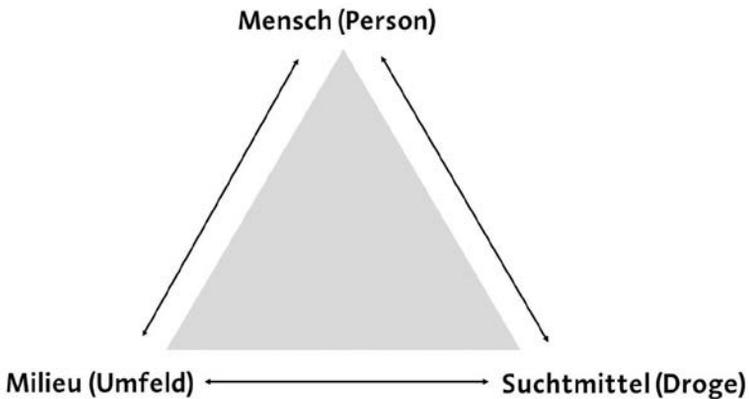


Abb. 1.1: Suchtdreieck nach Kielholz/Ladewig (Böning 2017)

strategien, Auseinandersetzungs- und Konfliktfähigkeit, Selbstwertgefühl, der Umgang mit Gefühlen, aber auch die Einstellung zum Suchtmittel/süchtigen Verhalten. Zur Droge gehören u. a. deren Wirkung, die Konsumdauer sowie die Konsumhäufigkeit. Zum Umfeld gehören u. a. die Peergroup, Freund:innen, Familie, Einstellung der Gesellschaft zum Suchtmittel/süchtigen Verhalten, aber auch die Verfügbarkeit (was in manchen Modellen mit der weiteren Variable des Marktes beschrieben wird). Bei der Genese sind dementsprechend alle drei Faktoren zu berücksichtigen.

Das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit von Engel

Auch das „biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit“ des amerikanischen Internisten und Psychiaters George L. Engel (1977) geht von einem integrativen Ansatz aus, der Krankheit als Störung der Interaktion von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren versteht. Biologische, psychische und soziale Faktoren stehen demnach in Wechselbeziehungen zueinander, was von Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten ist. Hieraus leitet sich die Notwendigkeit ab, bei der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten alle drei Faktoren einzubeziehen (Pauls 2013).

Das biopsychosoziale Modell der WHO, wie es in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) beschrieben wird, geht dabei noch weiter.

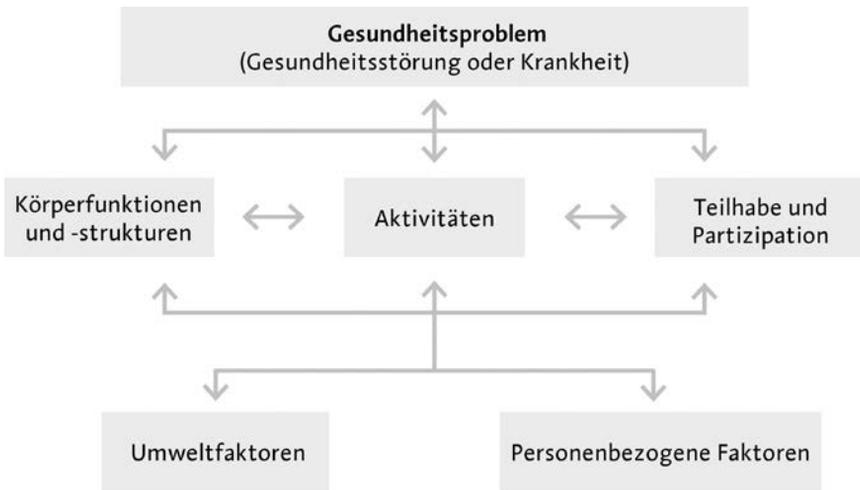


Abb. 1.2: Das biopsychosoziale Modell der Komponenten der Gesundheit

Basierend auf der Trias Krankheit (statt Droge bzw. Mittel), umwelt- und personenbezogenen Faktoren wird dabei davon ausgegangen, dass diese auf die Körperfunktionen und -strukturen, die Aktivitäten und die Teilhabe (Partizipation) einwirken.

