

Allgemeine Hinweise

Bezugspaar Sucht & Abhängigkeit - ein Umschreibungs- und Definitionsversuch

Der Begriff „Sucht“ ist in vielen Ländern zur Beschreibung schwerer Probleme bei zwanghaftem und gewohnheitsmäßigem Konsum von Substanzen bzw. bei zwanghaften und gewohnheitsmäßigen Verhaltensweisen üblich. Er wird auch in Deutschland immer noch benutzt. Im wissenschaftlichen Kontext wird der Begriff „Sucht“ nicht mehr verwendet, weil seine Definition unklar ist und der Begriff stigmatisierend wirken könnte. Auch die Trennung der Begriffe Missbrauch und Abhängigkeit wurde aufgegeben. Stattdessen wird von „Störungen durch Substanzkonsum“ und „Störungen ohne Substanzbezug“ gesprochen. Der Begriff „Störung“ hat den Vorteil, dass er die große Variationsbreite von der leichten bis zu einer schwergradigen Ausprägung eines entweder andauernden, wiederholt rückfälligen, zwanghaften Substanzkonsums oder eines andauernden, wiederholt rückfälligen, zwanghaften Verhaltens beschreibt. Im medizinisch-psychologischen Zusammenhang wird nur die Glücksspielsucht (wissenschaftlich korrekt ausgedrückt: Störung durch Glücksspielen) als Störung ohne Substanzbezug bezeichnet.

Substanzkonsumstörungen und Störungen ohne Substanzbezug sind kein Randproblem in der Gesellschaft, sondern betreffen viele Menschen in Deutschland. Mit dem Begriff Störung mit und ohne Substanzbezug sind nicht nur die Abhängigkeitserkrankungen gemeint, sondern die Gesamtheit von riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen in Bezug auf Suchtmittel (legale wie illegale) und nichtstoffgebundene Verhaltensweisen (Glücksspiel).

Im DSM-V werden 11 Kriterien für die Substanzkonsumstörung benannt:

- 1) Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zuhause führt.
- 2) Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.
- 3) Wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme.
- 4) Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung.
- 5) Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum
- 6) Konsum länger oder in größeren Mengen als geplant (Kontrollverlust).
- 7) Anhaltender Wunsch oder erfolgloser Versuch der Kontrolle.
- 8) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung.
- 9) Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums.
- 10) Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Problemen.
- 11) Craving, starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren.

Beim Auftreten von 2 Merkmalen in einem 12-Monats-Zeitraum gilt die Substanzgebrauchsstörung als erfüllt (2-3 Kriterien: moderat, 4 oder mehr Kriterien: schwer).

Der Weg in die Sucht führt in aller Regel vom riskanten Konsum, über den schädlichen Gebrauch zur Abhängigkeitserkrankung.

Bei Kindern und Jugendlichen ist die klinische Diagnose von Substanzkonsumstörungen umstritten und nicht ausreichend. Es ist daher wichtig, auch andere Indikatoren des problematischen oder riskanten Konsums einzubeziehen: Binge Drinking und Alkoholrausch, täglicher und starker Tabakkonsum, Konsum illegaler Substanzen, Mehrfachkonsum und das Auftreten substanzbezogener Probleme (soziale Probleme, Sachbeschädigung, Unfälle etc.).

Zu den substanzbezogenen "Suchtmitteln" gehören u. a. Alkohol, Nikotin, Koffein, Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel, Schnüffelstoffe (Kleber, Narkosemittel etc.), Heroin, Kokain, synthetische Drogen, Haschisch und Marihuana.

Zu den Störungen ohne Substanzbezug gehört bislang nur die Störung durch Glücksspiele. Pathologischer Internetgebrauch zählt bislang diagnostisch zu den Impulskontrollstörungen, es ist jedoch geplant, ihn ebenfalls zu den Störungen ohne Substanzbezug hinzuzunehmen, sollte sich die empirische Datenlage erhärten. Alle anderen Verhaltensauffälligkeiten, die in den Bereich der Störungen ohne Substanzbezug fallen könnten, werden bislang den Impulskontrollstörungen zugeordnet.

Entstehungsbedingungen von Störungen mit und ohne Substanzkonsum

Süchtiges Verhalten lässt sich nicht auf eine einzige Ursache zurückführen. Vielmehr liegt ihm ein komplexes Gefüge individueller, sozialer und biologischer (genetischer und neuronaler) Faktoren zugrunde.

Treffen bestimmte Faktoren aus den Bereichen Suchtmittel, Person und soziales Umfeld zusammen, wird die Entstehung einer Sucht begünstigt, wie das Suchtdreieck von Kielholz und Ladewig (1973) verdeutlicht.

Unter dem Faktor Person lassen sich sowohl körperliche (z. B. genetische Disposition) als auch psychische Eigenschaften einbeziehen. Insbesondere Entwicklungsstörungen, geringes Selbstwertgefühl, mangelnde Fähigkeit mit Enttäuschungen, Belastungen, Problemen umzugehen, aber auch eine hohe Bereitschaft Risiken einzugehen, gelten als Risikofaktoren für eine Suchtentwicklung.

