

# WAS IST EINE SUCHTERKRANKUNG?

Das folgende Kapitel beleuchtet das komplexe Thema der Suchterkrankungen aus biologischer, psychologischer und sozialer Perspektive. Es werden aktuelle Modelle der Suchtentwicklung sowie Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit beschrieben. Zudem wird die Rolle von adäquaten Behandlungsangeboten und zeitgemäßen Therapieansätzen verdeutlicht. Auch nicht-substanzgebundene Suchterkrankungen wie pathologisches Glücksspiel oder eine Esssucht weisen ähnliche Symptome wie substanzgebundene Suchterkrankungen auf und bedürfen einer umfassenden Behandlung. Nicht zuletzt werden die Herausforderungen im Umgang mit Suchterkrankungen verdeutlicht und die Notwendigkeit einer ganzheitlichen und personalisierten Behandlung betont.



## EINLEITUNG

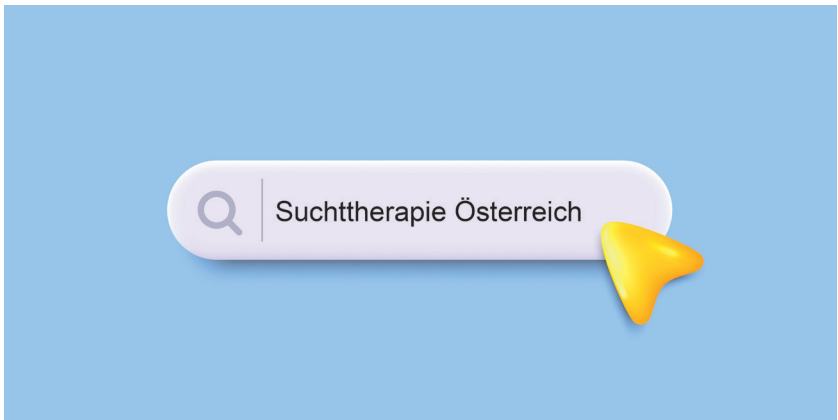
Suchterkrankungen betreffen nicht nur das gesamte Spektrum der medizinischen Fachdisziplinen, sondern zählen auch zu den schwersten Erkrankungen des psychiatrischen Formenkreises. Eine psychiatrische Erkrankung bedarf einer multifaktoriellen Betrachtung: Während bei einigen Betroffenen genetische Faktoren oder körperliche Begleiterkrankungen relevant sind, liegen die Krankheitsursachen bei anderen in kritischen Lebensereignissen. Somit sind allgemeine Prognosen über das individuelle Risiko einer Suchterkrankung oder die Schwere des Verlaufes nicht seriös möglich. Es ist wichtig, zu verstehen, dass Suchterkrankungen nicht dem Behandlungsmodell von Infektionen folgen, die z. B. durch Antibiotika innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums geheilt werden. Vielmehr zeigt sich ein chronischer Verlauf, vergleichbar dem Bluthochdruck oder der Zuckerkrankheit. Eine anhaltende Linderung der Beschwerden erfordert in den meisten Fällen eine dauerhafte Lebensstilveränderung. So verwundert es nicht, dass „Impfungen“ zur Behandlung von Nikotin- oder Kokainabhängigkeit laut Forschungsergebnissen keinen nachhaltigen Erfolg bringen.



**Eine Besonderheit von Suchterkrankungen ist, dass es im Lebenszeitverlauf häufig zu psychiatrischen (wie Depressionen oder Angststörungen) und körperlichen (wie Organschädigungen oder Infektionserkrankungen) Begleiterkrankungen kommt. Vielfach sind (nicht behandelte) psychiatrische Grunderkrankungen die Ursache, dass sich sekundär eine Substanzgebrauchsstörung entwickelt. Dadurch fällt es Betroffenen zunehmend schwer, eine Abstinenz zu erreichen.**