In Abbildung 1.3 werden – unter Bezugnahme auf die ICF – beispielhaft die unterschiedlichen, möglichen Auswirkungen von Abhängigkeitserkrankungen aufgezeigt. Dabei ist die Wechselwirkung zwischen den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen gut zu erkennen. Sie macht das komplexe Geschehen deutlich, bei dem stabilisierende und/oder belastende Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkopplungseffekte miteinander verbunden sind. Die Planung der notwendigen Unterstützung benötigt dementsprechend eine genaue Kenntnis der Situation der Betroffenen, vor allem über vorhandene und beeinträchtigte Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie das soziale Umfeld mit den vielfältigen Wechselwirkungen. Ziel der Rehabilitation soll möglichst eine Aufhebung der Einschränkungen sein, sodass ein eigenständiges Leben geführt werden kann (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006).

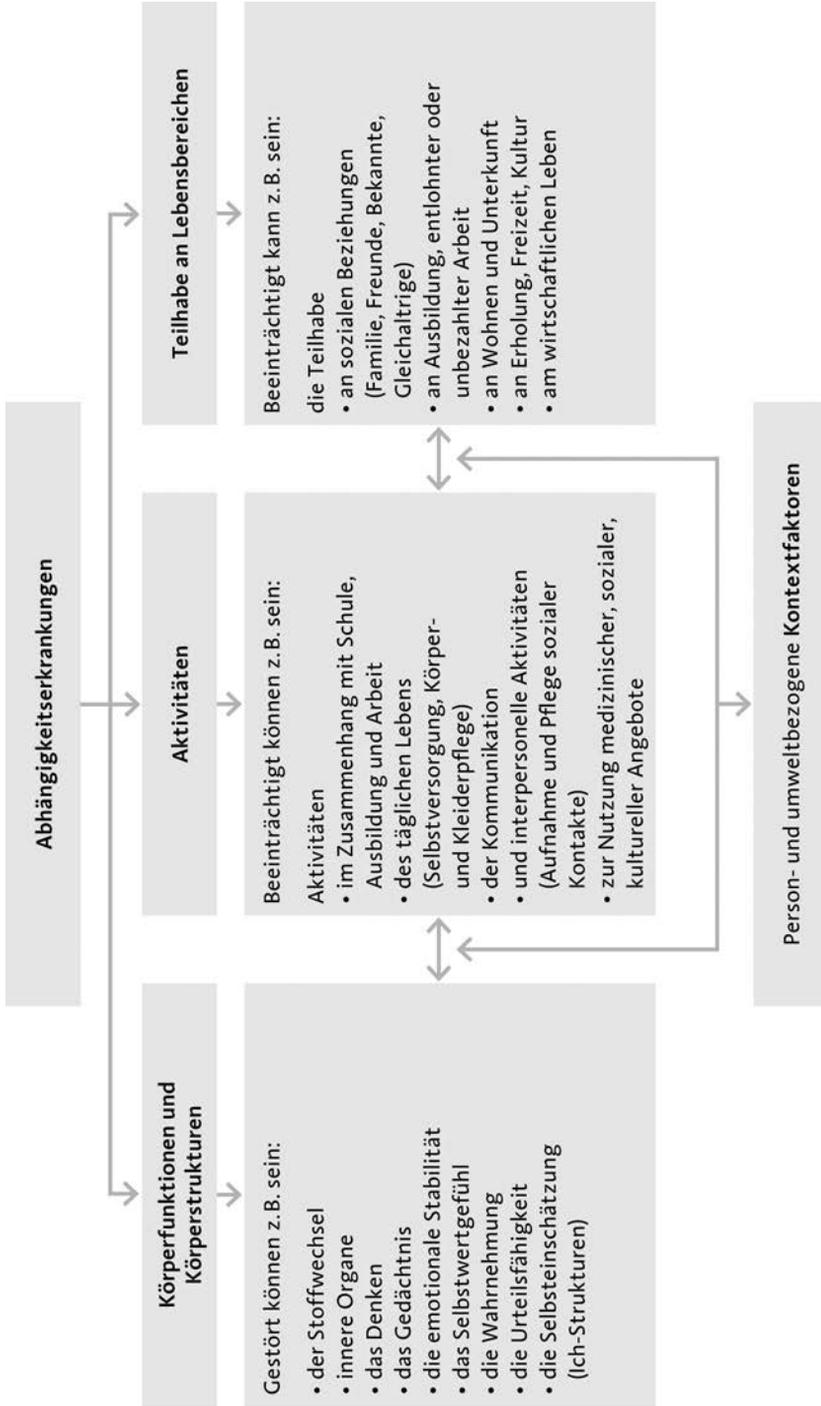


Abb. 1.3: Abhängigkeitserkrankungen unter Bezugnahme auf die ICF