Das soziale Umfeld umfasst Familie, Arbeitsplatz, Kindergarten, Schule, Freundeskreis, Peers, Freizeiteinrichtungen etc. In diesen Lebensbereichen können sich individuell wahrgenommene Belastungssituationen oder auch Gewohnheiten suchtfördernd auswirken. Belastungsfaktoren sind z. B. fehlende soziale Beziehungen, Leistungs- und Konkurrenzdruck, schlechte Berufs- und Lebensaussichten, Arbeitslosigkeit, Schulden, unzureichende Wohnverhältnisse, mangelnde Wertschätzung und Überforderung.

Der Verlauf einer Suchtentwicklung wird darüber hinaus auch durch die Eigenschaften der Suchtmittel selbst und durch die Konsumdauer beeinflusst. Es bestehen große Unterschiede in Bezug auf das Suchtpotential psychoaktiver Substanzen, ebenso in Bezug auf verschiedene Formen des Glücksspiels. So führt beispielsweise der Konsum von Heroin oder Nikotin schneller zu einer Abhängigkeit als der Konsum von Alkohol. Das Lottospiel hat ein geringeres Suchtpotential als das Automatenspiel.

Suchtursachen im Jugendalter

Was den Drogenkonsum anbelangt, lassen sich für die Lebensphase „Jugendalter“ über diese allgemeinen Suchtursachen hinaus noch eine Reihe psychosozialer Funktionen identifizieren.

"Alles menschliche Verhalten, auch das gesundheitsrelevante Verhalten, ist im sozialen und ökologischen Kontext erlerntes und lebensgeschichtlich erworbenes Verhalten. Das individuelle Bewältigungsverhalten ist deshalb auch mit den Interaktions- und Sozialstrukturen der Lebenswelt und den Macht- und Ungleichheitsstrukturen der Gesellschaft auf das Engste verwoben. Der je individuelle Verarbeitungs- und Bewältigungsstil spiegelt die konkreten Möglichkeiten und Restriktionen zum jeweiligen sozialen und historischen Zeitpunkt.

Der Konsum von Drogen - legalen wie illegalen - muss in diesem Sinn als eine spezifische, problematische Form der Lebensbewältigung interpretiert werden. Problematisch deshalb, weil das Verhalten immer durch das Risiko von Abhängigkeit und Sucht gekennzeichnet ist, und auch deshalb, weil es schnell zu einer unproduktiven, eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit blockierenden Form der Lebensbewältigung werden kann. Es gibt viele Wege, die zum Drogengebrauch führen; aber letztlich ist jeder Drogenkonsum ein Versuch, sich alltäglichen Lebensproblemen und -herausforderungen zu stellen, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und eine Form der Bewältigung zu finden, und dabei liegen taugliche und untaugliche, produktive und unproduktive Formen dicht beieinander.

Drogenkonsum trägt zur Befriedigung vielfältiger alters- und entwicklungsbezogener sowie ereignis- und lebenslagenspezifischer Bedürfnisse von Jugendlichen und Erwachsenen bei. Bezogen auf das Jugendalter lassen sich z. B. folgende psychosoziale Funktionen identifizieren:

Drogenkonsum:

- kann der demonstrativen Vorwegnahme des Erwachsenenverhaltens dienen;
- kann eine bewusste Verletzung von elterlichen Kontrollvorstellungen zum Ausdruck bringen
- kann Ausdrucksmittel für sozialen Protest und gesellschaftliche Wertkritik sein;
- kann ein "Instrument" bei der Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinsweiternden Erfahrungen und Erlebnissen sein;
- kann jugendtypischer Ausdruck des Mangels an Selbstkontrolle sein;
- kann dem Versuch dienen, sich auf einfache Weise Entspannung durch Genuss zuzufügen;
- kann eine Zugangsmöglichkeit zu Freundesgruppen eröffnen;
- kann die Teilhabe an subkulturellen Lebensstilen symbolisieren;
- kann eine Ohnmachtsreaktion sein, wenn Konflikte und Spannungen im sozialen Nahraum überhand nehmen;
- kann ein Mittel der Lösung von frustrierendem Leistungsversagen sein;
- kann eine Notfallreaktion auf heftige psychische und soziale Entwicklungsstörungen sein.

Suchtprävention

Suchtpräventive Maßnahmen schwächen Risikofaktoren und fördern Schutzfaktoren, um letztlich Substanzmissbrauch zu verhindern. Risiko- und Schutzfaktoren sind Einflussfaktoren des Substanzkonsums. Risikofaktoren gehen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums einher. Liegen Risikofaktoren vor, so bedeutet das gleichzeitige Vorhandensein von Schutzfaktoren eine niedrigere Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums.

Studien konnten zeigen, dass jugendliches Rauchen in einem direkten und starken Zusammenhang mit anderen Problemverhaltensweisen (z. B. Alkoholmissbrauch, illegaler Drogenkonsum) steht, aber allenfalls in einem indirekten Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen (Mundhygiene, Ernährung etc.). Folglich sollte sich die Intervention

auch nicht auf gesundheitsbezogene Botschaften, sondern auf Einflussfaktoren jugendlichen Problemverhaltens fokussieren!