Im menschenrechtlichen Kontext des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – der sogenannten UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) – wird deutlich, dass Personen mit schwerwiegenden Suchterkrankungen unter Umständen mit den Anforderungen in ihren alltäglichen sozialen Rollen nicht zurechtkommen. In der Präambel der UN-BRK,

die 2008 von Österreich ratifiziert wurde, wird betont, dass Behinderungen aus einer Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und umweltbedingten Barrieren entstehen, die sie an der vollen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Dies betrifft insbesondere Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, und somit auch Personen mit chronischen Suchterkrankungen. Über Jahre unbehandelte bzw. fortbestehende Suchterkrankungen führen zu längerdauernden (medizinischen) Funktionsbeeinträchtigungen und Stigmata, die im Zusammenwirken mit gesellschaftlichen Barrieren eine Beeinträchtigung in der gesellschaftlichen Teilhabe zur Folge haben können. Während die Vertragsstaaten der UN-BRK das Recht von Menschen mit Behinderungen auf ein Höchstmaß an Gesundheit anerkannt haben (auch in Österreich), kommt es in der praktischen Umsetzung bei chronisch psychiatrischen Erkrankungen nach wie vor zu Diskriminierungen.



**Abb. 1:** Die Suche nach fachkompetenten Behandlungseinrichtungen gestaltet sich für Menschen mit Suchterkrankungen v. a. außerhalb städtischer Ballungszentren schwierig.

Wenngleich die Suchtforschung zunehmend neue Erkenntnisse hervorbringt, bleibt es im öffentlich finanzierten Versicherungssystem schwierig, fachkompetente Behandlungseinrichtungen zu finden – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Gerade in ländlichen Regionen finden sich zu wenige psychiatrische Behandlungsangebote, sodass diese schwierige Aufgabe von Allgemeinmediziner:innen übernommen werden muss. Dabei offenbart

sich gerade im Bereich der Opioidabhängigkeit die verwunderliche Situation, dass eine fachärztliche Behandlung sogar abgelehnt werden kann, wenn kein spezielles Fortbildungsdiplom vorliegt. Einerseits spielt hier das Stigma der Patient:innenpopulation eine Rolle, andererseits müssen nur für die Befähigung zur Opioidbehandlung regelmäßig kostenpflichtige Weiterbildungen absolviert werden. Daher ist es wenig verwunderlich, dass v. a. in Regionen außerhalb der großen städtischen Ballungszentren eine Unterversorgung an ambulanten und stationären Behandlungsangeboten besteht und es häufig zu unzumutbaren Wartezeiten kommt. Eine frustrierende Situation für diejenigen Personen, die eine Behandlung beginnen möchten. Und das, obwohl entsprechend internationalen Menschenrechtsverträgen jeder Staat geeignete Maßnahmen treffen sollte, um zu gewährleisten, dass alle Menschen einen Zugang zu gesundheitlicher Rehabilitation haben und nach dem neuesten Stand der Wissenschaft behandelt werden. Nicht unerheblich sind außerdem die volkswirtschaftlichen Folgekosten, die durch unbehandelte Suchterkrankungen entstehen. Dennoch ist Österreich eines von zwei Ländern der Europäischen Union, die bis heute keinen „Nationalen Suchtplan“ erstellt haben.

International hat in der Suchtbehandlung – durch standardisierte Leitlinien und die individualisierte Präzisionsmedizin – bereits ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Ein zeitgemäßer und an den Menschenrechten orientierter Therapieansatz verbindet sowohl psychopharmakologische als auch psychologisch-verhaltensmodifizierende Ansätze. Bei entsprechend anhaltender Therapiemotivation kann die multimodale Behandlung durch eine fachspezifische Psychotherapie ergänzt werden. Moderne Zugänge inkludieren außerdem digitale Therapien, wie z. B. Apps am Smartphone.

## DIE ENTSTEHUNG VON SUCHT

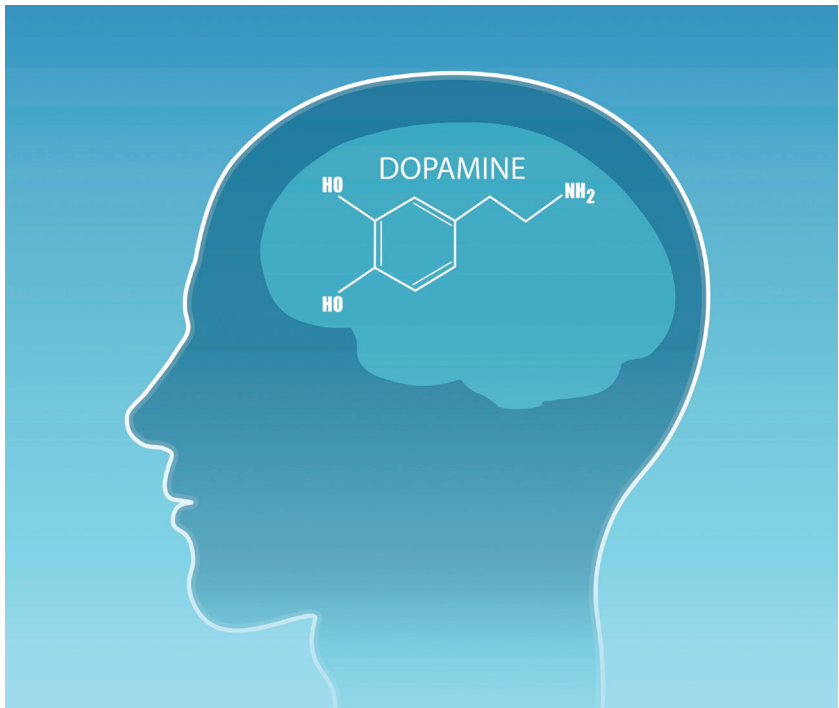
Aus heutiger Sicht liegen der Entstehung von Suchterkrankungen – bzw. Substanzgebrauchsstörungen (das ist die heute wissenschaftlich korrekte Bezeichnung) – sowohl biologische als auch psychologische und soziale Ursachen zugrunde. Dabei sind die Gründe für substanzgebundene bzw. nicht-substanzgebundene Abhängigkeiten so unterschiedlich wie die Menschen selbst. Die Ausprägung einer Suchterkrankung ist z. B. vom persönlichen Erleben und Befinden sowie vom Selbstwertgefühl der Betroffenen abhängig. Ebenso beeinflusst die Verfügbarkeit bzw. die moralische Bewertung von legalen und illegalen Substanzen seitens der Gesellschaft das Konsumverhalten. In Staaten, in denen Alkohol aus religiösen Gründen nur eine untergeordnete soziale Rolle einnimmt, zeigt sich ein problematischer Alkoholkonsum deutlich seltener. Gleichzeitig prägen familiäre Rollenbilder den Umgang mit Suchtmitteln und damit auch das Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Das Zusammenwirken von Menschen innerhalb einer Gesellschaft wird durch soziale Beziehungen und ihr Verhalten geprägt. Je nach Art der Sozialisation werden bestimmte Werte und Normen einer Gesellschaft auf deren Mitglieder übertragen. Die Funktionsfähigkeit eines sozialen Systems ist u. a. dadurch gekennzeichnet, dass neue Mitglieder die Erwartungen der Gesellschaft verinnerlichen und ein entsprechend adaptiertes Verhalten zeigen. Die Anpassung an soziale Zwänge und Erwartungen erfolgt anhand der individuellen Kompetenzen eines einzelnen Menschen. Je nach individueller Strategie, den gesellschaftlichen Anforderungen zu entsprechen, kann es unter Umständen zu suchtspezifischen Verhaltensweisen kommen.

Auf biologischer Ebene werden hauptsächlich Veränderungen in entwicklungs geschichtlich wichtigen Regionen des Gehirns, wie dem Belohnungs- und Stresssystem, beschrieben. Weiters ist die Emotionsverarbeitung im sogenannten limbischen System maßgeblich an der Regulation von Essverhalten, Sexualität und Vergnügen beteiligt. Durch einen anhaltenden Substanzkonsum oder repetitive (sich wiederholende) Verhaltensweisen kann es zu einer Balancestörung in neuronalen Systemen und dadurch zur Veränderung des Lust- und Belohnungserlebens kommen. Einerseits können die positiven Erfahrungen

## 22 Was ist eine Suchterkrankung?

mit einem Suchtmittel – trotz möglicher negativer Folgen in anderen Lebensbereichen – zu einer zunehmenden Beschäftigung mit einer bestimmten Verhaltensweise oder Substanz führen. Andererseits berichten andere Konsumenten, dass ihr Suchtverhalten einer sozialen Isolierung, Einsamkeit oder depressiven Stimmung entgegenwirken soll.