Bei suchtpreventiven Bemühungen sollte nicht nur ein Kontext (Schule, Familie, Freizeit, Medien etc.) berücksichtigt werden, sondern mehrere Lebenswelten und deren Wechselwirkungen, da diese in ihren Werten, Normen, Bedingungen untereinander abhängig sind und von den Jugendlichen/Kindern integriert werden müssen.

Man unterscheidet Verhaltensprävention und Verhältnisprävention:

Verhältnisprävention hat eine Verringerung der Verfügbarkeit von Suchtmitteln sowie die Schaffung und Festigung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen zum Ziel. In der Regel ist hier staatliches Vorgehen gefordert, z. B. gesetzliche Regelungen, Erhebung von Steuern, Verringerung der Verfügbarkeit, Stadtplanung und Maßnahmen zur Bekämpfung der (Jugend-) Arbeitslosigkeit. Strukturelle Verhältnisse an Schulen...

Verhaltensprävention hingegen setzt auf der individuellen Ebene an, fördert die Entwicklung von Lebenskompetenz und stärkt die Eigenverantwortung. Ziel ist der eigenverantwortliche Konsumverzicht in bestimmten Situationen, auch wenn das Suchtmittel grundsätzlich verfügbar ist. Dies gilt insbesondere für das Führen eines Kraftfahrzeugs, für die Berufstätigkeit sowie für Schwangerschaft und Stillzeit.

Die Verbundenheit mit der Schule kann als ein Hauptschutzfaktor in der Prävention gesehen werden. So wurden in einer äußerst umfangreichen Studie (Resnick et. al., 1997) 12.000 Schüler*innen der Altersgruppen 13 – 18 Jahre in Einzelinterviews über ihre Erfahrungen mit acht verschiedenen Problembereichen befragt, die für Jugendliche mit hohen Gesundheitsrisiken verbunden sind (high risk areas). Diese Bereiche waren: Gewalt, Selbstmordversuche, psychische Krisen, Alkoholkonsum, Kiffen, Rauchen, Sexualverhalten und (frühe) Schwangerschaft. Die Jugendlichen wurden zu einer Vielzahl von Faktoren befragt, die nach Auffassung der Forscher als Schutzfaktoren gegen die Gefahren dieses Risikoverhaltens wirksam sein könnten. Nur zwei Schutzfaktoren stellten sich als im hohen Maße wirksam gegen die Mehrzahl der genannten riskanten Verhaltensweisen heraus (mit Ausnahme der frühen Schwangerschaft):

- Ein Faktor war die Verbundenheit mit der und die Einbindung in die Familie (connectedness to family): das Gefühl von emotionaler Nähe und die Fürsorge von Eltern und anderen Familienmitgliedern. Je stärker sich die Jugendlichen in diesem Sinne mit ihrer Familie verbunden fühlten, desto weniger zeigten sie riskante Verhaltensweisen.
- Der andere Hauptschutzfaktor war die Einbindung in die Schule und die Verbundenheit mit der Schule (connectedness to school): das Gefühl von emotionaler Nähe zu Menschen in der Schule, das Gefühl, von Lehrern gerecht behandelt zu werden, das Gefühl, Teil der Schulgemeinschaft zu sein.

Die Forscher stellten fest, dass Erzieher*innen nicht viel ausrichten können, wenn es darum geht, dass Jugendliche ein Verbundenheitsgefühl mit ihrer Familie entwickeln sollen, aber die Lehrkräfte und Erzieher*innen können eine Menge tun, um die Verbundenheit der Schüler*innen mit der Schulgemeinschaft zu fördern. Auch andere Studien belegten, dass das Gefühl, in die Schule eingebunden zu sein und dort Anerkennung zu finden, als Schutzfaktor gegen Suchtgefahren wirksam ist.

Quellen:

- BzGA (Hrsg.) (2006). *Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 29*. Köln: BzGA.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2014). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Hurrelmann, K. (1991). Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. In Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (Hrsg.), *Informationsdienst zur Suchtprävention Nr. 3/1991*, S. 5/6.
- Kielholz, P. & Ladewig, D. (1973). *Die Abhängigkeit von Drogen*. München. Landesgesundheitsamt BW (2010). *Grundlagenpapier Suchtprävention in Baden-Württemberg*. Online abrufbar unter https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/40_Service_Publikationen/Grundlagenpapier_Suchtpraevention.pdf (Zuletzt geprüft am 8.1.2016).
- Regierungspräsidium Stuttgart (Hrsg.) (2009). *Informationsdienst zur Suchtprävention. Basiswissen schulische Suchtprävention, Grundlagenheft für Lehrerfortbildung, Nr. 20*, Stuttgart.
- Rumpf, H.-J. & Kiefer, F. (2011). DSM-5: *Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte*. Sucht 57 (1), S. 45-48.