**Abb. 2:** Suchtmittel führen über das Belohnungssystem im Gehirn u. a. zur Ausschüttung des Neurotransmitters Dopamin.

**Der Neurotransmitter (= Botenstoff) Dopamin spielt im Rahmen von Suchterkrankungen eine besondere Rolle. Ausgeschüttet wird dieser Botenstoff z. B. beim Essen, bei Sport und beim Sex, aber auch bei Glücksspiel, Alkohol- und Nikotinkonsum sowie beim Gebrauch anderer Substanzen. Vor allem angenehme Erlebnisse führen zur Aktivierung von dopaminergen (auf Dopamin reagierenden) Nervenzellen, woraus ein starkes Belohnungsempfinden resultiert.**



Ergebnisse aus der Wissenschaft haben zwar den Einfluss diverser Neurotransmitter im Gehirn aufgezeigt, die genauen Mechanismen einzelner Aspekte einer Suchterkrankung, wie z. B. das „Craving“ (= starkes Verlangen), bleiben jedoch bis heute Gegenstand der Forschung. Außer der häufig beobachteten Tendenz, rückfällig zu werden, zeigt sich als wesentliches Merkmal aller Suchterkrankungen ein zyklisches Muster mit folgenden Eigenschaften:

- starkes Verlangen nach einer Substanz oder einer Verhaltensweise
- diesbezüglicher Kontrollverlust mit Einschränkungen im Alltag
- negative Emotionen bei Unterbrechung des Konsums

Ein wesentlicher Paradigmenwechsel erfolgte durch die Erweiterung der Suchtmedizin auf nicht-substanzgebundene Suchterkrankungen. Da die klinische Symptomatik und die neurobiologischen Veränderungen im Gehirn vergleichbar sind, ist eine getrennte Betrachtungsweise zwischen substanzbezogenen und nicht-substanzbezogenen Syndromen wenig sinnvoll. Aus Überblicksgründen und zur diagnostischen Zuteilung werden beide Bereiche jedoch im Buch in eigenen Kapiteln dargestellt.

Bereits vor rund zehn Jahren wurde das pathologische Glücksspiel unter dem Begriff Glücksspielstörung (engl. „Gambling Disorder“) als Suchterkrankung (engl. „Substance Use and Addictive Disorder“) akzeptiert, wenngleich es bis zur aktuellen Auflage des Klassifikationssystems der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ICD-11 noch den Impulskontrollstörungen zugeordnet wurde. Obwohl

noch nicht in den gängigen Diagnosemanualen enthalten, liegen auch bei der „Esssucht“ vergleichbare Symptome vor: Auf wiederholte Entwöhnungsversuche – im Sinne von „kontrolliertem Essen“ – folgen Rückfälle mit Kontrollverlust, was als „Kreislauf der Abhängigkeit“ beschrieben wird (Abb. 3).

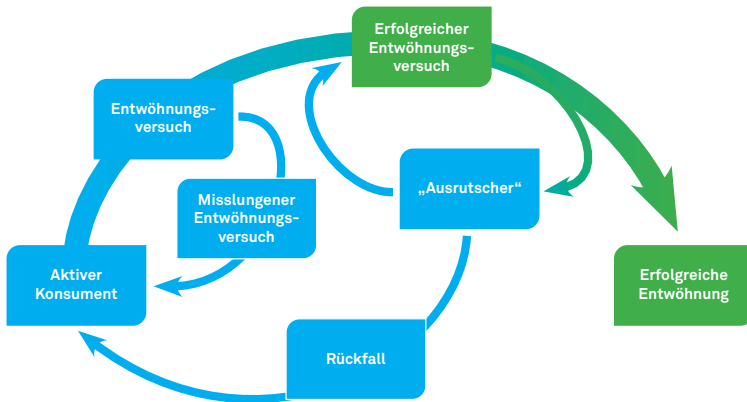


Abb. 3: Kreislauf der Abhängigkeit: Suchterkrankungen entstehen aus einem komplexen Zusammenspiel genetischer, physiologischer und psychologischer Faktoren sowie dem sozialen Einfluss. Zumeist endet das Muster einer wiederholten Konsumation nicht nach dem ersten Entwöhnungsversuch. Vielmehr erfolgen in der Regel mehrere Rückfälle bis zum Erreichen einer langanhaltenden Abstinenz. Um eine längerfristige Stabilität zu erreichen, ist daher eine spezialisierte – bestenfalls multidisziplinäre – Behandlung erforderlich.



Eine Suchterkrankung endet nicht, sobald eine Substanz aus dem Körper entfernt wird (= Entgiftung) oder wenn die unmittelbar auf den Konsum folgende Wirkung nachlässt (= Entzug). Vielmehr sind sowohl substanzgebundene als auch nicht-substanzgebundene Suchterkrankungen durch die Tendenz zu Rückfällen charakterisiert.



## DIAGNOSE EINER SUCHTERKRANKUNG

Generell besteht im Bereich der Suchtmedizin und Psychiatrie das Problem, dass wissenschaftliche Studien jeweils den aktuellen Diagnosekriterien hinterherhinken. Da sich im wissenschaftlichen Diskurs die Sichtweisen und Kriterien von Erkrankungen über die Jahre verändern, müssen entsprechende Mess- und Prognoseinstrumente für die Objektivierbarkeit von Erkrankungen laufend angepasst werden. Die internationale Referenz ist das Diagnosesystem der WHO, das jedoch nur einen Kompromiss der (aktuell 194) Mitgliedsstaaten darstellt. In regelmäßigen Abständen wird die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (= engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ICD) herausgegeben. Der Großteil der bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen über Suchterkrankungen entspricht aber (noch) nicht den aktuellen Anpassungen dieses Klassifikationssystems, sondern wurde nach den Kriterien der 10. Version durchgeführt. Auch im österreichischen Versicherungssystem findet zur Verrechnung derzeit noch das ICD-10 Anwendung.

Im Vergleich zu früheren Diagnosekriterien wird der Schwerpunkt inzwischen auf eine frühzeitige Erkennung von problematischem Substanzkonsum und gegebenenfalls zielgerichtete Interventionen gelegt. Während im ICD-10 nur neun spezifische Substanzgruppen aufgelistet wurden, finden sich in der aktuellen Version bereits 14 Kategorien. Zudem wurden die diagnostischen Kriterien für die sogenannten Verhaltenssuchte (pathologisches Glücksspiel und pathologisches Spielen) angepasst. Das pathologische Glücksspiel betrifft alle gewinnorientierten analogen und digitalen Spiele, wie Casino, Automaten, Roulette etc. Das pathologische Spielen inkludiert dagegen Computerspiele, die nicht mit geldwerten Gewinnen verknüpft sind.



Von der WHO wird zwischen einem schädlichen Substanzgebrauch und einer Abhängigkeit unterschieden. Zusätzlich wird ein „gefährlicher Substanzgebrauch“ (= engl. hazardous substance use) als Gesundheitsrisikofaktor angeführt, solange die Kriterien für eine Substanzgebrauchsstörung (noch) nicht manifest sind. Damit wird zumindest in groben Zügen dem dimensional Charakter von Suchterkrankungen Rechnung getragen. Denn nicht selten zeigt sich bei Betroffenen ein fließender Übergang von einem vereinzelt bzw. genussorientierten Konsumationsmuster über den schädlichen Gebrauch hin zu einer manifesten Substanzgebrauchsstörung.

Im ICD-11 wird ein schädlicher Gebrauch nach Schweregraden unterteilt, sofern eine tatsächliche psychische oder körperliche Störung durch den Substanzgebrauch vorliegt. Es kann vereinzelte Episoden des schädlichen Gebrauchs geben, wiederholte Episoden innerhalb eines Jahres oder einen anhaltenden schädlichen Gebrauch. Eine manifeste Abhängigkeit wird anhand von spezifischen Kriterien diagnostiziert, die in drei Kategorien eingeteilt werden (vgl. Tabelle 1). Für eine Diagnosestellung wird dabei das Vorhandensein von mindestens zwei Kriterien vorausgesetzt, die über einen Zeitraum von einem Monat fast täglich oder länger als zwölf Monate vorliegen müssen.

Kontrollverlust im Hinblick auf Beginn, Menge und Dauer eines Konsums. Es kann gleichzeitig das starke Verlangen vorliegen, eine Substanz konsumieren zu wollen (Craving).
Substanzbezogene neuroadaptive Veränderungen (Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen nach Reduktion der konsumierten Menge bzw. Linderung von Entzugserscheinungen durch erneuten Substanzkonsum).
Substanzkonsum erhält Vorrang gegenüber anderen Interessen, Vergnügungen, alltäglichen Aktivitäten, Verpflichtungen bzw. der persönlichen Pflege. Ein Substanzkonsum wird oft trotz des Auftretens von Problemen fortgeführt.

**Tabelle 1: Diagnosekriterien einer Suchterkrankung nach ICD-11**